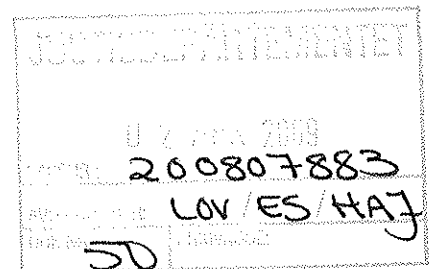


DET KONGELIGE JUSTIS- OG POLITIDEPARTEMENT
Postboks 8005 Dep

0030 Oslo



Vår referanse:
08/02505-8/008
Saksbehandler:
Miriam Schei

Deres referanse:
2008007883 ES MVO/HAJ/bj

Dato:
01.04.2009

Høring - rapport "Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnlighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring"

Helse Sør-Øst RHF viser til høring – "Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnlighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring".

Helse Sør-Øst RHF avgir en samlet høringsuttalelse på vegne av våre helseforetak og de fem private, ikke-komersielle sykehusene. Det er utarbeidet 7 fylldige høringsuttalelser innen Helse Sør-Øst som i sin helhet er vedlagt vår høringsuttalelse.

1. Generelt om enkelte punkter i høringsnotatet

Lovforslaget bygger på en viktig intensjon om å legge til rette for en god og trygg samhandling mellom helse- og justisvesen. Etablering av en nasjonal koordineringsenhet, opprettelse av et nasjonalt register over forvaringsdømte samt etablering av regionale utslusningsenheter vil være et viktig bidrag for å øke rettsikkerheten og å sikre denne gruppen lovdyttere et styrket personvern og en bedre kontinuitet i behandlingsprosessen. Etablering av et nasjonalt register bør etter vårt syn etableres med hjemmel i lov/forskrift og med en uttrykkelig regulering av de regler som er satt til vern om:

- personvern/informasjonsikkerhet
- tilgjengelighet/integritet
- konfidensialitet

Med hensyn til hvilke opplysninger som bør inngå i enhetens register, vil det være styrende hvilke behov som skal veie tyngst; innsamling av data for å øke kunnskap om denne gruppen og hva som gir best behandling, eller kontrollaspektet. Den nærmere

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 16 datterselskap. I tillegg leveres sykehus tjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

utforming av mandat til den nasjonale koordineringsenheten synes imidlertid noe uklar og bør etter vårt syn defineres nærmere.

En nærmere regulering av helsepersonells taushetsplikt ovenfor den nasjonale koordineringsenheten og påtalemyndigheten bidrar til å forhindre brudd på konfidensialiteten samtidig som det settes tydeligere rammer for den informasjon som skal være tilgjengelig for påtalemyndigheten. Vi imøteser derfor en klar lovhjemmel for unntak fra regler om taushetsplikt i forbindelse med dom på tvungen psykisk helsevern.

Senest tre år etter siste rettskraftige dom skal påtalemyndigheten enten beslutte opphør eller bringe saken inn for retten, jf. Straffeloven § 39 b fjerde ledd. Ivaretagelse av denne rettsikkerhetsgarantien forutsetter at det etableres systemer som, til enhver tid, har oppdatert oversikt over de personer som soner dom på overføring til tvungen psykisk helsevern og at det defineres tydelige ansvarsforhold med hensyn til kommunikasjon og informasjon. Helse Sør-Øst RHF støtter derfor utkast til ny § 5-6 i psykisk helsevernlov men mener den delen av bestemmelsen som pålegger påtalemyndigheten plikter bør plasseres i påtaleinstruksen *i tillegg* til psykisk helsevernlov, og ikke i stede for.

En utvidelse av virkeområdet for dom på overføring til tvungen psykisk helsevern for utilregnelige som begår ”plagsomme” handlinger vil kreve en ikke-ubetydelig tilførsel av ressurser som bør være på plass før lovendringens ikrafttredelse. Ettersom det er behandlingsaspektet som er det fremtredende ved dom på særreaksjon, bør det også legges opp til et styrket hjelpeapparat i hjemkommunen for å forhindre at denne gruppen får tilbakefall og deretter risikerer ny dom på særreaksjon. Av høringsuttalelsene fremgår det for øvrig ulike synspunkter med hensyn til valget mellom en ny særreaksjon og rent administrative tiltak etter psykisk helsevernlov.

Etter vår oppfatning er det behov for en nærmere konkretisering av begrepene ”bevisstløshet” og ”bevissthetsforstyrrelser”, jf. Straffeloven § 45. Begrepene er vanskelig å få tak på for helsepersonell og det juridiske innhold avviker fra det rent medisinske. Økt, felles begrepsforståelse vil redusere faren for uriktig anvendelse av straffelovens bestemmelser.

Forslaget om å fjerne kravet til samtykke i straffeprosessloven § 188 annet ledd fra institusjon eller kommunen for innleggelse som varetektssurrogat vil etter vår vurdering kunne utgjøre et problem for de institusjoner som ikke anser seg bemannet og skikket til å ivareta de ytterligere sikkerhetsutfordringer som varetektssurrogatet innebærer. Dersom varetektssurrogatet skal benyttes etter den foreslåtte modell og til siktedes beste, vil dette kreve en ikke-ubetydelige endring av den enkelte institusjon samt tilførsel av ressurser. I forbindelse med lovforslaget kan det også problematiseres hvorvidt bruken av varetektsfengsling i praksis lettere risikerer å bli kamuflert som behandling og at terskelen i forholdsmessighetsvurderingen forflyttes i uønsket retning. Problemstillingen med utilregnelige i varetekt er et vanskelig tema, straffeprosessuelt så vel som medisinskfaglig. For mer nyanserte drøftelser og synspunkter vises det her til vedlagte høringsuttalelser fra våre helseforetak.

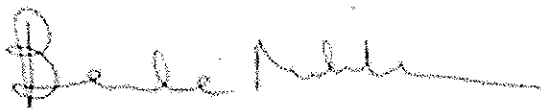
2. Høringsuttalelsene

Følgende høringsnotat er vedlagt:

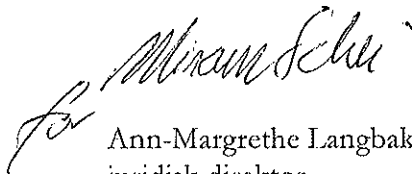
- Bilag 1: Oslo Universitetssykehus HF, Aker
- Bilag 2: Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål, Kompetansesentre for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Helse Sør-Øst
- Bilag 3: Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål, Regional sikkerhetsavdeling
- Bilag 4: Akershus universitetssykehus HF
- Bilag 5: Sykehuset i Buskerud HF
- Bilag 6: Diakonhjemmet Sykehus AS
- Bilag 7: Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Høringsuttalelsene følger i det vesentlige departementets kronologi i høringsnotatet.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør



Ann-Margrethe Langbakk
juridisk direktør



HØRINGSNOTAT:

ETTERKONTROLL AV REGLENE OM STRAFFERETTSLIG UTILREGNELIGHET, STRAFFERETTSLIGE SÆRREAKSJONER OG FORVARING.

2 Utilregnelige lovbreakere – overføring til tvungent psykisk helsevern

2.1. Nasjonal koordineringsenhet

På bakgrunn av den erfaring vårt helseforetak, Oslo universitetssykehus, Aker, har hatt med koordineringsenheten i Helse Øst, så stiller vi oss positive til at det blir opprettet en nasjonal koordineringsenhet.

Faren er selvfølgelig at en nasjonal koordineringsenhet må dekke langt flere helseforetak og den nærheten som vi har hatt, vil falle bort. Muligens kan dette svekke en del av ordningen. Derfor blir organiseringen og beliggenheten av en nasjonal koordineringsenhet, viktig. Dersom den nasjonale koordineringsenheten blir plassert i andre deler av landet, som ikke har kjennskap til de sykehus som har flest pasienter på DTPH, kan det bli vanskelig å veilede helseforetakene da de ikke kjenner personer og sykehus godt nok. I dag finner koordineringsenheten det rette helseforetak for de pasienter som dømmes til TPH og veileder derfor også påtalemyndigheten i valg av helseforetak. Denne dynamikken som går ut på at koordineringsenheten står mellom helse- og justisvesen er viktig å opprettholde. Nasjonal koordineringsenhet for dom på overføring til tvungent psykisk helsevern skal derfor *veilede helseforetakene og påtalemyndigheten ved valg av behandlingssted.*

De viktigste oppgavene til nasjonal koordineringsenhet synes å kunne lage skriftlige prosedyrer for samhandlingen mellom helse- og justisvesen og opprette et register som kan gi en oversikt slik som det er foreslått på s. 4 i høringsnotatet. (Ny § 5-2 a i psykisk helsevernloven)

Det er viktig at opplysninger som er for konfidensielle og kan bli gjenkjent ikke lagres i dette registeret, så det bør være strengt. Dette sikres kanskje best hvis Datatilsynet har det overordnede ansvaret.

2.2. Opplysninger fra helsepersonell – regler om taushetsplikt

Forslagets ordlyd til ny § 5-6 a i psykisk helsevernloven støttes. Det ansees helt relevant at helsepersonell/faglig ansvarlig må avgi en del opplysninger og sine vurderinger av pasienten til påtalemyndigheten. Både positive og negative opplysninger bør komme fram. Men det er viktig å informere pasienten om at dette må gjøres på i forkant av samtalebehandling med

Aker universitetssykehus HF

mer. Samtidig ansees det som ufaglig å gi detaljerte fremstillinger av noe som ikke er relevante opplysninger, men som kan være viktige nok i en terapeutisk relasjon. I forlengelse av dette så er det også helt naturlig at den faglige ansvarlige utleverer opplysninger til registeret uavhengig av taushetsplikten.

Forslag til ny § 5-6 b bør også stå i psykisk helsevern loven som en påminning, men den bør helt klart stå i påtaleinstruksen hvis det er mest naturlig for påtalemyndigheten å finne den der.

2.3 Ruskontroll

Forslaget til utredningsgruppen om at det gis hjemmel for ruskontroll i lov om psykisk helsevern kapittel 5, støttes. Tolkningen av § 4-7 a kan høres ut for å være svært forskjellige, og det bør tydeliggjøres i ny paragraf i kap.5 slik at det ikke oppstår tvil om hvordan dette skal forstås og at det minner de faglig ansvarlige på at ruskontroll er en viktig del av behandlingen.

Bakgrunnen for å fremheve dette er også at psykisk helsevern har i mindre grad enn rusomsorgen erfaring med å ta prøver på ruskontroll. Når dette tas inn i kap. 5 vil det understreke viktigheten. Men hvorvidt det skal tas urinprøver og hvor hyppig er et stort diskusjonstema, som lett kan bli oversett hvis en har motstand på det.

4. Utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner for utilregnelige

Utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner

Gruppen dette dreier seg om er kriminelle som begår klart samfunnsskadelig, men ikke farlig nok kriminalitet- for eksempel er det vedvarende tyverier eller hærverk og de kan ikke få en særreaksjonsdom i dag. Men de er psykotiske.

Gjennomføringen av en særreaksjon på grunnlag av samfunnsskadelig eller plagsom adferd.

