

DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISJON
Statens sivilrettsforvaltning

Justisdepartementet
Lovavdelingen
Postboks 8005 Dep
0030 Oslo

| | | | |
|--------------------------|------------|---------------|------------|
| Deres referanse | Deres dato | Vår referanse | Vår dato |
| 2008007883 ES MVO/HAJ/bj | 15.12.2008 | 200900617 | 30.03.2009 |

Høring ”Etterkontroll av reglene om strafferettslige utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring” .

Den rettsmedisinske kommisjon ønsker å avgi følgende høringsuttalelse til høringsnotatet av desember 2008 i ovennevnte sak:

1.1.1 Progresjon i straffegjennomføringen

Den rettsmedisinske kommisjon mener at det er behov for utslusningsplasser for forvaringsdømte, men også at forvaringsdømte i noen tilfeller på et tidligere tidspunkt får sone i andre fengsler enn en forvaringsanstalt dersom det ville gi en bedre mulighet for rehabilitering.

Vi finner det uheldig at de forvaringsdømte i mange tilfeller ikke blir tatt i mot av fengsler med en noe mindre grad av sikkerhet, selv om Ila fengsel og forvaringsanstalt går inn for dette. Riktignok er det bygget opp et tilbud på Ila som kan gi gode soningsforhold for en del forvaringsdømte, men gruppen er heterogen, og det vil utvilsomt finnes forvaringsdømte som vil ha bedre nytte av soning i annet fengsel, der de eventuelt kan delta på skoler eller få andre aktivitetstilbud. Det er ikke alle forvaringsdømte som er farlige til enhver tid og i behov av høyeste grad av sikkerhet.

Vi mener at utslusningskapasitet må etableres i alle regioner og at forvaringsdømte bør kunne få slike plasser i nærheten av der hvor de skal bosette seg senere. Når en forvaringsdømt er kommet til dette stadiet i soningen, er det etter vår mening ikke behov for noen særskilt forvarings-utslusning, men utslusning som for andre dømte.

2-1-2 Nasjonal koordineringsenhet

Den rettsmedisinske kommisjon støtter etablering av en nasjonal koordineringsenhet. Vi finner det også betryggende at dette lovfestes, slik at driften ikke blir avhengig av fornyet konsesjon fra Datatilsynet. Erfaringer hittil har vist at det ikke har vært tilstrekkelig oversikt over de særreaksjonsdømte psykotiske innen helsevesenet eller hos påtalemyndigheten.

| | | | |
|-------------------|----------------|-------------|------------------|
| Postadresse: | Kontoradresse: | Telefon: | Hjemmeside: |
| Postboks 8027 Dep | Teatergt. 5 | 22 99 13 63 | www.sivilrett.no |
| 0030 Oslo | Org. nr. | Telefaks: | |
| | 986 186 999 | 22 99 13 26 | |

Hensikten med et slikt nasjonalt register må primært være å gi sikre styringsdata for helsevesenets planlegging av tjenestetilbudet og legge forholdene til rette for at påtalemyndigheten får den nødvendige informasjon om de dømte til rett tid, og etter en standardisert mal.

Vi støtter ordlyden i forslagene til ny §§ 5-2a og 5-2b.

Vi vil imidlertid påpeke at de data helsevesenet trenger for å planlegge omsorgen for denne gruppen pasienter nok er noe mer omfattende enn det som står listet opp i høringsnotatets side 4. En del kliniske opplysninger bør også med. Vi tenker da spesielt på opplysninger om

- psykosed diagnose og andre diagnoser etter ICD-10 systemet
- varighet av psykosesykdom før dom og antall innleggelser

Det bør også utredes om det er hensiktsmessig med flere kliniske opplysninger ved progresjon av behandlingen.

Vi er klar over at det vil kunne være motforestillinger til at også slike sensitive data registreres, men vi mener det er absolutt nødvendig at sentrale og lokale helsemyndigheter kan planlegge ut fra slik kunnskap om pasientene og at slik informasjon naturlig vil kunne registreres med hjemmel i § 5-2b a). Det hadde også vært en fordel, ut fra et vitenskapelig synspunkt, at også andre kliniske variabler ble registrert.

