

03 APR 2009



Sykehuset
Asker og Bærum

HELSE  SØR-ØST

Det kongelige Justis- og politidepartement
Postboks 8005 - DEP
0030 OSLO
Norge

JUSTISDEPARTEMENTET	
03 APR 2009	
SAKSNO:	200807883
NOTIS/ES:	LOV / ES / TSA / HAY
DOKTA:	56

Vår saksbehandler
-bw

Dato
1.4.2009

Deres ref

Vår ref.
08/02609-3

Høringssvar - Rapport; Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring

Vedlagt følger høringssvar fra Sykehuset Asker og Bærum, Psykisk helse.

Med hilsen
Sykehuset Asker og Bærum HF

for Bente Wul
Bjørn Rishovd Rund
direktør

Postadresse
Sykehuset Asker og Bærum HF
Postboks 83, 1309 Rud
E-postadresse
Hovedpost@sabhf.no

Besøksadresse

Web-adresse
www.sabhf.no

Telefon: +47 67 89 94 00
Org.nr. 983 971 709
Bank: 6468.05.00701



NHFS
Norske
helsefremmende
sykehus



Justis- og politidepartementet
Postboks 8005 Dep
0030 Oslo

Vår ref.:

Deres ref.: 00807883 ES MVO/HAJ/bj15122008

31.03.09

HØRINGSSVAR – RAPPORT; ETTERKONTROLL AV REGLENE OM STRAFFERETTSLIG UTILREGNELIGHET, STRAFFERETTSLIGE SÆRREAKSJONER OG FORVARING

**Høringssvar fra avdelingsoverlegekollegiet, SAB HF – Psykisk helse ved
avdelingsoverlege Asbjørn Restan, Avdeling for akuttpsykiatri.**

Utarbeidet på oppdrag fra og fremsendes via direktøren SAB HF – Psykisk helse.

Jeg viser til departementets høringsbrev publisert 12.12.08, til departementets høringsnotat av desember 2008, saksnr. 200807883 og til rapport av 30. april 2008 av utredningsgruppe oppnevnt av departementet 18. mai 2006 – "Mæland-utvalget".

Jeg vil i det følgende kommentere enkelte av høringsnotatets punkter. Dette betyr at jeg slutter meg til de punkter jeg ikke har kommentert.

1.2 Godtgjørelse til juridisk bistand ved begjæring om prøveløslatelse

Ved prøveløslatelse vil den forvaringsdømte møte et tildels meget komplisert samfunn, som han/hun ikke har evnet å forholde seg hensiktsmessig til. Den forvaringsdømte vil også ofte være uten naturlige hjelpere så som familie og venner. Han/hun vil derfor bl.a. være i behov av bistand spesielt overfor offentlige instanser som NAV, sosialkontor, boligkontor m.v. Det er velkjent at også ikke forvaringsdømte borgere fra tid til annen er i behov av advokatbistand for å få oppfylt sine rettigheter fra disse offentlige instanser. Jeg legger til grunn av de forvaringsdømtes behov for slik advokatbistand vil være hyppigere. Jeg anbefaler derfor at det automatisk innvilges et visst antall timer for slik advokatbistand i tilslutning til og under det første år etter prøveløslatelse. Jeg har ingen formening om hvor slik automatisk rett til advokatbistand bør hjemles. Jeg antar at de samfunnsmessige besparelser vil kunne bli betydelige.

2.1 Nasjonal koordineringsenhet

En nasjonal koordineringsenhet, som foreslått, bør ikke forankres i ett av de regionale helseforetak. Det er flere begrunnelser for dette standpunkt: En nasjonal koordineringsenhet bør nettopp være nasjonal og ikke en del av et av de regionale helseforetak. En nasjonal koordineringsenhet som er en del av et regionalt helseforetak vil kunne bli påvirket av helseforetakets økonomi til enhver tid. (På samme vis som for eksempel den regionale sikkerhetsavdeling for Helse SørØst er underlagt Oslo universitetssykehus – Ullevål med derav følgende halvering av sengetall høsten 2008 som ledd i saldering av underskudd ved Ullevål.)

En nasjonal koordineringsenhet bør forankres i allerede eksisterende nasjonale strukturer. En mulig forankring ville kunne være i Helsedirektoratet. En annen mulig forankring ville kunne være i Justissekretariatene, hvor bl.a. Den rettsmedisinske Kommisjon er forankret. Denne siste mulighet åpner for samarbeide og synergieffekter mellom Koordineringsenheten og Kommisjonens psykiatriske gruppe.