Det forslag som foreligger fra utredningsgruppen på virkemidlene overfor denne gruppen pasienter/kriminelle støttes, se s 11 i høringsnotatet. Departementets forslag om at det skal tilføyes et punkt nr. 3 i straffeloven § 39 støttes også s. 12.

Dette krever en ny type samarbeide mellom helse- og sosialpersonell og Friomsorgen, som absolutt bør være med her. Det er forslått inntil to måneder innleggelse på psykiatrisk institusjon der formålet er diagnostisering, utredning evt. avrusing, og stabilisering. Deretter skal vedkommende følges opp ambulant. Dette kan synes vel raskt å få til, men det avhenger veldig av hvilke ressurser som blir tilgjengelige for å gjøre dette arbeidet. Men da bør det bygges opp noe helt nytt og ikke bare innlemmes i det gamle. I Stockholm har de satset mye på å samorganisere rus – og psykiatri og har hentet gevinster på det. Felles organisering må være i toppledelsen for å få den nedover i systemet. Dette må med i lovutformingene. Man kan tenke seg folk som jobber poliklinisk med dette utfra Sikkerhetspsykiatrien.

Aker universitetssykehus HF

Generelt:

Med dagens manglende boligtilbud til denne gruppen, så vil mange gå rett tilbake til hospits eller annen form for bostedsløshet og det blir vanskelig å følge dem opp og holde dem avruset. Mange av disse kriminelle begår sannsynligvis gjentatt kriminalitet for å skaffe seg penger til rus og det vil derfor være helt avgjørende for å lykkes at de får en egnet bolig med oppfølging og så kommer det øvrige hjelpeapparatet inn. Dette vet vi en del om fra de som allerede arbeider med rusmisbrukere med psykiske problemer innenfor institusjon 3-6 måneder. Resultatet kan bli at de blir værende mye lenger på institusjon/sykehus enn det som er ment fordi sykehuset klarer ikke å skrive dem ut uten et sted å bo.

Straffereaksjonen bør være tidsbegrenset og så får hjelpepersonell heller ha som oppgave å motivere pasient/klient til å fortsette samarbeidet og motta den samme hjelpen på frivillig grunnlag.

5. Straffrihet på grunn av psykose, høygradig psykisk utviklingshemming og bevisstløshet

Straffeloven § 45 bør endres.

”Bevisstløshet” og ”bevissthetsforstyrrelser” er vanskelige begrep å få tak i for helsepersonell så hvis det betyr ”rusutløste psykoser”, så støttes forslaget til Randi Rosenqvist. slik at det blir forståelig.

Hvis begrepet ”bevissthetsforstyrrelse” skal brukes, bør det få en nærmere avgrensing, for eksempel hvor lenge varer psykosen eller bevissthetsforstyrrelsen etter at rusmisbruket har opphørt. Det kan være svært kort for noen, mens for andre opptil flere uker og måneder ad gangen. Dette vil kunne si noe om pasientens sårbarhet og igjen hva vedkommende vil tåle av behandling, straff eller opphold i institusjon. I de nye nasjonale retningslinjer for dobbeltdiagnose rus og psykisk lidelse, som er under utarbeiding i Helsedirektoratet, defineres gjentatte og langvarige rusutløste psykoser som dobbeltdiagnoser og de skal behandles i psykisk helsevern. En større grad av overensstemmelse mellom lovverk og klinisk virksomhet ville være på sin plass.

Oslo, 03.02.2009

Hanne Klovning
Spesialkonsulent, DD-team
Oslo universitetssykehus HF, Aker
Klinikk for psykisk helse
0514 Oslo



Oslo universitetssykehus HF

Ullevål, Psykiatrisk divisjon

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
for Helseregion Sør-Øst

Helseregion Sør-Øst
Grønnegt. 52
2317 Hamar

Oslo, 23.03.09

Høringsuttalelse
Departementets saksnr. 200807883

Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring

For ordens skyld bemerkes innledningsvis at Kompetansesenteret og ansatte her har bidratt på flere vis ved utarbeidelse av Mæland-utvalgets rapport, jfr rapportens pkt 1.3. Av Kompetansesenterets nåværende medarbeidere har Ellen Kjelsberg, Pål Hartvig, Åse Bente Rustad, Christine Friestad, Frank Kidder og Øyvind Holst deltatt slik det fremgår av pkt 1.3.1. Jurist ved Kompetansesenteret, Siri Weisæth, var utvalgets sekretær. Hun har ikke deltatt ved utarbeidelsen av denne høringsuttalelse.

I det følgende omtales rapporten fra utredningsgruppen kun som rapporten, og utredningsgruppen omtales som utvalget. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern omtales som dom på tph, og Koordineringsenheten for dom på tvungent psykisk helsevern omtales som Koordineringsenheten.

1. Tilregnelige lovbrystere – forvaring

1.1 Progresjon i staffegjennomføringen

KPS støtter departementets forslag om "utslusingsenheter" i hver av de seks kriminalomsorgsregionene. Videre støtter vi forslaget om at disse bør etableres i samarbeid med Ila. Vi anser det som positivt på lang sikt at kriminalomsorgen bygger opp egen kompetanse og selv tar ansvaret også for siste del av forvaringsperioden. Institusjoner som IKST og ATV kan være nyttige samarbeidspartnere i et slikt arbeid, men det er vår oppfatning at ansvaret ikke bør overføres til private i sin helhet.

Vi vil påpeke viktigheten av å utarbeide en plan for arbeidet i disse "utslusingsenhetene" før ordningen iverksettes. En slik plan kan bidra til enhetlig praksis og til at ordningen lettere kan evalueres etter en tid.

Departementet skriver i høringsnotatet at "(o)rdinære fengsler, herunder fengsler med lavere nivå og overgangsboliger, vil ofte ikke kunne gi et tilfredsstillende tilbud til denne gruppen". Dette kan nok være tilfellet for enkelte forvaringsdømte, eksempelvis hvor særlige

sikkerhetshensyn eller botreningsbehov gjør seg gjeldende. Imidlertid kan det være grunn til å se nærmere på om det eksisterende tilbudet kan benyttes i større grad enn i dag.

2. Utilregnelige lovbreakere – overføring til tvungent psykisk helsevern

2.1. Nasjonal koordineringsenhet – rolle og myndighet

Utvalget fant at 84 personer hadde fått dom på tph i perioden 01.01.02-31.12.07. Det fremgår av rapportens pkt 3.6.2 og 3.6.3 at utvalget nedla et betydelig arbeid for å innhente informasjon om behandlingsforløpet for disse 84 domfelte. Til tross for dette fikk utvalget kun informasjon om 66 av 84 domfelte. Tatt i betraktning at det dreier seg om svært alvorlig kriminalitet og at det foreligger gjentakelsesfare er det lite tillitvekkende at det ikke lot seg gjøre å avklare status for 18 domfelte. Det gir ytterligere grunn til bekymring når utvalget avdekket at for én av disse 18 ble dommen – av ukjent grunn – aldri iverksatt. Om de øvrige 17 vites ingenting.

Tatt i betraktning at samfunnsvernet er det bærende argument for disse dommene er det en betydelig svakhet ved reformen at det ikke finnes noen oversikt over antallet domfelte, hvor de er, hva slags oppfølging de får og hvilke planer som foreligger om videre oppfølging. Den eksisterende Koordineringsenhetens mål er innenfor tidligere Helse Østs område å bidra til å sikre gjennomføringen av dom på tph. Oppmerksomheten er rettet mot flere sider ved gjennomføringen;

- holde oversikt over de domfelte og hvor de er
- holde oversikt over hvem som er ansvarlig for gjennomføringen av dommene fra helsevesenets side og fra påtalemyndighetens side
- bidra til god kommunikasjon mellom justis- og helsevesen
- utvikle retningslinjer for gjennomføringen.

Koordineringsenheten driver i tillegg en utstrakt rådgivning overfor helsevesenet, og formidler informasjon om retningslinjer og praksis til helse- og justisvesen.

Koordineringsenheten kan ikke være en garantist for at "glipp" ikke forekommer i et slikt tett samspill mellom to helt ulike aktører, men har etter vår oppfatning vært et nødvendig og vesentlig bidrag for å minimalisere risikoen for "glipp".

Etter vår oppfatning bør det derfor etableres en nasjonal koordineringsenhet som ivaretar samme målsetning, og som kan utvikle det arbeidet som er gjort ved Koordineringsenheten. Vi er dermed enige når *"Departementet antar at enhetens oppgaver i det alt vesentlige bør være å utarbeide og oppdatere prosedyrer for samhandling og oppfølging mellom helseforetakene og justissektoren, samt yte veiledning til helseforetakene ved valg av behandlingssted. Den nasjonale koordineringsenheten skal verken ha noe behandlingsansvar eller et ansvar for at det tvungne psykiske helsevernet settes i verk umiddelbart etter rettskraftig dom"*, jfr høringsnotatets pkt 2.1.2, s. 4.

For at en slik nasjonal koordineringsenhet skal kunne fylle sin rolle må den ha tillit hos alle helseforetak og institusjoner. Den må derfor være uavhengig av helseforetakene. Den må kunne gi objektive og troverdige råd og vurderinger til helseforetak, direktorat og departement, og den bør ha anledning til å avgjøre plassering av domfelte når helseforetakene ikke blir enige seg imellom. For øvrig bør den ikke ha ansvar for noen side av gjennomføringen. For å unngå ansvarspulverisering er det viktig at ansvaret for gjennomføringen fortsatt er uttrykkelig plassert hos den faglig ansvarlige, jfr phvl § 5-4.

Til tross for en uavhengig organisasjonsform bør en nasjonal koordineringsenhet plasseres nær institusjonene, og helst en av sikkerhetsavdelingene. Erfaringene med Koordineringsenheten har vist at god kunnskap om – og tett dialog med – sikkerhetsavdelingene er nødvendig.

Register – innhold og plassering

Bortsett fra *"den nærmeste pårørende til domfelte"* er de opplysninger som er nevnt i høringsnotatets pkt 2.1.2, s. 4, relevante for en koordineringsenhet.

Vi forutsetter at registrerte opplysninger forblir i registeret, slik at den enkelte domfeltes historikk fremkommer.

I utgangspunktet kan flere forhold tale for en forankring i helseregisterloven. Registeret kan tilføyes som § 8 nr 10. En slik forankring vil tydeliggjøre at dette er et ordinært helseregister, og et redskap for helsevesenet i samsvar med lovens § 1. Vi kan ikke se at samfunnsvernet er til hinder for en slik forankring. Helseregisterloven har i tuberkuloseregisteret andre register som skal ivareta samfunnsvernet.

Dersom registeret forankres i phvl har vi ingen bemerkninger til lovteksten i departementets utkast på s 5.

Uansett valg av forankring bør følgende tre hensyn være avgjørende:

- hensynet til sikker gjennomføring av reaksjonen
- hensynet til helseplanlegging
- hensynet til kunnskap om reaksjonen

De to første hensyn er identiske med de formål som departementet fremholder i høringsnotatets pkt 2.1.2, s. 4, 3. avsnitt, 2. og 3. pkt.

Det tredje hensynet er grunnleggende for å kunne ha en kvalifisert formening om særreaksjonen fungerer etter intensjonene bak reformen. I dette tilfellet dreier deg seg om en omfattende reform, hvor hensynet til samfunnsvernet er bærebjelken i særreaksjonen.