Denne pasientgruppen er såpass spesiell, og det er ikke gitt at vi bare kan "surfe" på kunnskap fra utlandet for å forstå denne pasientgruppen. Det burde være mer nasjonal forskning, spesielt med forløpstudier, for å få mer kunnskap om hva som er hensiktsmessig behandling av våre pasienter, i lys av vår lovgivning og vårt institusjonsbilde.

Vi har ikke sterke meninger om et slikt register bør hjemles i helseregisterloven eller i psykisk helsevernloven. For klinikerne er det sannsynligvis mest oversiktlig dersom det hjemles i kapittel 5 i psykisk helsevernloven.

Dersom en slik koordineringsenhet blir nasjonal, er det viktig at den får en uavhengig stilling. Det vil være unaturlig at den er underlagt styring fra et universitetssykehus. Det vil derimot være et behov for at koordineringsenheten ikke bare er en formidler av informasjon, men også kan pålegge helseforetak å ta imot særreaksjonsdømte pasienter og pasienter som sitter i varetakt i påvente av en særreaksjonsdom. I de fleste tilfellene er det ikke noen konflikt her, helseforetakene tar imot sine pasienter, men det vil nok til tider oppstå problemer med bostedsløse eller der hvor helseforetak/sykehus er meget imot at en pasient skal innlegges på et bestemt nivå.

Det anbefales sterkt at det utarbeides forskrifter til kapittel 5 i psykisk helsevernloven som blant annet regulerer slike forhold.

Dersom det blir en utvidet adgang til å idømme en kortere særreaksjon, bør det vurderes nøye om disse pasientene også skal registreres i et slikt register. Vi mener at

mye taler imot det. Dersom hensikten med en ny bestemmelse i straffeloven er å skaffe dårlig fungerende pasienter behandling, å opprette ansvarsgrupper og å skaffe bolig med mer, er det ikke samme behov som for de farlige at man har en sentral oversikt over hvor de befinner seg til enhver tid. Da er det mer en utfordring lokalt å få relevante instanser til å samarbeide. Vi vil anbefale at det, dersom en utvidelse av særreaksjonsordningen blir aktuelt, blir utformet en kapittel 5 A i psykisk helsevernloven, som ikke primært legger vekt på sikkerhet som i kapittel 5, men som legger vekt på samarbeide.

Det bør også lages en eksplisitt hjemmel for overføring fra særreaksjon til innleggelse etter phvl § 3-3 uten mellomliggende utskrivning og avbrudd i behandlingsopplegget. Vi mener at dette egentlig ikke er nødvendig, da det er overføring fra frivillig behandling til tvangsbehandling det er forbud mot. Vi mener at en overføring fra psykisk helsevernloven kapittel 5 til kapittel 3 er en overføring som hjemles i phvl § 4-10, men vi har kjennskap til at ulike Kontrollkommisjoner ser ulikt på dette spørsmål

Vi har kjennskap til at det i dag reises spørsmål om særreaksjonsdømte kan overføres direkte fra særreaksjon til tvungen psykisk helsevern etter § 3-3. Vi mener det er lovlig, det er overføring fra kapittel 2 (frivillig) til kapittel 3 (tvang) det er forbud mot. Det er vår oppfatning at det må være et mål at de særreaksjonsdømte forblir under en særreaksjon i kortest mulig tid. Vi har sett at særreaksjon ofte kan initiere en god behandling som vil kunne opprettholdes på et sikkerhetsmessig godt nivå under vanlig omsorg, men at dette blir utsatt da man ikke vil skrive ut pasienten og så vente på en forverrelse for å kunne ta ham inn igjen.

2.2.2 Unntak fra taushetsplikt overfor påtalemyndighet

Vi mener at det allerede er en implisitt hjemmel for at opplysninger fra behandlere av dømte pasienter kan utleveres til påtalemyndigheten. Dette fremkommer av psykisk helsevernloven § 5-4 og strl § 39 b, som departementet beskriver. Vi mener at dette også kan utlegges ut fra de generelle prinsippene i psykisk helsevernloven der innleggelsesbegjærer kan påklage vedtak, og derfor må informeres om bakgrunnen for slike.

Vi registrerer imidlertid at det er ulik praksis i ulike helseforetak og ved ulike Kontrollkommisjoner. Vi finner dette merkelig og uheldig. Det kan derfor synes ønskelig med en eksplisitt lovhjemmel.