De anslåtte driftskostnader for en nasjonal koordineringsenhet er urealistiske. For at koordineringsenheten skal kunne ivareta de foreslåtte oppgaver må den tildeles mer enn ett årsverk og det må stilles relevante kompetansekrav. Koordineringsenheten bør som et minimum være besatt med en spesialist i psykiatri og en spesialist i klinisk voksenpsykologi i til sammen minst ett årsverk og med en sekretær i ett årsverk. De årlige driftskostnader, inkludert lønn og sosiale utgifter, vil derfor måtte bli langt høyere enn de foreslåtte, anslagsvis 2.500.000 kroner (2009). Forøvrig slutter jeg meg til høringsnotatets forslag.

2.2. Opplysninger fra helsepersonell – regler om taushetsplikt

Jeg slutter meg til høringsnotatets forslag, også til nye bestemmelser i Psykisk helsevernloven. De foreslåtte bestemmelser er allikevel så generelle at de åpner for tolkningsforskjeller om hva unntakene fra taushetsplikten skal inneholde av ellers taushetsbelagte opplysninger. Dette vil igjen åpne for tidrøvende og opphetet uenighet mellom påtalemyndigheten på den ene side og helseforetakets faglige ansvarlige på den annen side. For å unngå dette bør det utarbeides retningslinjer, fortrinnsvis som egen forskrift. Retningslinjene bør være like utførmende som for eksempel Riksadvokatens mal for mandat til judisielle observasjoner.

De foreslåtte bestemmelser pålegger påtalemyndigheten plikter. Jeg finner det mest hensiktsmessig at disse plikter i tillegg inntas i påtaleinstruksen.

2.3 Ruskontroll

Jeg slutter meg til departementets forståelse av Psykisk helsevernloven § 4-7a om at et samtykke eller vedtak gir hjemmel for å ta flere urinprøver i et behandlingsforløp så lenge de øvrige vilkår for urinprøvetaking i § 4-7a er oppfylt. Fordi denne forståelse ikke uten videre kan utledes av dagens bestemmelse, forarbeider m.v. bør dette presiseres. En slik presisering bør gis i form av forskrift.

Psykisk helsevernloven § 4-7a gir adgang til urinprøve ved samtykke eller etter vedtak. Den sikrer allikevel ikke ruskontroll hvis pasienten aktivt motsetter seg urinprøvetaking. Dette følger både av velkjente fysiologiske forhold og relevant helselovgivning. En sikrere ruskontroll ville kunne oppnås ved adgang til blodprøve, om nødvendig med makt, tilsvarende adgangen ved mistanke om promillekjøring. En slik adgang vil kreve særskilt ny hjemmel.

3.1 Underretning etter straffeprosessloven §147a

Jeg slutter meg til høringsnotatets forslag om at påtalemyndigheten, ikke de sakkyndige, bør ha ansvaret for å underrette de aktuelle instanser og finner forslaget til ny lovtekst hensiktsmessig.

4. Utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner for utilregnelige

Høringsnotatet og Mæland-utvalgets rapport synes begge å legge til grunn at en eventuell utvidelse av virkeområdet ikke vil innebære en mindre streng bedømming av vilkårene for straffefrihet etter straffeloven § 44. Jeg vil allikevel advare mot muligheten for en utvidelse av

vilkårene etter § 44, enten i det videre lovarbeid eller i senere domstolpraksis. Det vil nemlig være fristende for mange aktører og instanser med samfunnsansvar og samfunnsengasjement å la de kriminelle handlinger "bevise" at det foreligger en av de straffriende tilstander etter § 44. Denne tendens sees allerede innenfor helseretten hvor for eksempel Helsedirektoratet i enkelte sammenhenger legger til grunn at når en adferd er dramatisk nok så må adferden være uttrykk for at det foreligger en alvorlig sinnslidelse og at grunnvilkår etter Psykisk helsevernloven § 3-3 allerede er oppfylt. Jeg har ingen forslag til hvorledes en slik eventuell mulighet for (velment) utglidning av praktiseringen av § 44 skal kunne forhindres hvis virkeområdet for særreaksjoner utvides.