Samfunnsvernet gir grunnlag for vidtrekkende og alvorlige inngrep i menneskers personlige autonomi. Mæland-utvalgets arbeid gav et kortvarig innblikk i hvordan reformen fungerer, og utvalgets kan hende mest interessante funn var mangelen på samlet informasjon om de domfelte, jfr rapportens s 171. Mangelen på oversikt er ikke bare en utfordring for selve gjennomføringen, men også for kunnskap om gjennomføringen. Tatt i betraktning bakgrunnen for reformen, inngrepets alvor, ansvarsoverføringen mellom ulike offentlige sektorer og offentlighetens interesse for denne gruppen domfelte, er det etter vår oppfatning viktig med inngående og oppdatert kjennskap til reformens konsekvenser for både samfunnet og den enkelte domfelte.

Vi vil videre tilrå at valget av rettslig forankring ikke medfører ytterligere hindringer for kunnskap. Prosessen bak "Ot.prp.nr.45 (2006-2007). Om lov om endring av lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (unntak fra helsepersonells taushetsplikt)" viser etter vår oppfatning at det i alle fall ikke er taushetsplikten som må styrkes.

Uansett anser vi forankring i lov som hensiktsmessig. Hensynet til langsiktighet, forutberegnelighet og åpenhet tilsier at konsesjon fra Datatilsynet neppe er det mest hensiktsmessige.

2.2 Opplysninger fra helsepersonell – regler om taushetsplikt

Problemstillingen taushetsplikt og dom på tph har vært debattert her på Kompetansesenterets seminar for faglig ansvarlige og i møte med faglig ansvarlige på ulike institusjoner.

Det er vårt inntrykk at de fleste faglig ansvarlige har hatt forståelse for at denne særreaksjonen reelt medfører et unntak fra taushetsplikten, men at helsevesenet etterlyser en klar lovhjemmel

for unntaket. Det er vårt inntrykk at riksadvokatens brev av 31.01.07 til RMK ikke har bidratt til en avklaring.

2.2.2.2 Unntak fra taushetsplikt overfor påtalemyndigheten

For at påtalemyndigheten skal kunne oppfylle sin lovpålagte kontrollfunksjon i forhold til samfunnsvernet, må påtalemyndigheten få tilgang på relevant informasjon om pasienten fra den faglig ansvarlige. Vi støtter derfor forslaget til ny phvl § 5-6a.

Den lovpålagte kontrollfunksjon gjør seg gjeldende i forhold til vurdering av opphør/opprettholdelse av særreaksjonen, men også i forhold til påtalemyndighetens klagerett over vedtak, jfr phvl § 5-4. Informasjonsbehovet er det samme for påtalemyndigheten i begge situasjoner, og vi foreslår derfor at unntaksregelen også uttrykkelig nevner § 5-4. Unntaket i forslaget til ny § 5-6a bør også nevne domstolene og de rettsoppnevnte sakkyndige.

2.2.2.3 Unntak fra taushetsplikt overfor nasjonal koordineringsenhet

Vi støtter forslaget til ny phvl § 5-6b fordi vi ser behovet for en enhet som koordinerer samhandlingen mellom justis- og helsesektor. Imidlertid bør 2. pkt strykes, idet lovtekst om særreaksjonen tvungen omsorg ikke har noen plass i phvl kapittel 5.

Utkastet til ny § 5-6b bør ikke plasseres i påtaleinstruksen. Årsaken er at påtalemyndighetens plikter og rettigheter knyttet til dom på tph allerede er fordelt på phvl kap 5 og strl § 39b. Å spre disse bestemmelsene ytterligere fremstår som lite hensiktsmessig.

2.3 Ruskontroll

Vi deler departementets syn på phvl § 4-7a. Etter ordlyden åpner den for flere prøver etter ett vedtak. Vi kan ikke se at det er behov for en lovendring, men heller retningslinjer for varigheten av et vedtak.

3. Utilregnelige psykisk utviklingshemmete lovbrøtere – tvungen omsorg

Administrasjon av særreaksjonen tvungen omsorg er lagt til Brøset, og vi viser til deres uttalelse.

Imidlertid vil vi påpeke at forslaget til endring av strpl § 147a er like relevant for en nasjonal koordineringsenhet for dom på tph. Vi mener derfor at lovteksten bør nevne denne enheten.

4. Utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner for utilregnelige

Arbeidet som ble gjort under Mæland-utvalget og i forkant av dette viser etter vår oppfatning at problemstillingen "utilregnelig og plagsom, men ikke farlig nok" er reell.

Tiltak i forhold til denne type kriminalitet bør etter vår oppfatning ta hensyn til følgende:

For det første kan det stilles spørsmål ved om påtalemyndigheten fullt ut utnytter de muligheter strl § 39 gir. En gjennomgang av rettspraksis viser at det i stor grad er de opplagte tilfellene av alvorlige forbrytelser som bringes inn for domstolene. Hartvigs gjennomgang av henlagte straffesaker i "fribillett-gruppen" viser at også saker som omhandler trusler, legemsbeskadigelse og ran henlegges (vedlegg 8 til utvalgets rapport, s. 8). Vi holder muligheten åpen for at det blandt henlagte saker kan være tilfeller av alvorlig kriminalitet som er kvalifiserende i forhold til strl § 39. Blandt annet kan det være grunn til å se nærmere på kumulasjon av forbrytelser (se nærmere drøftelsen i Jørn RT Jacobsen, "Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern", s. 81 flg.).

For det andre mener vi at den gjenværende gruppen, dvs de som driver med kriminalitet som er "plagsom, men ikke farlig nok", ikke bør møtes med en utvidelse av dom på tph, men med en egen særreaksjon eller med administrative tiltak hjemlet i phvl. Bærebjelken i den eksisterende særreaksjonen dom på tph er samfunnsvernet. I dette tilfellet består samfunnsvernet i vern mot farlige handlinger. Det er en annen begrunnelse enn vern mot "plagsomme" handlinger.

Kompetansesenteret har i løpet av det siste året drevet informasjonsvirksomhet ovenfor faglig ansvarlige bl.a. for å heve kunnskapsnivået om dom på tph. Det er viktig at de faglig ansvarlige oppfatter at dom på tph ikke er "det samme som" tvungent psykisk helsevern. Et viktig argument i denne forbindelse er nettopp farligheten, både i form av begått farlig kriminalitet og faren for ny farlig kriminalitet. Det er vår erfaring at farligheten er med på å skape legitimitet for oppfølgingen av denne gruppen pasienter. Det vil forholde seg annerledes dersom denne særreaksjonen utvides til å bli en "sekkepost".

I tillegg er gruppen "plagsom, men ikke farlig nok" mangfoldig, og tyngden av tiltak kan komme til å ligge på andre områder. Antagelig vil tiltakene i stor grad dreie seg om avrusning, ruskontroll og botrening.

I valget mellom en ny særreaksjon og rent administrative tiltak etter phvl mener vi det reviderte forslaget fra Karl Henrik Melle, Brøset, har mye for seg. En rent administrativ løsning medfører at særreaksjonene forblir begrenset til et samfunnsvern mot farlige handlinger.

En rent administrativ løsning medfører at helsevesenet selv må bygge opp den kompetanse som Friomsorgen opparbeidet under sikringsinstituttet. Å tildele kriminalomsorgen et ansvar ovenfor straffrie pasienter fremstår som lite ryddig.

Uansett valg av fremgangsmåte gjenstår to utfordringer; den ene er av økonomisk art og den andre er av prinsipiell art. For det første krever en tettere oppfølging at det opprettes nye, kostbare behandlingsplasser. For det annet vil enkelte av disse pasientene ha et svært lite behandlingspotensiale. For disse kan oppfølgingen komme til å bestå i mye "oppbevaring" og lite behandling. Alle former for "oppbevaring" eller "innesperring" fremstår dermed som et etisk dilemma når samfunnsgevinsten er begrenset til vern mot "plagsomme handlinger".

5. Straffrihet på grunn av psykose, høygradig psykisk utviklingshemming og bevisstløshet

I pkt 5.4 i høringsnotatet fremgår følgende; "Departementet minner om at "psykose" i straffelovens forstand er de tilstander som psykiatrien til enhver tid regner som psykose (Ot.prp.nr.90 (2003-2004) side 423)." Denne oppsummeringen er imidlertid ikke en helt dekkende beskrivelse av praksis. Det er riktig når RMK påpeker (vedlegg 7, s. 2) at det finnes kliniske psykoser som ikke er strafferettslige psykoser, og vice versa. Vi deler også RMK's oppfatning om at det – sett i ettertid – er mye som taler for at man heller burde beholdt begrepet "sinnssyk" eller funnet en ny juridisk formulering. Under enhver omstendighet var det uheldig når departementet valgte å sløyfe Særreaksjonsutvalgets tilføyelse; "*... og dermed uten evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen*". Denne tilføyelsen gir både veiledning for forståelsen av begrepet i en strafferettslig forstand, og synliggjør samtidig begrunnelsen for straffrihet. Ved å beholde tilføyelsen kunne man fått en praksis som var mer rettet mot å vurdere (graden av) tap av virkelighetsoppfatning enn av å problematisere begrepet psykose.

Vi er videre av den oppfatning at rusutløst psykose må likestilles i lovteksten med bevisstløshet som følge av selvforskyldt rus. Det er uheldig når Høyesterett, "til tross for legalitetsprinsippets sterke stilling i strafferetten" må henvise til "en lang tradisjon for at reglene er slik å forstå", jfr Rt 2008 s. 549.

Begrepet "bevissthetsforstyrrelse" i straffeloven 2005 § 20, siste ledd, har den fordel fremfor begrepet "bevisstløshet" at det ikke leder tanken mot komatøse tilstander. For øvrig vil tolkningen av begrepet fortsatt i stor grad baseres på skjønn.

Det er videre vår oppfatning at rettspsykiatriens sterke innslag av skjønn tilsier at det er ryddigst å operere med en absolutt straffrihetsregel for de klareste tilfellene, og en fakultativ straffrihetsregel for gråsonetilfellene. På denne måten kan tvilstilfellene i større grad bli overlatt til rettens skjønn enn til de sakkyndiges skjønn.

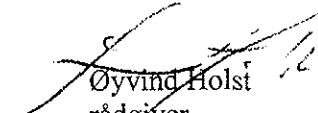
6. Utilregnelige i varetekt

I høringsnotatet er utilregnelige i varetekt knyttet til strpl § 188, 2. ledd.

Dels er det – i alle fall i Oslo-området – utviklet en praksis hvor antatt utilregnelige siktede i alvorlige straffesaker heller varetektsfengsles etter strpl § 171, 1. og 2. ledd, og tilbringer varetektsperioden på institusjon. På denne måten kan siktede også være underlagt restriksjoner. Lovendringen som foreslås i strpl § 188, 2. ledd fremstår som lite gjennomtenkt.

