

Umsögn um 420. mál á 141. Löggjafarþingi 2012-2013. Frumvarp til laga um breytingu á almennum hegningarlögum, nr. 19/1940, með síðari breytingum (öryggisráðstafanir o.fl.).

Umsögn Landspítala um frumvarpið.

12. febrúar 2013.

Efnisyfirlit:

Almennt álit á frumvarpinu.	2
Þekking réttargeðlækninga styður ekki nálgun frumvarpsins	3
Stefna geðsviðs LSH varðandi fanga með geðheilbrigðisvanda	3
Þörf er fyrir sérstakt búsetuúrræði	4
Hugtakið „geðdeild“ er of frjállega notað í frumvarpinu	4
Samanburður við Norðurlönd	4
Athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins	5
Lokaorð	7

Almennt álit á frumvarpinu.

Landspítali leggur eindregið til að framkomið frumvarp verði dregið til baka og unnið að breytingum á öryggisráðstöfunum hegningarlaga í samvinnu við réttar- og öryggisgeðdeild Landspítala, fræðasvið geðlækninga innan Læknadeildar Háskóla Íslands, Geðlæknafélag Íslands og sjúklingasamtök.

Þrír meginþættir í frumvarpinu valda áhyggjum og lúta þær áhyggjur í fyrsta lagi að geðlækningum, í öðru lagi að mannréttindum og í þriðja lagi að kostnaðaraukningu.

Geðlækningar: Framkomið frumvarp er samið af vanþekkingu á og án tillits til þekkingagrunns geðlækninga, og ekki við öðru að búast þar sem réttarfarsnefnd innanríkisráðuneytisins samdi frumvarpið án nokkurs samráðs við fræðasvið geðlækninga innan Háskóla Íslands eða Geðsvið Landspítala sem hefur á að skipa aðilum með sérþekkingu og -reynslu í réttargeðlækningum. Það er mjög miður, þar sem ljóst er að miklum tíma hefur verið eytt í að semja frumvarpið. Með einföldu samráði á fyrri stigum málsins hefði mátt bæta núverandi hegningarlög, sem vissulega eru úrelt, en þekkingargrunnur nútíma geðlæknisfræði styður ekki breytingarnar (sjá nánar á síðu 3 í umsögn þessari).

Mannréttindi: Almenn hegningarlög eru frá 1940 og barn síns tíma. Það er miður að ekki var nýtt þetta tækifæri til að stíga skýrari skref í átt til nútímans og þrengja heimildir ríkisvaldsins til að svipta sakhæfa borgara frelsi. Þótt orðalagi 70 ára gamalla laga sé breytt og valdheimildir þrengdar í orði þá þýðir það ekki þrengingu heimilda í raun. Heimildum laganna hefur ekki verið beitt í mörgum veigamiklum atvörðum og ef fara á eftir laganna bókstaf eftir breytingar þýðir það í raun rýmkun á heimildum ríkisvaldsins til að svipta einstaklinga frelsi.

- 5. grein þessa frumvarps þar sem gert er ráð fyrir því að hægt sé að dæma mann til öryggisdvalar á geðdeild eftir að refsivist hans líkur, er sérstaklega varhugaverð.
- Það er einnig mikið áhyggjuefni að fyrirhugað sé að hægt verði að dæma sakhæfa einstaklinga til ótímabundinnar dvalar á sjúkrahúsi (3.gr.)
- Það er lykilatriði að fólk kemur á sjúkrahús til greiningar, meðferðar og líknar, ekki til afplánunar refsidóma. (Sjá Lög um heilbrigðisþjónustu 40/2007, sérstaklega 4.gr. og 20. gr.)

Kostnaður: Í fylgiskjali II, frá Fjármála- og efnahagsráðuneyti er áætlað að útgjöld ríkisins vegna málsins aukist sem nemur útgjöldum Fangelismálastofnunar upp á allt að 4,5 m.kr. eða sem nemur hálfu stöðugildi. Þetta er algert vanmat á kostnaðaraukningu þeirri er fylgir lagabreytingunum. Auknar heimildir dómara til að dæma sakhæfa einstaklinga inn á geðdeild (ekki skilgreint nánar), á heimili eða stofnanir (sem Velferðarráðuneyti á að bera allan kostnað af), í mörgum tilfellum ótímabundið eða með endurskoðun eftir 5 ár auk ýmissra annarra ákvæða mun leiða til aukinna (og tilgangslausra frá meðferðarsjónarmiði) innlagna einstaklinga á geðdeildir, sem eru mun dýrari kostur en refsivist í fangelsi. Aukinn kostnaður mun nema að minnsta kosti 10 viðbótarplássum á geðdeildum¹, með **stofnkostnað upp á 400 m.kr. og þaðan í frá beinan rekstrarkostnað upp á u.þ.b. 250 m.kr. á ári.** Í þessu samhengi er sérstaklega mikilvægt að hafa í huga að pláss geðdeilda á Íslandi eru 34/100.000 íbúa, sbr. við 71/100.000 íbúa í Danmörku og 120/100.000 íbúa í Noregi (WHO Mental Health Atlas, 2005) og svigrúm geðdeilda hér því mjög lítið til að sinna öðru en klínískri þjónustu við fólk með geðheilbrigðisvandamál. Fljótt þarf því að ráðast í kostnaðarsama og víðtæka uppbyggingu geðdeilda.