Høringsnotatet og Mæland-utvalget rapport gir uttrykk for en – riktignok begrenset – behandlingsoptimisme hva angår målgruppen. Jeg kan ikke se at denne behandlingsoptimisme er tilfredsstillende belagt og problematisert. Jeg holder muligheten åpen for at en viss andel av målgruppen ikke vil oppnå noen bedring ennsi vesentlig bedring i Psykisk helsevernlovens forstand. For denne del av målgruppen vil det neppe være snakk om annet enn **adferdskontroll så lenge særreaksjonen vedvarer**. For denne del av målgruppen vil det kunne problematiseres - og vil sikkert også bli problematisert – om vilkår for tvungent psykisk helsevern er tilstede, ikke minst ved den skjønsmessige helhetsvurdering av rimelighet og hensiktsmessighet. Også for denne del av målgruppen vil særreaksjonen uten tvil ha effekt, men da bare som samfunnssanasjon.

For den del av målgruppen hvor bedring, evt. vesentlig bedring, kan oppnås vil jeg også anta at den behandlingsoptimisme som høringsnotatet og Mælandsutvalgets rapport synes å gi uttrykk for er lite realistisk. Lite realistisk fordi tidsperspektivet er for kort. For å kunne oppnå en bedring, evt. vesentlig bedring, som er stabil over tid, dvs. også etter særreaksjonens opphør, må særreaksjonen være av betydelig lengere varighet, anslagsvis minst ett år.

De tilgrunnliggende anslag over målgruppens størrelse er neppe realistiske. Det må også antas at tilbud vil skape efterspørsel. Uten å kunne belegge dette vil jeg anta at målgruppen vil måtte legge beslag på et større antall plasser på sykehusnivå enn det samlede antall plasser ved landets regionale sikkerhetsavdelinger.

Høringsnotatet anslår at kostnadene ved behandling av en person ved institusjon i psykisk helsevern isolert sett ligger mellom ca. 50.000 og 500.000,- for to måneder. Kostnadsspennet er helt urealistisk. Jeg skal ikke utelukke at det kan finnes behandlingsinstitusjoner i det psykiske helsevern med en døgnpris på under kr.1.000,-, men kjenner ikke til noen slike. Uansett vil målgruppens adferdsproblematikk, som jo førte til særreaksjonen, være av en slik karakter at opphold annetsteds enn i godt bemannede, lukkede psykiatriske sykehusavdelinger vil være utelukket. De aktuelle psykiatriske sykehusavdelinger vil enten være akuttavdelinger eller psykose/-rehabiliteringsavdelinger, evt. fylkeskommunale eller regionale sikkerhetsavdelinger/-seksjoner. Gjennomsnittlige døgnkostnader (kurpris) for opphold i akuttavdelinger og psykose/-rehabiliteringsavdelinger er i dag på ca. 8. til 10.000,- landet over. Kostnadene ved et slikt to måneders opphold som skissert vil derfor bli på minst kr. 500.000,-, troligvis mer.

Jeg slutter meg til høringsnotatets antagelse om at behandlingskostnadene vil føre til både generelle samfunnsmessige besparelser og besparelser på andre offentlige budsjetter. Det gjenstår å se om disse besparelser vil oppveie behandlingskostnadene. Jeg holder muligheten åpen for at så ikke vil bli tilfelle, bl.a. fordi det er vel mulig at behandlingskostnadene pr.

døgn vil bli høyere enn for andre pasienter pga. behov for styrket bemanning, særskilt vakthold m.v.

Vedrørende Individuell plan: Mæland-utvalget synes bl.a. å oppfatte Individuell plan som et hensiktsmessig virkemiddel (rapportens side 214 til 215) og dette er også tatt inn i høringsnotatet, side 11. Jeg slutter meg til dette syn. Hverken Mæland-utvalget eller høringsnotatet synes imidlertid å ha tatt høyde for at Individuell plan forutsetter samtykke. Samtykkekravet følger av endringslov av 30.juni 2006 nr. 45 med ikrafttredelse 01.01.2007 og samtidig justering av forskrift av 23. desember 2004 nr. 1837 om Individuell plan § 5 om at utarbeidelse av Individuell plan bare kan skje etter samtykke fra pasienten, uavhengig av om pasienten er under frivillig eller tvungent vern. Det at samtykkekravet gjelder også for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern kan problematiseres og er også blitt problematisert, men er så langt ikke blitt endret. Det er ikke uten videre gitt at pasienter tilhørende målgruppen for utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner vil samtykke noe mer til utarbeidelse av Individuell plan enn til forskjellige andre tiltak innenfor og utenfor det psykiske helsevern. Hvis Individuell plan skal kunne bli til det hensiktsmessige instrument Mæland-utvalget og høringsnotatet legger opp til bør derfor samtykkekravet fjernes, noe som vil kreve en forskriftsendring.