Det kan oppfattes som uheldig dersom det lages en egen hjemmel for slik informasjonsutveksling for de dømte, dette kan tolkes til at de som ikke er dømt kan motsette seg at innleggelsesbegjærer får nødvendig innsyn. Dersom deres klageadgang skal være reell, må de ha kjennskap til den informasjon som er bakgrunn for vedtak eller opphevelse av vedtak.

En eksplisitt lovhjemmel vil imidlertid hindre misforståelser der påtalemyndigheten ikke får den informasjon den trenger, og en ny § 5-6a kan derfor være hensiktsmessig. Det er i Koordineringsenheten ved Ullevål sykehus utarbeidet rutiner for hvilken

informasjon som skal utlevers til påtalemyndigheten, og når slik informasjon skal gis. Det er ønskelig at dette blir gjeldende for hele landet.

Vi vil imidlertid påpeke at det ikke bare er påtalemyndigheten som har behov for slik informasjon. Også rettsoppnevnte sakkyndige som skal vurdere pasienten ved rettslig overprøving av særreaksjonsdom må ha denne tilgangen.

Vi finner det rimelig at rettsoppnevnte sakkyndige også får tilgang til alle journalopplysninger i sitt arbeide. Dersom behandler oppfatter en lovformulering som ”Uten hinder av taushetsplikt skal den faglige ansvarlige gi påtalemyndighet og rettsoppnevnte sakkyndige de opplysninger som er nødvendige for å vurdere...” til at *den faglige ansvarlige skal bedømme* hvilke opplysninger som *er nødvendige*, finner vi dette uheldig. Vi vil derfor foreslå en ordlyd som er slik: ”...gi påtalemyndigheten og rettsoppnevnte sakkyndige den informasjonen *de ber om* for å vurdere...”

I de aller fleste tilfellene vil det neppe være noen motsetning mellom faglig ansvarlig og rettsoppnevnte sakkyndige vurderinger av hva som er nødvendig, men man kan tenke seg den situasjonen at den faglig ansvarlige har gjort en ikke helt tilfredsstillende jobb i forbindelse med pasienten, og av den grunn ønsker å holde noe informasjon tilbake. Ved vurderingen i forbindelse med overprøving av særreaksjonsdom er det et viktig tema hvilken behandling og oppfølging pasienten har fått og hva som planlegges for fremtiden.

2.2.3 Unntak for taushetsplikt overfor nasjonal koordineringsenhet.

Vi kan ikke se behovet for en eksplisitt unntaksbestemmelse for taushetsplikt i helsepersonelloven dersom det opprettes en nasjonal koordineringsenhet innen helsevesenet ved lov. Vi vil anbefale at det utarbeides forskrifter til phvl kapittel 5 hvor det fremkommer at behandlere skal sende nødvendig informasjon til koordineringsenheten. Se for øvrig 2-1-2.

2.3 Ruskontroll

Når det gjelder ruskontroll, støtter vi departementets vurdering av den hjemmelen som finnes i § 4-7. Dersom helsemyndighetene er av en annen oppfatning, mener vi at en eventuell lovendring bør omfatte alle pasienter og ikke bare de særreaksjonsdømte. Vi registrerer at det også på dette området dessverre er ulik rettsoppfatning ved de ulike helseforetak og Kontrollkommisjoner.

3.1 Underretning etter strpl § 147 a

Med vårt kjennskap til situasjonen i helsevesenet, er det den eneste fornuftige løsning på kommunikasjonsproblemet at påtalemyndigheten kontakter den nasjonale koordineringsenheten, når denne blir opprettet, så snart det er bestemt at det skal nedlegges påstand om dom til tvungent psykisk helsevern.

Sakkyndige bør også få denne beskjeden når tiltalen tas ut, men det er meget viktigere at påtalemyndighetene er i kontakt med dem i forbindelse med at hovedforhandling berammes slik at dager kan reserveres.

Dersom det ikke opprettes en nasjonal koordineringsenhet, må de regionale helseforetak få meldingen.

Der det vil bli nedlagt påstand om dom til tvungen omsorg, må informasjonen sendes til fagenheten for tvungen omsorg.

Dette spørsmål må også sees i sammenheng med spørsmål tatt opp under punkt 6.3 og 2-1-2. Det mest hensiktsmessige er, etter vår mening, at koordineringsenheten eller fagenheten må skaffe plass i psykiatrien eller i fagenheten/kommunen, til pasienter som er i varetekt i påvente av særreaksjonsdom. Slike innleggelser vil kunne skje etter psykisk helsevernlovens kapittel 3, eventuelt 2 (sosialtjenesteloven kapittel 4 A) i påvente av at en særreaksjonsdom blir rettskraftig.