Problemstillingen plassering i institusjon vil regelmessig oppstå tidlig i etterforskningen. På dette stadium kan det foreligge få eller ingen opplysninger om siktedes sinnstilstand, bortsett fra at det kan dreie seg om en oppsiktsvekkende og uforståelig kriminell handling og kan hende en aparte oppførsel. Plassering i institusjon på et slikt grunnlag vil skape en alternativ vei inn i institusjonene ved siden av den lovmessige gjennom psykisk helsevernloven, og det vil medføre behov for flere institusjonsplasser. Disse problemstillingene kan ikke sees å være drøftet, og vi kan på denne bakgrunn ikke anbefale lovendringen.

Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst



Øyvind Holst
rådgiver

Deres ref.:

Vår ref.:
200902208

Vår saksbeh.:
Overlege Maria Sigurjonsdottir

Dato:
16.03.2009

**HØRINGSUTTAELSE: ETTERKONTROLL AV REGLENE OM
STRAFFERETTSLIG UTILREGNELIGHET, STRAFFERETTSLIGE
SÆRREAKSJONER OG FORVARING**

1. Tilregnelige forbrytere – forvaring

Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst har ikke grunnlag for bemerkninger til temaene progresjon i straffegjennomføringen og godtgjørelse til juridisk bistand ved begjæringer om prøveløslatelse.

Det er av stor betydning at "utslusing av forvaringsdømte", som har behov for helsevesenets tilbud, foregår innen kriminalomsorgen i hele landet. Dette vil kunne bidra til samarbeid mellom kriminalomsorgen og det aktuelle helsevernet i nærheten av den dømtes bosted under "utslusingsprosessen". Dette vil også kunne bidra til at nødvendige tilbud er etablert allerede før særreaksjonen opphører.

2. Utilregnelige lovbrytere - dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

2.1 Nasjonal koordineringsenhet

Bakgrunn

Som det fremgår av departementets merknader har Koordineringsenheten for dom til behandling oversikt over domfelte innenfor tidligere "Helse Øst", dvs ca 50 % av samtlige domfelte til tvungent psykisk helsevern.

Koordineringsenheten har oversikt over domfelte innenfor Helse Øst fra og med reformens iverksettelse 01.01.02. Koordineringsenheten har per 09.03.09 oversikt over 51 domfelte (47 menn og 4 kvinner). Domstolene har besluttet opprettholdelse av 19 dommer. Per 09.03.09 har ingen fått rettskraftig dom på opprettholdelse av særreaksjonen for tredje gang. Det har vært besluttet opphør av 14 dommer, hvorav 11 opphør er besluttet administrativt, dvs av påtalemyndigheten, mens 3 opphør er besluttet av domstolene.



ULLEVÅL
universitetssykehus

Ullevål er nå en del av Oslo universitetssykehus HF.
Det nye sykehuset består av tidligere Aker universitetssykehus,
Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål

Besøksadr.: Sykehusveien 15 1385 Asker Tlf: 66 90 87 68 Faks: 66 90 87 59
postmottak@uus.no Bankgiro: 6468 05 00205 Foretaksnr.: 993 467 049 www.ullevaal.no

HELSE  SØR-ØST

Utredningsgruppen til å foreta "Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring" (heretter: Utredningsgruppen) søkte etter særskilt lovbestemmelse (ny § 29a i helsepersonelloven) for å samle oversikt over samtlige domfelte i Norge frem til 31.12.06. Utvalget fikk innhentet informasjon fra faglig ansvarlige for behandlingen av 67 av 84 domfelte i perioden. Det vites intet om behandlingen av de 17 domfelte utvalget ikke fikk informasjon om. I ett tilfelle ble dommen til tvungent psykisk helsevern av ukjent grunn aldri iverksatt.

Etter at Utredningsgruppen avsluttet sin undersøkelse (dvs pr 10.03.08) eksisterer det ingen nasjonal oversikt over domfelte til tvungent psykisk helsevern. Etableringen av Koordineringsenheten for dom til behandling har medført at den mangel på oversikt over de domfelte som Utredningsgruppen påpeker ikke gjelder i Helse Øst.

Det primære mål med Koordineringsenheten for dom til behandling er å sikre forsvarlig gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern. Dernest er det en målsetning å veilede aktørene innenfor både helse- og justissektoren samt formidle kontakt med kompetanse på området. Oversikten over domfelte muliggjør helsetjenesteplanlegging innenfor regionen. Koordineringsenhetens kompetansenettverk fungerer som referansegruppe og består av resurspersoner innen justissektor og helsevesenet. Kompetansenettverket driver utvikling av rutinene for gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern, og er et forum for drøfting av ulike problemstillinger som oppstår under gjennomføringen av særreaksjonen.

Lov eller Eierstyring

Koordineringsenheten administrerer allerede et register, og en nasjonal koordineringsenhet bør administrere et utvidet register for landet. Erfaringene taler for at en nasjonal koordineringsenhet bør opprettes ved lov.

Oppgaver for en nasjonal koordineringsenhet

Den nasjonale koordineringsenhetens overordnede oppgaver bør være slik de er omtalt av departementet; *"Departementet antar at enhetens oppgaver i det alt vesentlige bør være å utarbeide og oppdatere prosedyrer for samhandling og oppfølging mellom helseforetakene og justissektoren, samt yte veiledning til helseforetakene ved valg av behandlingssted."*

Når det gjelder en nasjonal koordineringsenhets ansvar og myndighet slutter vi oss også til departementets vurderinger; *"Den nasjonale koordineringsenheten skal verken ha noe behandlingsansvar eller et ansvar for at det tvungne psykiske helsevernet settes i verk umiddelbart etter rettskraftig dom."*

Det har imidlertid vist seg å være tilfeller hvor domfeltes tilhørighet til helseforetak ikke enkelt lar seg avgjøre. Det kan være behov for en instans som har myndighet til å avgjøre uenighet mellom regionale helseforetak når ingen av disse påtar seg ansvaret for den domfelte. En slik myndighet kan tenkes lagt til enheten.

Register

Den oversikt over relevante opplysninger som er gjengitt i høringsnotatet (s. 4) er et godt utgangspunkt for et register. Imidlertid kan vi ikke se behov for å registrere domfeltes nærmeste pårørende. Derimot ser vi et behov for å kunne registrere hva vi velger å omtale som "avvik". Begrepet omhandler både systemavvik, f.eks i form av manglende rapportering fra faglig ansvarlig, og avvik i form av komplikasjoner ved domfeltes gjennomføring av særreaksjonen, eksempelvis i form av rømning, illegalt rusmiddelbruk og vold/trusler mot personale eller andre pasienter. Årsaken til at slik registrering anses som nødvendig er at dette er forhold som domstoler og påtalemyndighet regelmessig etterspør og vektlegger når disse skal ta stilling til opphør/opprettholdelse av særreaksjonen. Det vil dermed være en rettssikkerhetsmessig gevinst ved å søke å registrere og objektivisere slike opplysninger.

Registeret bør etter vår mening forankres i lov. Det vil skape forutsigbarhet og åpenhet omkring registeret. Vi anser at registeret kan være tjent med en forankring i helseregisterloven, som § 8 nr 10, og med en nærmere regulering i phvl kapittel 5. Det førstnevnte for å understreke at dette er et register tilhørende helsevesenet og er et register som legger til rette for helseplanlegging. Det annet fordi phvl kapittel 5 er velkjent for de deler av helse- og justissektoren som har befatning med dom på tvungent psykisk helsevern.

At den faglig ansvarlige også skal legge vekt på samfunnsvernet kan ikke sees å være et argument mot å hjemle registeret i helseregisterloven. Helseregisterloven inneholder allerede register som ivaretar ulike sider ved samfunnsvernet, slik som for eksempel tuberkuloseregisteret. I tillegg vil en plassering i helseregisterloven gi relevant veiledning i fremtidig anvendelse av registeret, jfr helseregisterlovens § 1.

Utkast til phvl §§ 5-2a og 5-2b

Vi anser utkastene til formulering av §§ 5-2a og 5-2b som hensiktsmessige. Vi vil imidlertid påpeke som særlig viktig at en nasjonal koordineringsenhets uavhengighet uttrykkelig fremheves, enten i forarbeidene eller i lovteksten.

Slik uavhengighet er sentral for aktørenes tillit til enheten, og dermed for deres vilje til å samarbeide med enheten. For så vidt gjelder departementets bemerkninger til plassering i helseregisterloven; se over.

Kostnader

Koordineringsenheten for dom til behandling drives i dag av en person ansatt i Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst. I tillegg er en av avdelingens overleger knyttet til enheten som faglig ansvarlig.

Det er vanskelig å ha noen sikker formening om kostnadene ved opprettelse og drift av en nasjonal koordineringsenhet. Det er imidlertid viktig å påpeke at erfaringene med den eksisterende koordineringsenheten er at etterspørselen etter enhetens tjenester er konstant

gjennom hele året. Det må derfor være kapasitet tilstrekkelig til å drive enheten kontinuerlig gjennom året, også under ferie og sykdom. Videre er det grunn til å minne om utgifter knyttet til utvikling, drift og vedlikehold av et register. Det er grunn til å tro at antall domfelte under enheten vil øke. Tallene fra Utretningsgruppen tilsier en tilvekst på ca 20 domfelte pr år, og en del færre til opphør. Årlig netto tilvekst er derfor usikker.

Det kan derfor synes som kostnadsanslaget i høringsnotatet er noe for lavt for å kunne sørge for nødvendig drift. Da det er mange usikkerhetsmomenter her kunne det være behov for revurdering av budsjettet til Nasjonal koordineringsenhet etter cirka 2 års drift.

2.2 Opplysninger fra helsepersonell – regler om taushetsplikt

Gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern forutsetter at påtalemyndighet, domstoler, rettsoppnevnte sakkyndige og koordineringsenheten får de opplysninger som er nødvendige for å gjennomføre dommen.

Vi støtter utkastene til phvl §§ 5-6a og 5-6b, dog slik at 2. pkt i utkast til ny § 5-6b, 1. ledd strykes. Dom på tvungen omsorg er ellers ikke en del av kapittel 5 i phvl, og bør heller ikke være det i forhold til taushetsplikt.

2.3 Ruskontroll

Vi deler departementets lovforståelse av phvl § 4-7a. Etter ordlyden åpner den for at vedtak gir hjemmel for å ta flere urinprøver i et behandlingsforløp. Vi kan dermed ikke se at det er behov for lovendring, men heller avklaring eller retningslinjer for hvilket tidsperspektiv som kan legges i et behandlingsforløp. Da et rusproblem som krever rusmiddelkontroll med urinprøver sannsynligvis er et problem som varer over noe tid, kunne det tenkes at behandlingsforløpet eller behandlingsperioden var samsvarende til Psykisk helsevernlovens §4-4, hvor det gis mulighet for å fatte vedtak om behandling av opp til 3 måneders varighet.

Annet angående dom til tvungent psykisk helsevern

Koordineringsenheten for dom til behandling har blitt oppmerksom på en problemstilling som ikke er berørt i høringsnotatet. Det dreier seg om personer dømt til tvungent psykisk helsevern som ikke har oppholdstillatelse i Norge. Det oppstår store problemer når disse personene skal videreføres i behandlingssystemet. Det er uklart hva skal skje med dem når de ikke lenger trenger innleggelse i det psykiske helsevernet. Uavhengig av høringsrunden kommer koordineringsenheten for dom til behandling til med å ta denne problemstillingen videre til relevante myndigheter.