Høringsnotatet og Mæland-utvalgets rapport har – rimeligvis – et primært kriminalpolitisk utgangspunkt og siktemål. Det er i tillegg vanskelig å ikke legge til grunn at samfunnssanasjon også er en vesentlig hensikt med forslaget. Dette er det i og for seg ikke noe galt ved; samfunnssanasjon kan også forsvares. Jeg finner det derimot problematisk at hverken høringsnotat eller utvalgets rapport (i tilstrekkelig omfang) problematiserer kostnadene for institusjonspsykiatrien og dens øvrige pasientgrupper.

De som etter dagens særreaksjoner får dom på overføring til tvungent psykisk helsevern behandles i hovedsak – så lenge de er i behov av døgnopphold – i vanlige psykiatriske sykehusavdelinger, dvs. i akuttavdelinger og i psykose-/rehabiliteringsavdelinger. Bare et fåtall behandles i regionale sikkerhetsavdelinger. Dette har allikevel så langt vist seg å ikke være helt uhåndterbart, både fordi antallet behandlingsdømte er lavt og fordi denne pasientgruppe ikke har svære adferdsforstyrrelser som sitt dominerende eller eneste kjennetegn. Høringsnotatets målgruppe vil troligvis være større enn dagens gruppe av behandlingsdømte. Høringsnotatets målgruppe vil også ha svære adferdsavvik som et dominerende evt. eneste kliniske kjennetegn. Dette vil få følgende konsekvenser og kostnader for dagens psykiske helsevern på nivå psykiatrisk sykehusavdeling og for de øvrige pasientgrupper disse avdelinger skal betjene:

Ved utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner vil den nye målgruppe automatisk legge beslag på et visst antall plasser i de vanlige psykiatriske sykehusavdelinger. Dette vil nødvendigvis måtte bli til fortrengsel av ”vanlige” psykiatriske pasienter. Det har formodningen mot seg at en utvidelse av virkeområdet for særreaksjoner vil reversere den mangeårige nedbygging av psykisk helsevern på nivå psykiatrisk sykehusavdeling. Det burde i denne sammenheng være tilstrekkelig å vise til at den opprinnelige innføring av særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern ikke er blitt tatt høyde for under den fortsatt pågående nedbygging av psykiatriske sykehusavdelinger. Innføringen har heller ikke ført til opprettelse av det antall sykehusplasser på nivå regional sikkerhetsavdeling som ble foreslått. Årsakene til disse forhold er flere og kan om ønskelig utdypes, men jeg antar at dette ville falle utenfor høringssvarets ramme.

Den foreløpige gruppe særreaksjonsdømte har, som allerede nevnt, ikke svære adferdsforstyrrelse som sitt dominerende eller eneste kjennetegn. Gruppen har derfor latt seg integrere i vanlige psykiatriske sykehusavdelinger uten at dette svært negativt eller ødeleggende har påvirket avdelingenes behandlingsmiljø. Det gjenstår å se hvorledes den foreslåtte nye gruppe vil påvirke behandlingsmiljøet. Muligheten må holdes åpen for at påvirkningen vil kunne bli meget uheldig med mindre disse nye pasienter behandles i mindre og særskilt tilrettelagte skjermingsenheter. Hvis denne nye pasientgruppe skulle få en slik uheldig innvirkning på behandlingsmiljøet vil "kostnadene" nødvendigvis bli båret av de øvrige, ikke-dømte pasientgrupper.

Det er fullt mulig å unngå de uønskede konsekvenser og kostnader for det psykiske helsevern, som det er redegjort for i de foregående tre avsnitt, som utvalgets og høringsnotatets forslag sannsynligvis vil føre til. Dette kan gjøres ved at det presiseres at overføringen til tvungent psykisk helsevern bare skal skje til regional sikkerhetsavdeling eller til sikkerhetsavdeling/-seksjon på lavere nivå (tidligere benevnt fylkeskommunal/-seksjon). Lovteknisk burde det være enkelt å innpasse dette i høringsnotatets forslag til nr. 3 i Straffelovens § 39. En slik enkel lovforankring av behandlingsnivå vil også gjøre det enklere å opprette et tilstrekkelig antall øremerkede plasser på disse nivåer for forslaget målgruppe.