3.2 Spørsmål om sosialtjenesteloven kapittel 4A bør gjelde ved gjennomføring av tvungen omsorg

Kommisjonen er noe usikker på dette punkt. Vi ser at det vil være et ønske om at dom til tvungen omsorg så snart som det er sikkerhetsmessig mulig, opphevs, og at omsorgen fortsetter under den vanlige lovreguleringen, spesielt sosialtjenesteloven kapittel 4 A. Det kan da være hensiktsmessig at de ulike tiltak allerede under løpende dom blir hjemlet i sosialtjenesteloven.

Men vi ser også at de ulike fylkesmenn har ulik praksis med hensyn på hvilke vedtak etter kapittel 4 A som blir godtatt. Vi finner at det er et stort behov for en grundig generell diskusjon og felles holdninger for rimelighetsskjønnet ved vedtak etter denne hjemmelen, uavhengig av særreaksjonsordningen.

Vi vil av denne grunn ikke anbefale at sosialtjenesteloven gjøres gjeldende for de særreaksjonsdømte på det nåværende tidspunkt. Det ville kunne medføre at noen dømte ikke ble behandlet med den nødvendige grad av sikkerhet eller at de måtte forbli ved fagenheten ved manglende oppfølging i kommunen.

Vi foreslår at alle behandlingsplaner/vedtak som fattes av sentral fagenhet skal oversendes Fylkesmannen til orientering. Dette vil gi en viss opplæring i hvilke behov for vedtak som er tilstede for disse personene, og det vil gjøre det lettere for Fylkesmannen å fatte vedtak når det er aktuelt med opphør av reaksjonen.

4 Utvidelse av virkeområde for særreaksjon for utilregnelige

Den rettmedisinske kommisjon ser at dette punktet er det mest kontroversielle i høringsnotatet. Vi tiltrer den observasjon at det er en del kronisk psykotiske personer som begår gjentatt kriminalitet og som ikke får den behandling de er i behov av. Vi beklager dersom eneste løsning på dette problemet er at de blir dømt til tvungent psykisk helsevern som en særreaksjon.

Det er vårt prinsipale synspunkt at helsemyndighetene må presisere at også kronisk psykotiske pasienter, som ikke selv har evne til å skaffe seg adekvat behandling, har en rett til slik behandling, jf pasientrettighetsloven og EMK vedlegg 4, artikkel 12- 2. punkt c og d. De har også rett til kommunale tjenester de i dag ikke får. Helsemyndighetene bør også presisere at "behandlingskriteriet" etter phvl § 3-3 ikke setter korte tidsfrister ved bruk av "det positive" behandlingskriteriet. Dersom det er en reell mulighet for bedring av sykdom og funksjonsevne, er dette kriteriet oppfylt, selv om behandlingen kan ta tid.

Det synes imidlertid som om helsemyndighetene ikke er villige til å foreta denne presisering, men vil arbeide med sikte på å redusere bruken av tvangsbehandling ytterligere, og overlate til stufferetten å sørge for at de kronisk syke får nødvendig behandling. Det pågående arbeidet for å utrede hvorvidt behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven bør utgå, finner vi meget bekymringsfullt. Vi antar at resultatet av denne utredningen blir at man må beholde behandlingskriteriet, men tar ingen ting for gitt.

Dersom helsemyndighetene abdiserer i forhold til å skaffe disse pasientene nødvendig behandling og omsorg, som kan sette dem i stand til å leve et nogenlunde ordnet liv, tiltrer vi at det må være en mulighet innenfor straffelovens særreaksjonsbestemmelser. Vi kan imidlertid ikke støtte det forslaget som er presentert i høringsnotatet.