3. Utilregnelige psykisk utviklingshemmede lovbrytere – tvungen omsorg

Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst har ikke grunnlag for bemerkninger til temaet dom på tvungen omsorg.

3.1 Underretning etter strpl § 147a

Det bemerkes at strpl § 147a er aktuell både for dom på tvungent psykisk helsevern og

dom på tvungen omsorg. Det er etter vår oppfatning like gode grunner som taler for at påtalemyndigheten skal varsle en nasjonal koordineringsenhet om aktuelle saker som at påtalemyndigheten skal varsle fagenheten om aktuelle saker.

4. Utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner for utilregnelige

Da det i høringsnotatet presiseres at det i denne forbindelse ikke er en åpning til å vurdere endring av det medisinske prinsipp for strafferettslig utilregnelighet, vil det fortsatt være uløste problemer i dette saksområdet. Derfor står valg av virkemiddel i realiteten mellom tre alternativer; utvidelse av særreaksjonen dom på tvungent psykisk helsevern, en ny særreaksjon eller sivilrettslig tvungent psykisk helsevern.

Uansett valg av fremgangsmåte er det førende for vårt syn at dom på tvungent psykisk helsevern fortsatt må forbeholdes de alvorligste tilfellene. For det første er samfunnsvern mot farlighet og samfunnsvern mot "plagsomhet" to ulike hensyn. Det er med andre ord snakk om inngrep mot mennesker bygget på ulike begrunnelse. For det andre er "plagsom, men ikke farlig-gruppen" svært mangfoldig. Det vil trolig være snakk om andre former for oppfølging, hvor det i vesentlig grad kan komme til å dreie seg om avrusning, ruskontroll, medikamentell oppfølging, rehabilitering og botrening. For det tredje er det et stadig pågående arbeid for å heve anseelsen for dom på tvungent psykisk helsevern ute blant helseforetak, institusjoner og faglig ansvarlige. En bærebjelke for denne særreaksjonens anseelse er nettopp at det dreier seg om alvorlig sinnslidende som begår den alvorligste kriminaliteten. Det gir denne særreaksjonen legitimitet i helsevesenet.

Dersom det er aktuelt å utvide virkeområdet for dom på tvungent psykisk helsevern er det vår oppfatning at utvidelsen bør være marginal, og at utvidelsen skjer ved en minimal senkning av alvorlighetsgraden for kvalifiserende kriminalitet. Kun ved en slik marginal utvidelse kan denne særreaksjonens begrunnelse og legitimitet opprettholdes. Ulempen ved en marginal utvidelse er at "fribillett-gruppen" fortsatt vil bestå av dem som er "plagsomme, men ikke farlige nok" og noen vil fortsatt mene at de utgjør et samfunnsproblem og ikke et helseproblem.

For gruppen "plagsomme, men ikke farlige nok" bør det etter vår oppfatning eventuelt etableres en egen særreaksjon. Forslaget i høringsnotatet og i Utredningsgruppens rapport, er etter vår oppfatning ikke er den beste modellen for en slik særreaksjon. Den tar ikke tilstrekkelig hensyn til pasientens behandlingsmessige behov og avklarer ikke hva som skal skje i helsevesenet eller rettsvesenet etter to måneder under en slik særreaksjon. Det kan også synes som foreslått samarbeid med kriminalomsorgen ikke er tilstrekkelig gjennomarbeidet for å forplikte kriminalomsorgen til nødvendig samarbeid. Hvis en spesiell særreaksjon etableres for denne gruppen bør man finne bedre alternativer enn den som foreslås i høringsnotatet.

Blant de modeller som er blitt foreslått er Karl Henrik Melles (avdelingssjef Regional sikkerhetsavdeling, Brøset) reviderte forslag etter vår oppfatning det beste forslaget av de som har fremkommet hittil. Forslaget forutsetter endring i psykisk helsevernloven slik at

det under §3-3 tilføyes tilleggskriterium c som formuleres slik: *"har begått flere straffbare handlinger av særlig krenkende, særlig ødeleggende eller særlig plagsom art, og andre tiltak har vist seg åpenbart nyttesløse"*. Denne formuleringen sikrer at pasientene som vurderes under dette tilleggskriterium har en alvorlig sinnslidelse og at det dreier seg om særlig krenkende, ødeleggende eller plagsom atferd hvor andre tiltak ikke har nyttet.

Et reelt samfunnsvern i forhold til denne gruppen forutsetter i de fleste tilfeller bruk av lukkede avdelinger for behandling, avrusning, ruskontroll samt hindring av ny plagsom kriminalitet og dette behandlingsnivået vil som vanlig måtte fortsette i lengre tid enn 2 måneder. Det er et åpent spørsmål om et stadig mindre antall lukkede plasser i allmennpsykiatrien og i sikkerhetsavdelingene skal benyttes til denne gruppen.

Det er videre et tankekors, også angående Melles forslag, at enkelte av personene i gruppen "plagsom, men ikke farlig nok" vil ha psykiske lidelser som ikke kan behandles, eller hvor effektiv behandling ikke fører til at den plagsomme atferden avtar.

Melles forslag innebærer at helsevesenet alene får ansvaret for oppfølging av denne gruppen, noe som er betenkelig for flere i gruppen. Slik som det fremgår av høringsnotatet og foreslått lovendring skal kriminalomsorgen delta i samarbeid og ansvarsgrupper angående gruppen "plagsomme, men ikke farlige nok". Det vil i flere tilfeller være ønskelig med et slikt samarbeid mellom helsevesenet og kriminalomsorgen/friomsorgen. Det er midlertidig noe vanskelig å finne ut hvilken lovhjemmel forplikter kriminalomsorgen eller friomsorgen i dette samarbeidet. Offentlige instanser har generelt mange oppgaver og knappe resurser. Det er derfor sannsynlig at et slikt samarbeid eller felles ansvar, som er ønskelig, kan være vanskelig å etablere uten at man samtidig endrer lovhjemler for kriminalomsorgen/friomsorgen, slik at de også får definerte oppgaver og ansvar angående denne gruppen.

For gruppen "plagsom, men ikke farlig nok" er det grunn til å vente kritikk og en velbegrunnet offentlig interesse for domfelte på en lukket avdeling, hvor grunnlaget for "innesperringen" er mindre alvorlig kriminalitet, som eksempelvis tyverier eller sjikanøs opptreden. Det er usikkert om folk flest mener at dette er rimelige tiltak overfor disse menneskene. Det bør også avklares hvorledes dette vil forholde seg i henhold til hvilke forpliktelser Norge har angående menneskerettigheter.

5. Straffrihet på grunn av psykose, høygradig psykisk utviklingshemming og bevisstløshet

Bevisstløshet i straffelovens forstand er vel innarbeidet i rettspraksis og bør ikke forandres selv om bevisstløs i medisinsk terminologi har et annet innhold. Psykose bør tilføyes på lik linje med bevisstløshet slik at nåværende straffelov § 45 blir lydende: *Bevisstløshet og psykose som er en følge av selvforskyldt rus (fremkalt ved alkohol eller andre midler), utelukker ikke straff.*

6. Utilregnelige i varetekt

Det er vår oppfatning at den foreslåtte lovendring ikke bør gjennomføres. Situasjonen vil særlig være aktuell innledningsvis i etterforskningsfasen. På dette tidspunkt kan det foreligge liten informasjon om siktedes sinnstilstand. Domstolenes mulighet for å ha en kvalifisert mening om hvorvidt siktede *"må antas å være straffri etter straffeloven § 44 første ledd"* vil være svært liten. En oppsiktsvekkende kriminell handling eller en aparte opptreden ovenfor politiet eller i retten gir et svakt grunnlag for å ta stilling til anvendelse av § 44. I tillegg kan det dreie seg om simulering eller rusutløste psykoser.

Konsekvensen av lovforslaget vil bli at helseforetakene på kort varsel får ansvar for et ukjent antall siktede, med ulik rømningsfare og ulik fare for voldelig atferd. Enkelte av disse hører antagelig ikke hjemme i helsevesenet.

Tatt i betraktning at helsevesenet allerede må prioritere hardt mellom behandlingstrengende, fremstår det som en forhastet løsning å la en slik sammensatt gruppe få en "automatisk" plass til fortrengsel for andre pasienter med et velkjent behov for behandling.

Det er et prinsipp i helsevesenet at alle som har en alvorlig sinnslidelse og som trenger behandling i sykehus, skal få slik behandling enten de har begått kriminelle handlinger eller ikke. Dersom de som er i varetekt trenger observasjon, utredning og/eller behandling i psykiatrien kan det av sikkerhetsmessige grunner (rømning, fare for andre) være nødvendig å behandle disse personene i sikkerhetspsykiatrien. Dersom det er riktig som påtalemyndigheten /politiet ofte peker på; at det ikke er tilstrekkelig med plasser i sikkerhetspsykiatrien for denne gruppen, bør heller dette rettes på.

Dersom det viser seg at det ansvarlige helseforetak ikke tar imot alvorlige sinnslidende til behandling fra fengsel/varetekt, ville det være mer hensiktsmessig å opprette klageinstans, slik det tidligere var i Psykisk helsevernloven fra 1984, §5a hvor Statens Helsetilsyn var klageinstans.

Det er mange aspekter ved en slik anvendelse av psykiatriske institusjoner for personer i varetekt som ikke er diskutert i høringsnotatet. Det er ikke diskutert under hvilken lovhjemmel disse personene eventuelt skal interneres i det psykiske helsevern. Straffeprosesslovens §188 hjemler i utgangspunktet ikke etablering av tvungent psykisk helsevern. Det betyr i praksis at det er uklart om disse personene kan utredes og behandles mot sin vilje i helsevesenet. Det er også uklart hva som skal skje hvis det etter utredning konkluderes med at personene ikke har en psykisk tilstand som innebærer straffefrihet etter §44 i Straffeloven. Det er da også uklart hvorvidt det psykiske helsevernet har myndighet til å utskrive disse personene når det er klart at de ikke trenger behandling i psykiatrisk døgninstitusjon.

Uansett hva som skjer i helsevesenet kan det synes som om justissektoren har et prinsipielt problem vedrørende denne gruppen. Hensikten med forslaget ser ut til å være å

innføre tidlig behandling av personer som muligens er utilregnelige jf. § 44 i Straffeloven. Det er problematisk at det, på det tidspunktet varetekten skal endres til opphold i det psykiske helsevernet, som regel ikke har blitt avklart ved dom - og ofte heller ikke igjennom rettsakkyndig erklæring - at denne personen er utilregnelig og derfor straffefri jf. § 44 i Straffeloven. Det kan da synes som om man har tatt stilling til utilregnelighet *før* alle sider i saken, inkludert bevisene for utilregnelighet, er belyst i en rettssak. Dette blir da en forhåndsbeslutning som tas med utilstrekkelig bevisførsel. Det blir vanskelig å se for seg rettslig konklusjon som på et senere tidspunkt fastslår at denne personen *ikke* er å anse som utilregnelig i strafferettslig forstand.

Sett under ett tilsier disse argumentene at den foreslåtte lovendring i høringsnotatet ikke er gjennomarbeidet tilstrekkelig innen justissektor og helsevesen. Den foreslåtte lovendringen synes å være forhastet og kan føre med seg uante konsekvenser for det psykiske helsevernet.

