

DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON
Justissekretariatene

Helse- og omsorgsdepartementet
Potboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres referanse	Deres dato	Vår referanse	Vår dato
200604474-/KJJ	14.07.2006	2006-01723	12.10.2006

Høring, Varsom, nøyaktig og objektiv.

Den rettsmedisinske kommisjon har mottatt utredning fra arbeidsgruppen ledet av Hans Petter Graver til uttalelse.

Vi mener det er nyttig med en slik gjennomgang av de aktuelle problemstillingene og vil i hovedsak støtte arbeidsgruppens forslag til forskrift og til ulike tiltak innenfor justissektoren. Vi vil nedenfor komme med noen kommentarer som kan utfylle arbeidsgruppens vurderinger.

Om roller og habilitet:

Vi finner at arbeidsgruppens utredning dekker mange viktige områder, og det synes som om arbeidet med å gjøre attester og erklæringer bedre allerede er i gang mange steder. Vi tror at forvaltningen og det medisinske fagmiljøet har behov for å bli bevisstgjort på hva som er en uttalelse fra behandler (attest) som dokumenterer et behandlingsforløp eller en aktuell medisinsk tilstand, og hva som er vurderinger som er utarbeidet spesielt for formål som ikke er en del av den vanlige behandlingen. Det siste omtales ofte noe upresist som sakkyndigvurderinger. Behandlere bør kalle sine uttalelser "uttalelse i forbindelse med..." eller "behandleruttalelse om..." eller "attest" og ikke "sakkyndigvurdering" selv om attestutsteder er sakkyndig i sitt fagfelt.

Vi finner at begrepet sakkyndig bør kun benyttes når det dreier seg om en fagperson som ikke tidligere har hatt kontakt med den han skal bedømme. En sakkyndig må ha et oppdrag om å utferdige en medisinsk vurdering i forhold til et gitt mandat.

Vi vil derfor foreslå at helsepersonelloven § 15 ikke bruker ordene "attest/erklæring" men "attest" som betegnelse på uttalelser fra behandlende helsepersonell, og "sakkyndig erklæring" fra uavhengig fagperson, se vårt forslag nedenfor til § 3 i forskriftene.

I forhold til straffeprosessloven habilitetsregler, vil ikke en behandler kunne være sakkyndig, da man antar at han mer eller mindre bevisst er engasjert i pasientens ve og vel.

Vi mener at forvaltningsloven bør forstås slik at behandlere kan skrive uttalelser/attester dersom de ikke er inhabile etter § 8 1. ledd a til e og etter en romslig vurdering av annet ledd.

Sakkyndige bør derimot vurdere sin habilitet strengt i forhold til formulering i annet ledd "andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet" og vurdere at tidligere privat eller faglig kontakt med den som vurderes medfører som regel inhabilitet. Ved tvil må oppdragsgiver informeres og ta stilling til habilitetsspørsmålet.

Vi ser at habilitetsvurderinger er blitt stadig strengere i strafferetten og andre deler av samfunnet. Vi mener at når det i dag finnes såpass mange leger og annet helsepersonell, så må man kunne sette store krav til sakkyndiges habilitet, noe som var praktisk vanskeligere for 30-40 år siden.

Ad 6.1 Forslag til lov om helseattester.

Vi støtter lovforslaget og forslag til forskrift, men noen kommentarer

Vi finner som beskrevet ovenfor at forslag til lov burde kalles "lov om helseattester og sakkyndigvurderinger" og at alle steder der og i helsepersonelloven § 15 bør formuleringen "attester, erklæringer og lignende" byttes ut med "helseattester og sakkyndigerklæringer".

Helsetilsynet og Statens Helsepersonellnemnd som klageinstans.

Vi støtter arbeidsgruppens forslag om endringer i folketrygdloven § 25-6 og 25-7.