Dersom "virkemidler i psykisk helsevernloven har vært forsøkt uten ønsket effekt" er det ikke grunnlag for å tro at situasjonen vil bli så meget annerledes ved en innleggelse på inntil to måneder. Grunnen til at psykisk helsevernlovens tiltak ikke har hatt effekt, er at oppfølgingen har vært for kort. De fleste i denne gruppen har vært innlagt flere ganger, til dels mange flere ganger tidligere, men man har ikke under disse innleggelsene lykket med:

- avrusning, noe som kan ta flere uker.
- psykiatrisk og somatisk fullstendig diagnostikk, som forutsetter at pasienten er avruset.
- etablering og stabilisering av hensiktsmessig medikasjon, ved etablering av depotmedisinering tar det minimum tre måneder å stabilisere medikasjon på optimalt nivå.
- etablering av ansvarsgruppe, det er vanskelig å få alle medlemmer i en ansvarsgruppe til å møte på mindre enn en måneds varsel.
- søknad og innvilgelse av uføretrygd vil ta tid dersom dette ikke allerede er gjort. I mellomtiden må alternativ sosial støtte utredes.
- etablering av hensiktsmessig bolig, dette kan ta lang tid.
- etablering av aktiviteter på dagtid, kommunale nettverkstilbud. Dette kan være vanskelig å få til, både fordi tilbudene ikke er all verden, og fordi det tar tid for disse pasientene å etablere tillit til, og ønske om å følge opp, slike aktiviteter.
- etablering av ruskontroll, medikamentkontroll og annen oppfølging fra helsevesenet. Vi mener at medikamentell oppfølging av schizofrene pasienter primært bør skje i spesialisthelsetjenesten, og ikke hos primærlegen. Dessverre ser vi at man i noen saker har gått inn for samtaler i spesialisthelsetjenesten og medikasjon hos fastlegen. Dette er etter vår mening pulverisering av ansvar, og vil gjøre det vanskeligere å fange opp medikasjonssvikt eller annen forverring.

Vi vil understreke at mye kan bedres for denne pasientgruppen, men det som nok tar lengst tid, er for pasienten å utvikle innsikt i sin egen situasjon, spesielt dersom han har vært underbehandlet i mange år og tilstanden er kronifisert.

Vi mener at dersom en behandlingsdom skal ha en hensikt, må den i disse tilfellene være på opptil ett år, selv om det ikke forutsettes at alle er i døgninstitusjon så lenge. Det kan være et paradoks at lovbrudd som ellers kunne gi en straffereaksjon på få ukers fengsel, når det gjelder psykotiske lovbrøyttere, vil kunne medføre et års innleggelse. Da må det imidlertid understrekes at behandling ikke er straff, og at varigheten av behandling skal avgjøres etter pasientens tilstand, ikke som en forholdsmessig reaksjon på et lovbrudd.

Dersom det blir innført slike nye kriterier i straffeloven § 39, så må dette utredes ut over det som er skrevet i den eksisterende rapport (Mæland- rapporten). Det er ikke klart nok hvilke lovbrudd som skal kunne gi en slik strafferettslig særreaksjon. Vi mener at dersom dette ikke defineres nærmere og snevert, vil vi etter hvert kunne få en stor mengede særreaksjonsdømte, slik erfaringer fra Danmark har vist.

Vi viser i denne sammenhengen til vårt notat til arbeidsgruppen, hvor vi påpeker at for at en særreaksjon skal ha noen mulighet til å virke rehabiliterende, bør tidsrammen være opp til ett år. Det forutsettes da at det blir stilt friske ressurser til disposisjon til dette rehabiliterende arbeidet, eventuelt klare politiske føringer for hvilke ressurser som skal dekke dette, da vi ikke kan se hvilke psykiatriske pasientgrupper som skal prioriteres ned i spesialisthelsetjenesten og i kommunene ved gjennomføringen av en slik reform.

Vi mener også at ved innføring av en ny inngang til særreaksjon bør det også utarbeides et nytt kapittel 5 A i psykisk helsevernloven. Kapittel 5 redegjør for ulike tiltak som skal ivareta sikkerhet. Kapittel 5 A bør tilstrebe at pasienten så snart som mulig blir overført til administrativt psykisk helsevern og at alle relevante instanser forpliktes til å samarbeide. Påtalemyndigheten bør da ha samme partsrettigheter som innleggelsesbegjærere ellers har.

Vi finner det uriktig at Kriminalomsorgen skal ha oppgaver visavis lovbrøyttere som er frifunnet etter strl § 44.

Dersom man vedtar en slik utvidelse av særreaksjonsgrunnlaget for de psykotiske, bør det også gjelde tilsvarende for de høygradig psykisk utviklingshemmete, selv om denne gruppen i dag har vært liten.