Med vennlig hilsen



Carl Fredrik Haaland
Avdelingssjef
Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF
PB 404
2303 HAMAR

Deres ref.: 08/025025- 2/008	Vår ref.: 09/00282-2	Saksbehandler: Marianne Blair Berg	Telefon: 67 68 88 93 e-post: mab5@ahus.no	Dato: 5.3.2009
------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--	-------------------

Høring - rapport "Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring".

Akershus universitetssykehus HF viser til oversendt invitasjon til å avgi høringsuttalelse til forslaget fra Justis- og politidepartementet sin rapport med forslag til lovendringer for lovbyggere som er soningsudyktige og / eller strafferettslig utilregnelig, og derfor blir henvist til tvangsinnleggelse innen spesialisthelsetjenesten eller til tvungen omsorg etter sosialtjenesteloven. Høringsfristen til Helse Sør-Øst er endret til 9. mars 2009.

Akershus universitetssykehus er av den oppfatning at mange av de lovbyggerne rapporten gjelder vil ha dårligere evne til å ivareta egen tarv grunnet begrensninger i sin tenkeevne og / eller empatiske evner herunder manglende selvinnsikt, og representerer således særlige sårbare grupper. Fra vårt ståsted vil disse personene uansett ha status som pasienter når de er innlagt ved våre enheter, og våre synspunkter vil søke å ivareta dette perspektivet.

Departementet har fremhevet 11 spørsmål som det ønskes tilbakemelding på, og vi er anmodet om å følge disposisjonen i høringsnotatet med saksnummer 200807883.

1. Tilregnelige lovbyggere - forvaring

Spørsmål 1. "Departementet overveier om det i hver av de seks kriminalomsorgsregionene bør opprettes enheter egnet for utslusing av forvaringsdømte. Utslusingsenhetene vurderes etablert i samarbeid med Ila."

Akershus universitetssykehus har ikke synspunkter på dette.

Spørsmål 2. "Godtgjørelse til juridisk bistand ved prøveløslatelse. Departementet ber om innspill fra både innsatte, kriminalomsorgen, advokater, påtalemyndigheten og domstolene om behovet for en klargjøring eller endring av regelverket på dette punkt"

Akershus universitetssykehus har ikke synspunkter med hensyn til om forvaringsdømte tidligere i forløpet av gjennomføring bør innrømmes mulighet til fri rettshjelp til forsvarer på et tidligere stadium i gjennomføringen enn idag.

2. Utilregnelige lovbrøtere – overføring til tvunget psykisk helsevern

2.1. Nasjonal koordineringsenhet

Spørsmål 3. Departementets spørsmål er fireleddet

3.a Bør det opprettes en slik koordineringsenhet på nasjonal basis for registrering av dom på overføring til tvunget psykisk helsevern?

Akershus universitetssykehus er av den oppfatning at det vil kunne være gunstig med en slik koordinerende enhet.

Spørsmål 3.b Hvilken rolle og myndighet skal denne i så fall ha?

Akershus universitetssykehus er av den oppfatning at enheten ikke bør ha vedtakskompetanse i helsefaglige spørsmål, men gi råd og veiledning faglig og juridisk for derved å sikre et helhetlig og individuelt tilpasset opplegg for den enkelte pasient. Dette vil også kunne ivareta samfunnets behov for beskyttelse. Vedtakskompetanse bør være uendret med hensyn til avslutning av behandling og vurdering av om vilkårene for utskriving (løslatelse) er oppfylt og tillegge den behandlingsansvarlige.

Spørsmål 3.c Hvor skal ordningen hjemles?

Hensynet til samfunnets behov for beskyttelse er styrende for ordningen med overføring til denne formen for tvunget psykisk helsevern og hjemlet i straffeloven. Akershus universitetssykehus er imidlertid av den oppfatning at tvunget psykisk helsevern er helsehjelp uavhengig om det er en rettsinstans som henviser til helsehjelp i stedet for helsepersonell som det vil være i andre sammenhenger. Under innleggelse vil pasientens rettigheter også være regulert gjennom pasientrettighetsloven, vårt personells yrkesutøvelse vil være regulert av helsepersonelloven supplert med psykisk helsevernloven. Sykehusene vil dessuten være bundet av spesialisthelsetjenesteloven. Pasientene mottar rettslig og faktisk sett helsehjelp. Opplysningene i registeret vil i denne sammenheng bli å betegne som helseopplysninger. Helseopplysninger etter helseregisterloven taushetsbelagte i større utstrekning enn etter annen forvaltningsrettslig lovgivning idet alt som kan identifisere en individuell pasient omfattes. På denne bakgrunn er Akershus universitetssykehus av den oppfatning at det gir et best mulig vern om pasientene om opprettelsen av registeret gjøres i forskrifts form hjemlet i helseregisterloven. Dette i likhet med Reseptregistret, Blodforskriften med flere som også sammenstiller helseopplysninger om bestemte pasienter.

Spørsmål 3.d Hvilke opplysninger skal registreres?

Et prinsipp er at færrest mulig skal ha tilgang til færrest mulig opplysninger om pasienter, jf pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger i pasientrettighetsloven § 3-6. Hvilke opplysninger som er påkrevd for at påtalemyndigheten skal kunne ivareta sitt ansvar og hvilke Kriminalomsorgen samt helsetjenesten er avhengig av for å løse sine oppgaver vil avhenge av hvilke formål man faller ned på at registeret skal ivareta. Akershus universitetssykehus har ikke detaljerte meninger om dette, men tror at det vil kunne være formålstjenelig å se hen til instituttet "individuell plan" som gjelder pasienter med langvarige og sammensatte behov. Forskriften om individuell plan nevner ikke eksplisitt Kriminalomsorgen som en medspiller, men etter vår oppfatning vil denne instansen også kunne være en nyttig medspiller for denne kategori pasienter. Opprettelse av individuell plan bør på denne bakgrunn registreres med aktuelle samarbeidspartnere, jf psykisk

helsevernloven § 4-1 og pasientrettighetsloven § 2-5, og FOR-2004-12-23-1837 om individuell plan

2.2. Opplysninger fra helsepersonell – regler om taushetsplikt

Spørsmål 4 er toleddet

Spørsmål 4a

om unntak fra taushetsplikten overfor påtalemyndigheten, plassert under punkt 2.2.2.2
Akershus universitetssykehus er av den oppfatning at lovhjemmel i ny bestemmelse i psykisk helsevernloven som foreslått lagt til § 5-6a vil gi en tydelig signaleffekt til pasienten om at deres interesser og integritet i størst mulig utstrekning vil bli ivaretatt. At påtalemyndigheten skal ha rett til å innhente opplysninger kan med fordel også tydeliggjøres i straffeloven § 39 b slik at systemet for utveksling av opplysninger blir helhetlig. Avklaring evt lovendring i forhold til etterlevelse av helsepersonelloven § 21 om taushetsplikt, med nytt unntak i § 23 evt med eksplisitt henvisning til psykisk helsevernloven § 5-6a eller ny bestemmelse i kapittel 6 om opplysningsplikt som supplement / tydeliggjøring av psykisk helsevernloven § 5-4 om meddelingsplikt til påtalemyndigheten bør overveies.

Spørsmål 4b

om unntak fra taushetsplikt overfor nasjonal koordineringsenhet, plassert under pkt 2.2.2.3
Hører bestemmelsen hjemme i påtaleinstruksen, forslag til ny § 5-6 b i psykisk helsevernloven?

Slik bestemmelsen er utformet legger den gjensidige plikter på både helsepersonell, "den faglig ansvarlige", og påtalemyndigheten. Imidlertid er påtaleinstruksen av lavere rang enn lovbestemmelsen den skal gjøre unntak fra for helsepersonellet mht lovbestemt taushetsplikt og opplysningsplikt. Det er helsepersonellens taushetsplikt som uthules og helsepersonellens rettssikkerhet herunder oversikt over egne plikter som da ikke blir ivaretatt. Vi ser imidlertid gjerne at bestemmelsen inkorporeres i påtaleinstruksen eventuelt med en henvisning til psykisk helsevernlovens bestemmelse. Taushetsplikten for helsepersonellet er også hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 6-1, og kapittel 11 i helsepersonelloven foruten helseregisterloven § 15.

2.3. Ruskontroll

Spørsmål 5

Er det behov for lovendring når Dep tolker vedtak etter nåværende § 4-7 i psykisk helsevernloven som grunnlag for flere påfølgende urinprøvetakinger?

Akershus universitetssykehus kan ikke se at det er nødvendig, men regner med at tolkingen til Departementet blir lagnt inn som en merknad til bestemmelsen eventuelt inntatt i en veileder for å sikre ensartet praksis på landsbasis.

3. Utilregnelige psykisk utviklingshemmete lovbreakere – tvungen omsorg

Spørsmål 6

Spørsmål om underretning etter straffeprosessloven § 147

Er det behov for videre utredning med hensyn til spørsmål som hovedsakelig er av etisk og verdimeslig karakter.

Akershus universitetssykehus kan ikke se at det er påkrevd å utrede dette ytterligere, og imøteser lovendringen..

Spørsmål 7

Bør Koordineringsenheten også informeres om vedtak om tvungen omsorg for utilregnelige psykisk utviklingshemmete lovbreakere?

Akershus universitetssykehus kan ikke se at det er saklig grunn til ikke å omfatte disse ut fra hensynet til å beskytte samfunnet, men også sikre oppfølgingen av disse personene som også er underlagt tvang som følge av lovbrudd som er belagt med straff.

Spørsmål 8

Om sosialtjenesteloven kap 4A også bør utvides til å gjelde for gjennomføringen av tvungen omsorg?

Akershus universitetssykehus har ikke gått inn i denne problematikken, men er av den oppfatning at all bruk av tvang og makt skal være lovhemlet fordi dette representerer et brudd på den enkeltes integritet og selvbestemmelse.

4. Utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner for utilregnelige

Spørsmål 9 er treleddet og gjelder

Om ny bestemmelse i straffeloven § 39 nr 3 overføring til tvunget psykisk helsevern når andre tiltak har vist seg åpenbart uhensiktsmessige

Spørsmål 9a Hvem bør omfattes:

Bør virkeområdet for særreaksjonen beskrevet i ny strl § 39 nr 3 utvides til å omfatte utilregnelige?

Man må skille mellom behandling av utilregnelighet og reaksjoner på deres kriminelle handlinger som de gjennomfører pga sin personlighet. Når utilregnelighet / psykose gir seg utslag i handlinger som er belagt med straff kan det være formålstjenelig å inkorporere lovbrutere med slike bakgrunn / årsak til handlingene, i ordningen med tvunget psykisk helsevern. Dette må vurderes individuelt ut fra hvor fremtredende dette er i forhold til den enkeltes personlighet om tvunget psykisk helsevern skal idømmes fremfor å finne lovbruteren strafferettslig tilregnelig etter straffeloven § 44. Vi vil fremheve at de fleste utilregnelige ikke utøver straffbare handlinger etter medisinsk behandling fordi de har en ikke-voldelig personlighet. Alle mennesker har utviklet en personlighet, det gjelder også de som er utilregnelige. Utilregneligheten / psykosen kan ofte utvikles etter at de har fått utviklet en personlighet

Spørsmål 9b Hvis ja, bør Kriminalomsorgen ha en rolle ved gjennomføringen av særreaksjoner på dette grunnlag?