¹ Þarna er mjög varlega áætlað. Ef reiknað væri með að þörf fyrir geðrými yrði sú sama og í Noregi (en greinargerð með frumvarpinu vísar til þess hvernig samspil dóms- og geðkerfis er þar) þá þyrfti u.þ.b. 250 viðbótargeðrými með viðbótarkostnaði upp á milljarða króna. Övissa er veruleg þarna, en ljóst að kostnaður mun aukast verulega og að lágmarki um þá tölu sem nefnd er ofar.

Það er síðan sérvandamál að með því að fella undir geðheilbrigðisstarfsfólk gæslu og ummönnun einstaklinga sem geðlæknar segja skýrt að ekki sé á þeirra valdi að hjálpa **þá er verið að íþyngja geðheilbrigðisþjónustunni með verkefnum annarra, á tímum þegar sérhæft geðheilbrigðisstarfsfólk vantar.**

Ljóst er að vilji geðlækna til að sinna verkefninu er afar takmarkaður og vísa þeir meðal annars til Hawaii-samþykktar Alþjóðasamtaka Geðlækna (<http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html>) þar sem segir að **geðlæknar megi ekki taka þátt í valdbeitingu á einstaklingum, nema þá skorti vegna andlegra veikinda skilning á þörf fyrir meðferð.**

Pekking réttargeðlækninga styður ekki nálgun frumvarpsins.

Mikilvægt er að lög endurspegli sem best þá þekkingu sem fyrirleggjandi er á hverjum tíma. Nokkrir grundvallarpunktur sem rétt er að hafa í huga og varpa ljósi á öryggisgæslu eru eftirfarandi:

- **Afar umdeilt er að beita langtímaþvingun til að lækna fíknivanda** og er það nær ekkert gert í seinni tíð hér á landi vegna takmarkaðs árangurs (nauðungarákvæðum lögræðislaga er nær eingöngu beitt til að stöðva neyslu sem skapar bráðalífshættu og þá mest í 21 dag). Hugleiða ætti frekar að afnema allar heimildir ríkisvaldsins til að svipta fíkla frelsi til lengri tíma, líkt og gert var í Englandi, en setja á sama tíma aukinn kraft í fíknimeðferð, bæði skaðaminnkunarþrógrömm og „outreach“-teymi sem styðja fíkla til vímulauss lífs.
- Engin árangursrík lækning er til við afbrigðilegri kynhegðan (þar með talinni barnagirnd). (Harvard Mental Health Letter, July 2010). **Mikilvægt er að hafa í huga að barnagirnd er í grunninn ekki heilbrigðisvandamál, heldur löggæsluvandamál.** Þótt geðheilbrigðisstarfsfólk geti komið að stuðningi við einstaklinga haldna barnagirnd (t.d. hjálpa þeim með kvíða og depurð í kjölfar þess að þeir nást, ráðlagt með leiðir til að draga úr kynlífslöngun o.s.frv.) þá er engin lækning til og það er misráðið og á misskilningi byggt að leggja fólk inn á sjúkrahús til „meðhöndlunar“ á barnagirndinni. Vandséð er hvenær slíkri „meðferð“ ætti að ljúka, þar sem heimildir fyrir gagnsemi meðferðar eru misvísandi og batahorfur afar óvissar. Geðheilbrigðisstarfsfólk þarf hins vegar að koma að umönnun einstaklinga með barnagirnd meðan á fangelsisvist þeirra stendur og jafnvel lengur.
- **Þroskaskerðingu og einhverfu er því miður ekki hægt að lækna.** Draga má úr hættu af einstaklingum með slíkan vanda, með viðeigandi atferlismótun og öryggisgæslu. Á réttargeðdeild LSH eru ósakhæfir einstaklingar sem hefðu aldrei framið ofbeldisverk þau sem leiddu til dóms, hefðu þeir fengið viðeigandi stuðning frá upphafi. Þarna er vandinn sá að ósakhæfi snýst ekki aðeins um sjúkdóma, heldur einnig fatlanir, m.a. þroskaskerðingu og einhverfu og það má velta fyrir sér hvort heimili með öryggisgæslu væri ekki heppilegri kostur fyrir fatlað fólk í slíkum tilvikum.
- **Andfélagsleg persónuleikaröskun og siðblinda eru varanlegir ágallar í persónuleika fólks.** Meðferðarárangur veldur miklum vonbrigðum. (*Salekin RT et. al. Behavioral Sciences & the Law. 28(2):235-66, 2010. Hildebrand M, Ruiters C. Int J Law Psychiatry 35(4) 2012*) Jafnvel eru vísbendingar um að sérhæfð meðferð gegn slíku skili ekki árangri en auki getu siðblindingja til að fela áform sín. (*D'Silva K et. al. Journal of Personality disorders 18(2),163-177.2004*)
- Fólk sem haldið er alvarlegum geðsjúkdómum (eins og geðklofa og geðhvörfum) getur framið glæpi í sturlunarástandi og er þá metið ósakhæft. Í slíkum tilfellum skilar geðlæknisfræðileg meðferð yfirleitt þeim árangri að einkenni batna og hættan af einstaklingnum minnkar eða hverfur alveg.