I lov om helsepersonell m.v. § 62a er det foreslått i tredje avsnitt at "tilbakekall av retten til å utferdige attester, erklæringer ol skal, når forholdende taler for det, begrenses til å gjelde bestemte typer attester, erklæringer o.l "

Dette bør etter vår mening endres til en kan-regel, nettopp fordi det at "forholdende taler for det", er en skjønnsmessig vurdering. Ved en kan-regel blir det da klart at det er et skjønn som skal utøves.

Ad 6.2 Forskrift.

Når det gjelder forslag til forskrift til helsepersonelloven § 15, synes vi at det mangler viktige presiseringer.

Forslag til ny formulering i forskriftenes § 1, Hovedregel 3. avsnitt:

Helseattester og sakkyndigerklæringer skal innledes med opplysninger om hvem som har anmodet om uttalelsen, og hvilket mandat utsteder har fått. Dersom rekvirenten ikke er pasienten selv, bør mandatet være skriftlig. Helseattester og sakkyndigerklæringer skal gi en faglig beskrivelse av pasientens helsetilstand og være så utfyllende og tydelig at formålet oppfylles. Opplysninger som er relevant for formålet må ikke forties eller fordreies. Dersom utsteder ikke har tilgang til nødvendig informasjon for å gi en fyllestgjørende uttalelse eller mangler kompetanse vedrørende noe av oppdragivers mandat, må det opplyses om dette.

Forslag til ny formulering i § 3, Definisjoner:

Med helseattest menes attester og uttalelser om helse og sosiale forhold som avgis på grunnlag av egen behandlingskontakt og eventuelt øvrige innhentete opplysninger.

Med sakkyndigerklæringer menes faglige utredninger (beskrivelser, beregninger, vurderinger ol) utført som oppdrag for å besvare et mandat vedrørende en person man ikke tidligere har hatt kontakt med.

Vi tror også det kan være viktig å tydeliggjøre honoraret for uttalelsen.

Forslag til ny § 9, Honorar:

Det er oppdragsgiver som skal betale for arbeidet med utstedelse av helseuttalelser og sakkyndigvurderinger med mindre dette arbeidet er en naturlig del av en behandlingskontakt som dekkes gjennom trygden. Oppdragsgiver skal, dersom det ikke er avtalt faste honorarsatser, motta regning hvor det fremgår medgått tid og anvendt timesats.

Ad 6.3 Forslag til tiltak innenfor justissektoren.

Da vi har en del erfaring med saker innenfor justisserktoren, kommer vi nedenfor med enkelte utfyllende bemerkninger til forslagene som vi for øvrig støtter.

6.3.1.1 Forfall for parter, siktede og vitner i rettssaler, skjema.

Vi støtter forslaget om skjema og de punkter som er foreslått.

Vi vil foreslå en tilføyelse under punkt 9

” Beskriv pasientens symptomer, varighet, funn ved undersøkelse og gi en begrunnet vurdering av hvorfor du mener pasienten ikke kan møte i retten og *hvor lenge tilstanden antas å vare. Gi eventuelt informasjon om tiltak (medisinske tiltak, drosjer, rullestol, tidsbegrensete rettsmøter ol) som kan medføre at pasienten blir i stand til å møte.*”

6.3.1.2 Rådgivende instans.

Vi vil i denne sammenheng nevne at Den rettsmedisinske kommisjon i noen tilfeller i dag gir domstolene råd ved akutt behov for vurdering av fremlagte legeuttalelser. Vi tror at det vil være et mindre behov for dette ved krav om at slike uttalelser skal skrives på eget skjema. Da vil dommeren ha en reell mulighet til å vurdere uttalelsen. Vi ser imidlertid ingen formell hindring i at DRK også i fremtiden kan gi domstoler råd i slike saker.

6.3.2.1.Soningsutsettelse, skjema.

Vi anbefaler formulering i p 7 i skjema vedrørende soningutsettelse tilsvarende skjema om forfall.:

Gi eventuelt informasjon om tiltak (åpen fengselsavdeling, utvidet adgang til besøk, kontakt med spesialisthelsetjenesten eller spesiell oppfølging fra fengselets helseavdeling ol) som kan medføre at pasienten blir i stand til å møte til soning.