Akershus universitetssykehus er av den oppfatning at også kriminalomsorgen også her må ha en rolle i gjennomføringen av særreaksjoner, se fremstillingen foran.

Spørsmål 9c Ordlyden i forslaget til ny bestemmelse – innspill

Forslaget til ny nr 3 i strl § 39 "Av samme eller liknende art"

Ny telling starter hvis det en uke begås innbruddstyveri og neste uke lemlestelse begge utført i affekt. Disse handlingene er ikke av samme art, og står i forskjellige kapitler i straffeloven. Lovbrutere som har utviklet dyssosial personlighet / voldelig personlighet vil fortsatt være dyssosiale selv etter behandlingen av sin utilregnelighet. Disse menneskene vil derfor fortsette sine lovbrudd selv etter behandling. Hvis man derfor effektivt vil forebygge kriminell virksomhet blant disse, bør forslaget til straffeloven § 39 nr. 3 bli : " Lovbruteren har begått flere forbrytelser av særlig samfunnsskadelig eller plagsom art. I tillegg må faren for tilbakefall til nye forbrytelser antas å være nærliggende. " Akershus universitetssykehus foreslår at man må altså sløyfe "av samme art" og "særlig" nærliggende.

5. Staffrihet på grunn av psykose, høygradig psykisk utviklingshemming og bevisstløshet

Spørsmål 10 er toleddet og gjelder om

psykoser som er en følge av selvforskyldt rus bør inkluderes i ordlyden til § 45 som vil lyde:

"Bevisstløshet eller psykoser som en følge av selvforskyldt rus fritar ikke for straff."

Spørsmål 10a om slike psykoser bør innlemmes

Akershus universitetssykehus er av den bestemte oppfatning at psykoser må innlemmes i tilstander som ikke begrunner staffrihet når psykosen er selvforskyldt på grunn av rusmidler uavhengig av om disse er legale eller illegale.

Spørsmål 10b i hvilket omfang bør psykoser innlemmes i tolkingen av uttrykket

"Bevisstløshet" er et juridisk og ikke et medisinsk begrep. Det kan ikke erstattes av betegnelsen "bevissthetsforstyrrelse" som i dag brukes av en del leger og psykologer på et tynt psykologisk og faglig grunnlag. Denne betegnelsen er uspesifikk, vanskelig definerbar og brukes i dag av leger og psykologer også på pasienter som av ulike grunner aggraverer sin psykiske tilstand. Dette gjelder diagnosen F44 dissosiative lidelser som inkluderer bl.a hysteri, hysterisk psykose og konvesjonshysteri jfr. Statens helsetilsyn ICD 10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Akershus universitetssykehus kan ikke anbefale konkrete diagnoser som førende, fordi dette må vurderes konkret for den enkelte lovbrøyer om vedkommende var satt ut av spill på grunn av selvforskyldt rus eller andre årsaker. Om rusen var selvforskyldt må etter Akershus universitetssykehus syn være det sentrale og ikke om den ga seg atypiske utslag.

6. Utilregnelige i varetekt

Spørsmål 11 om varetektssurogat mens lovbruddet etterforskes og man avventer rettskraftig dom

Varetektssurogat før saken kommer opp til realitetsavgjørelse. Bestemmelsen er også tenkt å skulle omfatte "psykisk utviklingshemmete uten at det antas at den siktede er utilregnelig"

Akershus universitetssykehus har ikke spesielle synspunkter på dette bortsett fra at det er positivt at psykisk utviklingshemmede slipper å settes i fengsel i varetektperioden.

Med vennlig hilsen

Erik Kreyberg Normann
Administrerende direktør

Bjørn Magne Eggen
Direktør medisinske fag og strategi



Helse sør-Øst RHF
Ved Miriam Schei
miriam.schei@helse-sorost.no

Dato	23.02.2009
Saksbehandler	Therese Brask-Rustad
Direkte telefon	
Saksbehandlers e-post	therese.brask-rustad@sb-hf.no
Vår referanse	
Arkivkode	
Deres referanse	
Avdeling	Psykiatrisk klinikk, Klinikklede
Enhet	

Høringsuttalelse "Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring."

Jeg viser til deres brev der dere ber om høringsuttalelse i forhold til overnevnte rapport knyttet til de 11 angitte problemstillinger.

- 1.1. **Progresjon i straffegjennomføringen:** Vi slutter oss til Utredningsgruppens synspunkter om at forvaringsdømte i sluttfasen av forvaringsperioden trenger et bedre tilrettelagt tilbud som kan lette utslusing etter forvaring.
- 1.2. **Godtgjørelse av juridisk bistand:** Vi har ikke tatt stilling til punkt 2 om regelverket for dekking av utgifter til fritt rettsråd.
- 2.1. **Nasjonal koordineringsenhet og register med informasjon om de personer som er dømt til overføring til tvungent psykisk helsevern:** Vi slutter oss til forslaget om å opprette en nasjonal koordineringsenhet, og vi ser behovet for en bedre oversikt over personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern. Det er imidlertid viktig å se på rutiner for slik rapportering, både når det gjelder de tekniske løsninger, hvem som skal rapportere, og hva det skal rapporteres om. Vi ser at det er en mulig konflikt mellom behovet for et register som skal kunne gi økt kunnskap om denne gruppen, - hvem de er, hvor de er, og hvordan de kan sikres best mulig oppfølging – og fokus på samfunnsvernet. Det er uklart hvilket behov som skal veie tyngst; innsamling av data for å øke kunnskap om gruppen og hva som er best behandling, eller forhold knyttet til kontrollaspektet. Det er satt av relativt lite midler til en slik koordineringsenhet og administrering av registeret, og det blir derfor viktig å ha realistiske forventninger til hvilke tjenester en slik enhet kan yte. Mandat og rolle til en slik mulig koordineringsenhet er uklart formulert, og gjør det derfor vanskelig å anslå hvor hjemmelen for registeret bør plasseres, og hvilke opplysninger som bør inngå i enhetens register. Her må helsevesenets behov for et faglig sentrum knyttet til faglig utvikling og gjennomføring av oppgaven, komme tydeligere frem. Det bør vurderes å legge et slikt register til sentrale helsemyndigheter, med innrapportering av de nødvendige data fra helseforetakene.
- 2.2. **Regler om taushetsplikt i forbindelse med gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern:** Til tross for at dagens ordning i stor grad sikrer at påtalemyndighetene får den nødvendige informasjon, slutter vi oss likevel til forslaget om at dette hjemles i lov. Dette for at taushetsplikt ikke skal være til hinder for at opplysninger som er nødvendige for vurderinger av om særreaksjon av hensyn til

samfunnsvernet, skal opprettholdes. Vi tror også at en hjemling i lov vil kunne føre til en mer enhetlig praksis og tydeliggjøre hva slags informasjon, og i hvilken form den skal avgis. Vi har ikke tatt standpunkt til de konkrete forslag til endring i lovverk.

Regler for taushetsplikt overfor nasjonal koordineringsenhet: Vi har ikke tatt stilling til om denne bestemmelsen heller bør plasseres i påtaleinstruksen.

- 2.3 **Ruskontroll:** Det bør presiseres i psykisk helsevernloven at vedtak om urinprøve kan gjelde for et spesifisert behandlingsforløp og ikke kun for enkeltprøver, dog innenfor en nærmere angitt periode som ikke bør overskride for eksempel 3 måneder. Det er ikke hensiktsmessig om vedtak skal måtte treffes hver gang det er nødvendig å ta slik prøve. Dette bør også ses i lys av at man ved 3 årig behandlingsopplegg, bør kunne ta høyde for progresjon i retning av økt vilje og evne til å ta mer ansvar for egen utvikling.
- 3.1 **Utilregnlige psykisk utviklingshemmete lovbreakere – tvungen omsorg.** Vi slutter oss til forslaget om at det er påtalemyndighetene og ikke de sakkyndige, som har ansvaret for å underrette *fagenheten* og / eller aktuelle helseforetak. Det vil trolig også være mest hensiktsmessig om det er påtalemyndighetene som underretter den eventuelt opprettede koordineringsenhet om saker der det kan bli lagt ned påstand om overføring til tungt psykisk helsevern.
- 3.2 **Spørsmålet om sosialtjenesteloven kapittel 4A bør gjelde ved gjennomføringen av tvungen omsorg:** Det er viktig at det ikke kun er lov om psykisk helsevern som kan regulere tvungen behandling og omsorg. Psykisk helsevernloven gjelder ikke lenger når utilregnelige med behov for tvungen omsorg overføres til kommunale instanser. Gjennomføringen av tvungen omsorg må derfor reguleres av et lovgrunnlag som sikrer at gjennomføringen fortsatt både tar hensyn til den utilregnelige, samtidig som samfunnsvernet ivaretas.
- 4.3.1 **Utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner for utilregnelige:** Det er viktig å veie behovet for samfunnets beskyttelse mot utilregnelige lovbreakere, også der aktiviteten er klart samfunnsskadelig men ikke farlig, opp mot hensynet til den enkelte utilregnelige. Man bør også se muligheten for at det av hensyn til den utilregnelige, kan være viktig å idømme en særreaksjon. Slik atferd kan føre til sterke utstøtningsmekanismer i det miljø vedkommende tilhører, og med betydelig redusert livskvalitet og forkommenhet. Dette må imidlertid veies mot bekymring for at en slik praksis kan føre til en tendens i retning av for sterk vekt på sosial kontroll av individer med særlig plagsom atferd. En eventuell åpning av virkeområdet kan være vanskelig å definere i f.t. hva slags former for samfunnsskadelig eller særlig plagsom atferd det dreier seg om. Det må komme klart frem at det dreier seg om et lengerevarig, og ikke et forbigående atferdsmønster. Faren for nye episoder må være nærliggende og andre tiltak må ha vært prøvd, og vist seg ikke å være hensiktsmessige å fortsette. En utvidelse er derfor ingen enkel sak, og reiser en rekke juridiske, etiske og faglige problemstillinger som vi ikke kan se er tilstrekkelig belyst i høringsrapporten. En åpning for å utvide virkeområdet kan også føre til at langt flere pasienter blir definert som tilhørende gruppen som skal ha særreaksjoner. Dette kan føre til problemer knyttet til manglende kapasitet, eller problemer med å prioritere innenfor et allerede presset behandlings- eller omsorgstilbud. Samfunnets behov for å beskytte seg mot plagsom atferd må ikke gå foran den utilregneliges rett til et slikt tilbud med tilfredsstillende faglig kvalitet. Vi mener forslaget om en praksis med 2 måneders innleggelse neppe vil ha den ønskede effekt. Flertallet vil trolig ha behov for et lengere opphold, og et slikt tilbud vil trolig kunne bli svært ressurskrevende. Man må derfor sikre at man har et tilfredsstillende tilbud før man åpner for en utvidelse av virkeområdet. Lovforslaget slik det er formulert, mener vi balanserer godt mellom behovet for en viss utvidelse, uten at det åpnes for en utilbørlig praksis med sosial

kontroll på bekostning av individets rettigheter, og en åpning for ny praksis som vil ha store konsekvenser for ressursbruk og prioritering i det psykiske helsevernet.