Økonomiske konsekvenser

Departementet har på s. 13 antydnet at de økonomiske konsekvensene for en slik lovgivning ikke vil være store, at institusjonsopphold for den enkelte særreaksjonsdømte vil koste mellom 50 000 og 500 000 og at disse utgiftene vil kunne medføre samfunnsmessige besparelser *ettersom den uønskede atferden stanser*.

Dette tror vi er ønsketenkning, med mindre departementet mener at den uønskete atferden som blir forhindret ved at pasienten i to månedene er ute av sirkulasjon tilsvarer slike omkostninger.

Vi mener at en vesentlig grunn til at disse pasientene ikke har fått den oppfølging de trenger frem til i dag, er at det ikke har vært ressurser til å følge dem opp. Prisen for opphold i døgninstitusjon, som vi mener må være vesentlig lenger enn opp til to måneder, dekker medgått tid for personalet ansatt der, men alle andre samarbeidsparter må også prioritere tid. Det må skaffes til veie egnede boliger, egnede aktivitetstilbud og støttekontakter, hjemmesykepleie, hjemmehjelp eller andre kommunale tiltak og gode etterverntiltak fra spesialisthelsetjenesten.

Vi mener at det må reetableres rehabiliteringsplasser som er nedlagt i spesialisthelsetjenesten, og at det også må bygges egnede vernet boenheter med personale i kommunene. Dersom dette ikke blir gjort, må det fattes en politisk avgjørelse om hvilke av dagens pasienter som skal nedprioriteres til fordel for de nye særreaksjonsdømte.

5 Straffrihet pga psykose, høygradig psykisk utviklingshemming og bevisstløshet

Psykose

Departementet siterer Ot. prp. nr. 90 (2003-2004) s. 423 når man hevder at "psykose" i straffelovens forstand er de tilstander som psykiatrien til enhver tid regner som psykoser. Her er det videre anført at "Bestemmelsen viderefører innholdsmessig gjeldende rett og Straffelovkommisjonens forslag".

Det er vår oppfatning at departementet ved den uttalelsen i høringsnotatet har misforstått fakta i saken.

Rettspraksis og forarbeider forutsetter at begrepene "psykotisk", "bevisstløs" og "psykisk utviklingshemmet i høy grad" er juridiske begrep som defineres ved hjelp av rettspsykiatriske vurderinger. Ingen av begrepene er synonymt med kliniske begrep.

I NOU 1990:5 beskrives på s. 39 og 51 at straffrihet bare gjelder for personer som er "aktivt psykotisk", utvalget har beskrevet at det ikke er tilstrekkelig å ha en psykosed diagnose som en psykiater vil kunne sette. Personer med en godt behandlet schizofren sinnslidelse vil ikke alltid være utilregnelige, se s 42. Visse paranoide psykoser vil ikke komme inn under det juridiske begrepet, se s. 39, 54-55.

Kortvarige rusutløste psykoser vil rettspsykiatrisk oppfattes som en bevissthetsforstyrrelse, s. 59. Dette har også departementet referert til i omtale av Rt. 2008, side 549. I lovforslaget ble det også av pedagogiske grunner foreslått en kvalifisering av psykosebegrepet ved å tilføye "og derved uten evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen" s. 51.

Departementet har i Ot. prp. nr. 87 (1993-94) tiltrådt disse forutsetningene, selv om man ikke fant det nødvendig med presiseringen av psykosegraden. Etter hva den rettsmedisinske kommisjon kjenner til, har rettspraksis fulgt disse prinsippene.

Når departementet i høringsnotatet skriver at "psykose" i straffelovens forstand er de tilstander som psykiatrien til enhver tid regner som psykose, og man ikke presiserer at dette er et juridiske begrep som psykiaterne anvender, må dette bero på en sammenblanding med "det medisinske prinsipp".

Det medisinske prinsipp tilsier at når en psykiater mener at straffelovens begrep "psykose" er oppfylt, og retten slutter seg til dette, så er det en automatikk i frifinnelse; man trenger ikke å argumentere for noen kausalsammenheng. Det kan altså uttrykkes at straffriheten beror på at rettspsykiateren har fastslått en "psykose" jf. strl § 44. Vi finner altså formuleringen på s. 423 i Ot. prp. nr. 90 uheldig og ikke i tråd med hva som for øvrig ligger i forarbeidene og rettspraksis, dersom dette tolkes som at enhver klinisk diagnostiserbar psykoselidelse vil være straffritagende.