5. Straffefrihet pga. psykose, høygradig psykisk utviklingshemming og bevisstløshet

De aktuelle begrep har et innhold som er veletablert bl.a. gjennom Høyesteretts faste og langvarige tolkningspraksis. Innholdet bør også være velkjent for alle aktuelle aktører ved spørsmål om straffefrihet på slikt grunnlag. Dette gjelder også for begrepet bevisstløs. Jeg kan derfor ikke se noe som taler for å bytte ut begrepet bevisstløshet med begrepet sterk bevissthetsforstyrrelse. Tvert imot antar jeg at begrepet sterk bevissthetsforstyrrelse vil kunne åpne for en utglidning av dagens strenge forståelse og praktisering av begrepet bevisstløshet.

6. Utilregnelige i varetekt

Jeg kan hverken slutte meg til utredningsgruppens vurderinger, departementets merknader eller høringsnotatets forslag.

Begrunnelse:

Det fremgår med all ønskelig tydelighet at Mæland-utvalgets grunnlag for dets vurderinger og anbefalinger har vært meget spinkelt og tilfeldig. Det antall strafferettslige utilregnelige personer årlig på landsbasis som etter utvalgets antagelse har tilbrakt varetektstiden i fengsel er meget lite; 2 – to – personer. Det bør problematiseres om dette antall er stort nok til å berettigede en lovendring, spesielt hvis den aktuelle gruppe må kunne fanges opp ved en riktig praktisering av allerede eksisterende helselovgivning.

Det er uklart hva retten skal bygge sin avgjørelse på om innleggelse i psykiatrisk institusjon. Hvis retten bl.a. skal bygge sin avgjørelse på en kvalifisert legeundersøkelse, som konkluderer med innleggelsesbehov for antatt eller påvist alvorlig sinnslidelse, er det vanskelig å se hvorfor ikke innleggelsen skal kunne finne sted, evt. som øyeblikkelig hjelp, etter Psykisk helsevernloven og etter Pasientrettighetslovens prinsipper. Hvis det derimot ikke blir et krav om at slik kvalifisert legeundersøkelse skal inngå i rettens beslutningsgrunnlag åpner forslaget for tvangsmessig plassering i psykiatriske sykehusavdelinger av personer som ikke oppfyller vilkår for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter Psykisk helsevernloven. Dette ville i såfall åpne for en fullstendig uoversiktlig situasjon både helserettslig og klinisk. Det skal også påpekes at en rettslig beslutning uten slik kvalifisert legeundersøkelse vil åpne for at personer, som av forskjellige årsaker ikke ønsker å utholde varetekt i fengsel, vil søke

med alle midler og bevege retten til å beslutte slik plassering. Dette er en velkjent problemstilling allerede i dag, hvor enkelte varetektsfengslede agraverer eller simulerer for å oppnå innleggelse i psykiatrisk sykehusavdeling.

Det skal her bemerkes at høringsnotatet kan misforstås pga. uklar begrepsanvendelse. Allerede overskriften på høringsnotatets punkt 6 er upresis, fordi punktet ikke dreier seg om utilregnelige, men antatt utilregnelige. Høringsnotatets forslag til straffeprosessloven § 188, 2. ledd er også upresis fordi det ikke er presisert hva som må legges til grunn for antagelsen om at siktede er straffri etter straffeloven § 44, 1. ledd. Dette kan rettes opp ved at det i lovteksten innarbeides en forutsetning om at den siktede på bakgrunn av prejudisiell eller full judisiell observasjon må antas å være straffri.

Hvis høringsnotatets forslag blir gjeldende rett vil dette få tilsvarende uheldige konsekvenser og kostnader for det psykiske helsevern som redegjort for under høringssvarets punkt 4. Hvis Mæland-utvalgets og høringsnotatets forslag blir gjeldende rett bør det derfor også her, i lovteksten, presiseres at overføringen skal skje til regional sikkerhetsavdeling eller til sikkerhetsavdeling/-seksjon på lavere nivå (tidligere fylkeskommunal sikkerhetsavdeling/-seksjon).

Asbjørn Restan

avdelingsoverlege – Avdeling for akuttpsykiatri SAB HF – Psykisk helse