6.3.2.2.Soningsutsettelse, sentral behandling.

Vi er enig med arbeidsgruppen i at sentralisering av behandling av soningsudyktighetssøknader kan gi større grad av likebehandling. Dette er et viktig ønske. Men vi er ikke sikre på om det er ønskelig med en sentralisert (felles for hele riket) behandling av søknadene. Vi vil påpeke behovet for at påtalemyndigheten i behandling av slike søknader også må samarbeide med de ulike fengsler og lokal helsetjeneste, og ser at en riksdekkende felles behandling av slike saker kan vanskeliggjøre dette. Man bør i størst mulig grad kunne finne smidige løsninger for at en marginalt fungerende lovbrøyer skal kunne klare soningen.

Vi er imidlertid opptatt av at det bør finnes riksdekkende retningslinjer for vurdering av soningudyktighet. Vi er klar over at det ved avgjørelse av slike saker ikke er uvesentlig hva slags dom lovbrøyerne har. Den medisinske terskel for å bli funnet soningudyktig er nok meget lavere for en middelaldrende førstgangssoner av promilledom enn for en yngre mann med en lang voldsdom. Dette har vi forståelse for. Vi finner det imidlertid uheldig at det, så vidt vites, finnes få kilder (dommer, retningslinjer, oppgjort materialer el) som belyser hvilke

forhold som kan tillegges vekt i slike saker, og hvordan begrunnelsen for avgjørelse skal være.

Vi anbefaler at påtalemyndigheten snarest lager et prosjekt hvor man innhenter alle saker om soningsdyktighet, innvilgete og ikke innvilgete, i en tidsperiode og evaluerer disse. Da vil man kunne få kunnskap om

- hvordan soningsdyktighet dokumenteres
 - hvilke medisinske tilstander som ligger bak en slik søknad
 - hvilke sosiale forhold som blir dokumentert
 - hva slags dommer som skal sones
 - hvilken kontroll av oppgitt informasjon som er foretatt, er det foretatt utredning av uavhengig lege (sakkyndig)
 - hvorvidt domstolen har vurdert domfeltes medisinske tilstand i forhold til straffutmåling
 - hva påtalemyndigheten har lagt vekt på ved vurdering av soningsdyktighet
- eventuelle geografisk ulikheter eller andre påfallende trekk ved søknadsbehandlingen

Et slikt arbeide kan da senere danne grunnlag for eventuelle formaliserte regler for saksbehandling.

Det hadde også vært interessant om man kunne analysere en del dommer hvor domfelte får nedsatt straff pga sykdom. Det kan være dommer hvor strl § 56 litra c er kommet til anvendelse, men også dommer der domstolen har gitt for eksempel betinget fengsel innefor regulær strafferamme med henvisning til psykososiale eller medisinske forhold som vil kunne være vesentlig ved soning. Det er også viktig å få kjennskap til hvilke typer medisinske utredninger (ved primærbehandler, spesialist, oppnevnt sakkyndig eller tiltaltes egen forklaring) som domstolen bygger på.

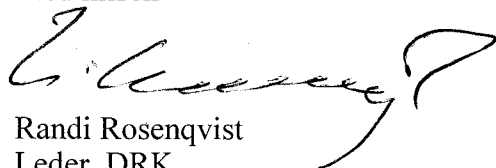
Ad 6.3.3.1. Benådning, skjema.

Ingen bemerkninger utover våre bemerkninger til p 6.3.2.1

Ad 6.3.3.2. Benådning, Second opinion.

Slik vi leser arbeidsgruppens forslag, anbefales det en alternativ vurdering i forhold til den vurdering som den dømte legger frem fra egen lege, ved søknader om benådning på medisinsk grunnlag. Dette mener vi må være et minstekrav ved behandling av slike saker.

Med hilsen



Randi Rosenqvist
Leder, DRK



Anne Torhild Døvre
Anne Torhild Døvre
sekretariatsleder