4.3.2. Kriminalomsorgens deltakelse: Vi har ikke tatt stilling til dette punktet.

5.4. Straffrihet på grunn av psykose, høygradig psykisk utviklingshemming og bevisstløshet; I hvilken grad bør psykoser som en følge av selvpåført rus inkluderes i bestemmelsenes ordlyd.

Vi mener begrepet ”bevisstløshet” i straffeloven § 45 bør suppleres med begrepet ”psykose”. Det bør imidlertid komme klart frem at det er et viktig skille mellom pasienter med fluktuerende rusutløste psykosetilstander, og pasienter som på grunn av langvarig rusmisbruk utvikler stabilt tilstedeværende psykotiske tilstander. Sistnevnte mener vi kan falle inn under kategorien straffrie, dvs § 44.

6.3. Utilregnlige i varetekt: Selv om vi støtter grunntanken om at strafferettslig utilregnelige personer ikke bør anbringes i fengsel, ser vi likevel noen problemer med å utvide dette til også å gjelde varetekt. Det er usikkert hvor mange dette faktisk vil dreie seg om, da det ikke har latt seg gjøre å innhente sikre tall. Det hefter derfor en usikkerhet ved påstanden om at dette ikke vil føre til store konsekvenser for den samlede ressurfordeling. Det kan vise seg å dreie seg om langt flere enn det som har vært antatt. Det vil også kreve grundig vurdering og utredning for å sikre at den varetektsfengslede faktisk innfrir kriteriene for strafferettslig utilregnelighet. Det vil også kunne åpne for at langt flere blir definert inn i gruppen som har et slikt behov. Forslaget må ses i lys av de ekstra ressurser som dette vil måtte utløse.

Med vennlig hilsen

Therese Brask-Rustad

Fagsjef

Justisdepartementet
Lovavdelingen
Postboks 8005 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:
234/09-053.5 JM/sj

Deres referanse:
08/02505-2/008

Vår dato:
26. februar 2009

Høringssvar - rapport "Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring"

Vi viser til epost 20.1.2009 der vi blir bedt om å kommentere rapporten som omhandler "Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring". Avdelingssjef/ avdelingsoverlege Torgeir Husby, psykiatrisk avdeling har utarbeidet vårt høringssvar. Høringssvaret har vært til vurdering hos de andre aktuelle avdelingssjefene. Disse slutter seg til uttalelsen. Høringssvaret følger i sin helhet:

Undertegnede finner det riktig og velbegrunnet med opprettelsen av et nasjonalt register enten dette skjer ved eierstyring eller lov. Slik innholdet i et slikt register beskrives, anses dette som et hensiktsmessig redskap for oversikt og koordinering av disse både vanskelig og uoversiktlige sakene.

Jeg er også prinsipielt helt enig i de unntak som foreslås regulert inn i Helsepersonelloven slik unntak av taushetsplikt ovenfor påtalemyndigheten og et nasjonalt register foreslås. Det er viktig at det foretas en detaljert utredning av dette unntak da dette ellers vil være gjenstand for mye uenighet og uklart vurderingsgrunnlag i praksis.

Jeg er også enig i de endringer som foreslås i Psykisk helsevernloven § 5-6 a og b som hjemler disse unntak. Undertegnede er enig i utredningsgruppens syn på ruskontroll og vil støtte forslaget om at en utvidet regulert hjemmel for dette følger forslaget og legges inn i Kapittel 5 i PHVL.

Hva gjelder "Utvidelse av virkeområde", pkt 4, er det prinsipielt ikke noe i veien for å la det eksisterende lovverk gjelde med en viss senking av terskel, men det er, i dagens institusjonpsykiatri, absolutt ikke mulig å integrere også en gruppe av de mest problematiske med hovedproblem "samfunnsskadelig og spesiell plagsom atferd" uten at det i vesentlig grad går ut over den "vanlige" psykiatriske pasient med behov for noen tids sykehusinnleggelse. Jeg hilser en vidre utredning, også knyttet til praktiske konsekvenser, ressurser og selve gjennomføringen.

Til pkt 5 om bevisstløshet, vil jeg støtte den endring som er foreslått om at man går bort fra bruken av begrepet "bevisstløshet" og over til begrepet "sterk bevissthetsforstyrrelse". Jeg vil videre støtte leder i Den rettsmedisinske kommisjon i at det i lovrevisjon bør presiseres at psykose som følge av selvforskyldt rus ikke gir straffefrihet (slik altså høyesterett problematiserer). Dagens formulering vil fortsatt føre til stor uklarhet vedrørende

utilregnelighetsvurderinger med den nye rusbildet selv om Høyesterett støtter DRK i dennes praktisering av Straffeloven. §§ 44 - 45.

Hva gjelder utilregnelige i varetekt, er det selvsagt slik at utilregnelige ikke skal sitte i fengsel. Imidlertid er det visse betenkeligheter med å fjerne samtykket fra institusjonen idet det absolutt, i enkelte tilfeller, knyttet til mer dramatiske forhold rundt den utilregnelige, må vurderes om den psykiatriske institusjon er "faglig og materielt skikket" til den pasienten som skal innlegges. I den grad man tenker seg at dette i hovedsak vil være aktuelt i "sikkerhetsavdelinger" og ikke vanlige akuttposter rundt omkring, vil selvsagt disse innvendinger være av mindre eller ingen viktighet. Disse burde være dimensjonert til uten opphold å skulle kunne ta i mot disse pasientene. Det er i disse vanskelige sakene viktig at man ikke uten videre tenker seg at en vilkårlig akuttpost ute i den "vanlige" akuttberedskapen er i stand til å løse disse problemene. Det er også viktig å forstå at sikkerhetsaspektet i den vanlige psykiatrien nesten er uten noen form for ytre sikring hva gjelder rømningsfare. Det er viktig at det gjøres en politifaglig vurdering av situasjonen slik at ikke tre tilfeldige nattvakter er pålagt "å holde vedkommende tilbake mot sin vilje" fordi det er et besluttet varetektssurrogat, uten mulighet for institusjonen til å påvirke beslutningen.

Kort resymert så er det viktig at man ser på gjennomførbarhet av bestemmelsen og at man beholder kravet til samtykke fra institusjonen, gjerne ivaretatt ved samtykke i det regionale HF. Samtykket er viktig for å sikre at innleggelsesnivå blir også faglig vurdert, gjerne ved koordineringsenheten.

Høringssvaret sendes elektronisk til Helse Sør - Øst RHF til samordning med andre høringssvar.

Med vennlig hilsen
Diakonhjemmet Sykehus

(sign.)
Jacob Mosvold
Sjeflege

2.1 Nasjonal koordineringsenhet.

LDS er enig i at det bør opprettes en nasjonal koordineringsenhet for oppfølging av personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern. LDS er også enig i at det bør opprettes et slikt register som departementet foreslår.

I tillegg til det som er beskrevet i departementets merknader bør man også vurdere å ta inn konklusjoner fra eventuelle kvalifiserte farlighetsvurderinger som er gjort.

2.2 Opplysninger fra helsepersonell – regler om taushetsplikt.

LDS er enig i departementets forslag til ny § 5-6a og 5-6b i PHVL.

2.3 Ruskontroll.

LDS mener at hjemmel for ruskontroll bør reguleres inn i kapittel 5 i PHVL med følgende ordlyd:

"Faglig ansvarlig kan begjære / fatte vedtak om prøvetagning for å avdekke rusmiddelmisbruk dersom dette er strengt nødvendig av hensyn til samfunnsvernet."

Det er ingen grunn til å begrense seg til urinprøve dersom bruk av rusmidler er sterkt knyttet opp mot for eksempel farlighet. Prøver av hår, blod eller spytt kan også være aktuelt.

Prøvetagningen bør begrenses til rusmidler som er av betydning for samfunnsvernet. For eksempel kan bruk av sentralstimulerende midler øke farligheten for en gitt person, mens bruk av opiater ikke øker farligheten for samme person.

4.3.1 Utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner.

Virkeområdet for særreaksjoner bør ikke utvides dersom dette kan føre til at flere personer blir dømt til tvungent psykisk helsevern.

Personer kan idømmes særreaksjoner pga forbrytelse som krenker annens liv helse eller frihet, eller gjentatte lovbrudd av særlig samfunnsskadelig eller plagsom karakter.

Dersom det er grunnlag for frivillig psykiatrisk observasjon/behandling eller tvungent psykiatrisk observasjon/behandling forutsettes at denne gruppen får slik behandling i henhold til gjeldende lovverk.

Vi vil fraråde at virkeområdet for særreaksjoner utvides ved justering av gjeldende Lov om psykisk helsevern (spesielt krav til TPH) for at den aktuelle gruppen mennesker skal "passe inn" i psykiatrien.

Mye kan tale for at det er behov for et utvidet virkeområde for særreaksjoner, men dette bør ikke integreres i psykiatrien.

4.3.2 Gjennomføringen av særreaksjon på grunnlag av samfunnsskadelig eller plagsom adferd.

Gjennomføringen av særreaksjoner på grunnlag av samfunnsskadelig eller plagsom adferd må forankres i institusjon underlagt kriminalomsorgen, og ikke i psykiatriske institusjoner.

Dersom det ikke finnes grunnlag for behandling i henhold til gjeldende lovverk innen psykiatrien (derav behov for særreaksjoner), er ulempen ved å oppbevare slike personer i psykiatriske institusjoner større enn fordelene ved det økte samfunnsvernet. Hensynet til øvrige pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling tilsier at disse i alle fall ikke bør ha mindre vern fra farlige og "særlig plagsomme" individer enn friske. Pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern bør ha et sterkere vern enn andre da de jo er innlagt i sykehusavdeling mot sin vilje.

Gjennomføringen av særreaksjoner i institusjon underlagt kriminalomsorgen vil også tydeliggjøre at begrunnelsen for at man plasserer personen i institusjon er klart nærmere begrunnelsen for idømmelse av straff enn begrunnelsen for innleggelse på sykehus / psykiatrisk institusjon.

Man må unngå at bruk av makt som er begrunnet med samfunnsvern / plagsom adferd kamufleres som behandling, for å legge forholdene til rette for demokratisk kontroll av slike tiltak.

6. Utilregnelige i varetekt.

LDS er uenig i utredningsgruppens og departementets forslag om å fjerne kravet til samtykke til innleggelse til varetektssurrogat i psykiatrisk institusjon generelt.

De fleste psykiatriske institusjoner er ikke bemannet og skikket til å ivareta de ytterligere sikkerhetsutfordringene som varetektsfengsling innebærer.

Man vil ofte havne i situasjoner der håndhevelse av varetektsbestemmelsene bidrar til å forverre pasientens psykiske helse, for eksempel brev og besøksforbud, nekting av utgang for å hindre rømming pga fare for straffundragelse og liknende.

På samme måte som ved særreaksjoner er det viktig at varetektsfengsling ikke kamufleres som behandling for at man skal kunne legge til rette for demokratisk kontroll av forholdsmessigheten ved inngrepet.

Man bør heller styrke den psykiatriske oppfølgingen av psykisk syke i varetekt.