Bevisstløshet

Kommisjonen finner at formuleringer i den nye straffeloven vil kunne virke forvirrende dersom man har et ønske om å bevare dagens rettstilstand med "bevisstløshet" som straffritaksgrunn, og "sterk bevissthetsforstyrrelse" som mulig staffenedsettende begrep.

Å innføre begrepet "sterk bevissthetsforstyrrelse" i straffrihetsregelen, ny § 20 d, kan virke rimelig medisinsk sett, men når man så i bestemmelsen om nedsatt straffereaksjon, ny § 80 h, har valgt formuleringen "har en *noe mindre sterk* bevissthetsforstyrrelse enn den som fritar for straff etter § 20 d" virker hele lovteksten noe klønete og vil kunne gi uheldige assosiasjoner for rettspsykiatere og jurister som nå lenge har brukt begrepet "sterk bevissthetsforstyrrelse" som straffnedsettende begrep og "bevisstløs" som straffritagende.

Vi mener primært at loven bør endres slik at man kun operer med ett begrep "sterk bevissthetsforstyrrelse", som så blir gjenstand for en fakultativ straffrihetsregel, jf. straffelovkommisjonens forslag. Vi tror ikke at rettpraksis ville medføre et skred av frifinnelser. Vi ser at det nok de siste 20 årene har vært en liten, men registrerbar nedgang i slike straffefritak.

Hvis dette ikke er politisk mulig, foreslår vi at vi beholder dagens formuleringer, som tross alt er innarbeidet. En annen løsning er å bytte ut begrepet for de utilregnelige, ny § 20, med "høygradig bevissthetsforstyrrelse". Dette vil gi assosiasjoner til utilregnelighetsbegrepet for de utviklingshemmede, og kan ikke uten videre blandes sammen med begrepet i ny § 80 h, som vi da mener bør beholdes som "sterk bevissthetsforstyrrelse".

Strl § 45

Vi har ikke skiftet standpunkt i behovet for en strafferettslig presisering av strl § 45, det bør stå "Bevisstløshet *eller psykose* som er en følge av selvforskyldt rus..".

I forarbeidene bør det utredes hvor langvarig den rusutløste psykosen skal være for at den likevel skal oppfattes som en psykose i henhold til utilregnelighetsregelen. Det vises her til vurderinger i Rt. 2008 s. 54 og utover.

Et annet problem, som ligger noe på siden av det dette høringsnotatet omhandler, er de pasientene som har en kjent schizofreni, og når de er rusfrie og adekvat medisinerer fungerer som tilregnelige. Det kan tenkes at den generelle rettsfølelsen i samfunnet ikke uten videre aksepterer at når disse da velger å ruse seg, eventuelt samtidig som de slutter med medisiner, så blir de straffrie som psykotiske.

Det anbefales at forarbeidene til en slik ny § 45 formulering utarbeides i samarbeide med en kliniker som vet hvordan den praktiske situasjonen er.

6 Utilregnelige i varetekt

Som vi har påpekt under punkt 2-1 mener vi at koordineringsenheten bør få myndighet til å pålegge et helseforetak å ta imot en pasient som er varetekstfengslet og hvor de rettsoppnevnte sakkyndige har funnet ham psykotisk, jf. strl § 44. Pasienten må da tas inn etter psykisk helsevernloven, det er helsevesenets hjemmel.

Den foreslåtte lovendring i staffeprosessloven finner vi for øvrig upresis. Er det retten som skal *anta* at observanden er straffri etter strl § 44, og er det retten som skal bestemme hvilken institusjon vedkommende skal tas imot ved, etter å ha *hørt* det regionale helseforetak?

Når det gjelder varetekstinnnsatte som ikke er rettspsykiatrisk observert, mener vi at dersom de er alvorlig sinnslidende, bør de legges inn i psykiatrisk institusjon av fengselshelsetjenesten etter vanlig prosedyre. Domstolen bør ikke få en hjemmel til å pålegge en institusjon mottak av den varetekstfengslete, selv om retten skulle anta at han er utilregnelig.

Det er psykiatrien for så vidt uvedkommende hvilket grunnlag politi/fengsel har for overføring fra deres varetekt, ut over at behandler må være klar over at pasienten ikke kan skrives ut uten at politiet er varslet, og at politiet eventuelt vil ønske politivakt eller å legge begrensninger på pasientens bevegelsesfrihet. Helsevesenet må forholde seg til sine egne lover og hjemler for inntak av pasienter.

Dersom innleggelse ikke lar seg gjennomføre etter vanlig søknad, bør den fengslede og hans forsvarer på hans vegne eller pårørende klage til Fylkeslegen for manglende nødvendig helsehjelp.

Når fengselsvesenet opplever at innsatte med alvorlig psykisk lidelse eventuelt ikke blir tatt imot i psykiatrien til tross for adekvat søknad fra fengselshelsetjenesten, skyldes dette i stor grad plassmangel. Det har for eksempel vært lang ventetid på plasser ved Regional sikkerhetsavdeling, Ullevål Sykehus, og akuttavdelinger er ikke rustet til å ta imot de mest urolige pasientene. Antall

senger i sikkerhetspsykiatrien er bygget ned de senere årene på grunn av økonomiske forhold, ikke opp som ønsket på grunn av behovet. Nå er ikke alle varetaktsinnsatte i behov av sikkerhetspsykiatri, men også kapasiteten i akuttpsykiatrien varierer i landet.

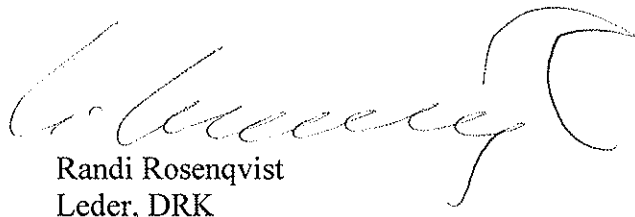
Vi mener at varetaktsfengslete må få et godt helsetilbud når de er i behov av dette. Et slikt tilbud kan imidlertid ikke hjemles i straffeprosessloven § 188. Det er kun når en pasient tas inn etter psykisk helsevernloven at det er hjemmel til å iverksette behandling, eventuelt mot hans vilje.

I denne sammenheng vil vi minne departementet på bruk av observasjonsopphold etter strpl § 167. Kommisjonen har ved flere anledninger etterlyst en nærmere avklaring om denne bestemmelsen som vi registrer er kommet mer i bruk etter at Domstoladministrasjonen i en prinsippavgjørelse mente at slike opphold skulle bekostes av domstolen under regelstyrte utgifter. I Ot. prp. nr. 90 (2003-04) s. 284 har departementet uttalt at man ved etterkontroll av særreaksjonene skal vurdere blant annet bruk av slik observasjon. Vi antar at departementet arbeider videre med saken når man også ser på hvordan rettspsykiatere skal utdannes og rettspsykiatrisk virksomhet bør organiseres i Norge, jf. departementets høringsbrev av 30.06.2008 om NOU 2007:7 s. 22.

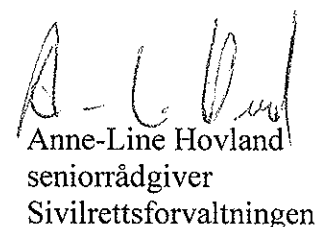
Tillegg

I denne sammenheng vil vi også ta opp et annet problem, som er meget påtrengende i det daglige, men som ikke omhandles av høringsnotatet. Når politiet fremstiller en person de av ulike grunner har pågrepet, til psykiatrisk vurdering og mulig innleggelse, får ikke politiet informasjon om hva som videre skjer med pasienten. Tidligere var politiet da innleggelsesbegjærer og hadde krav på (men fikk likevel ikke alltid) informasjon om pasientens formelle status og hadde partsrettigheter i forbindelse med vedtak og opphør av slike. Nå blir psykiatriske pasienter i stor grad innlagt uten innleggelsesbegjærer, og det blir da heller ikke påklaget dersom de skrives ut raskt.

Når politiet i dag påtreffer vedkommende noen dager senere, vet man ikke om han er skrevet ut/rømt fra psykiatrisk behandling eller om han ikke er funnet å kvalifisere til psykiatrisk behandling. Det bør utarbeids klarere regler som gjør at slik kommunikasjon ikke hindres av taushetsplikt.



Randi Rosenqvist
Leder, DRK



Anne-Line Hovland
seniorrådgiver
Sivilrettsforvaltningen