Mikill munur er á síðasta dæminu að ofan og þeirra sem þar komu á undan. Geðlæknar hafa þekkingu á greiningu allra ofanefndra vandkvæða, en aðeins meðferðarúrræði sem gagnast gagnvart alvarlegum geðsjúkdómum, en í afar takmörkuðum mæli gegn andfélagslegri persónuleikaröskun, afbrigðilegri kynhegðan, þroskahömlun og einhverfu. Fíknivanda er hægt að hjálpa ef einstaklingurinn vill hjálp, annars er frekar um líknandi meðferð og skaðaminnkun að ræða.

Stefna Geðsviðs LSH varðandi fanga með geðheilbrigðisvanda.

Stefna Geðsviðs LSH gagnvart geðsjúku fólki sem framið hefur afbrot er skýr:

- a) dæmdir ósakhæfir (skv. 15. gr. Hegningarlaga) fara á réttargeðdeild þurfi þeir innlögn og einnig í minni mæli fólk dæmt skv. 16. gr. Hegningarlaga.
- b) fangar sem veikjast í fangelsi fá heilbrigðisþjónustu þar, bæði heilsugæslulækna, geðlæknis (á Litla-Hrauni) og annars fagfólks. Ef þörf krefur eiga fangar fullan rétt á innlögn til meðferðar á sínum bráðavanda á geðdeildum LSH. Bætt samstarf er við Fangelsisstofnun um þessi mál og verið að vinna að greiðari verkferlum fyrir innlagnir.
- c) Öryggisgeðdeild (deild 15) sinnir sjálfræðissviptum, alvarlega geðsjúkum með fíknivanda og ofbeldishættu. Deildin hefur nýst vel til að draga úr líkum á frekari afbrotum hjá þessum mikið veika hópi.
- d) Ákveðinn lítill hópur fanga sem hefur áður gengið í gegnum öryggisgeðdeildina (oftast), flakkar á milli geðdeilda og fangelsa og er í raun sífellt einhvers staðar í kerfinu. Þetta er sá hópur sem flóknast hefur reynst að finna lausn fyrir.

Þörf er fyrir sérstakt búsetuúrræði.

Varðandi síðastnefnda hópin (hóp d) þá er það skoðun Geðsviðs Landspítala að þessir sakhæfu einstaklingar (sem margir hverjir eiga takmarkaða von um bata) eigi ekki að afplána sína dóma á sjúkrahúsi. Hefðbundið fangelsi er ekki heppilegur staður fyrir þá en sjúkrahús er það enn síður. Í því sambandi er rétt að líta til **dóms Hæstaréttar (659/2008)** í máli einstaklings sem hafði verið 16 ár á Sogni. Þar var dæmt svo að þar sem hann væri ekki til lækninga, þá ætti hann rétt á búsetuúrræði með viðeigandi öryggisgæslu, spítali eða önnur stofnun væri ekki réttur staður fyrir hann. Í raun þarf að huga að "viðeigandi stofnun" sbr. 16. grein almennra hegningarlaga (19/1940), en sú stofnun er hvorki fangelsi né sjúkrahús. Lausn gæti að mati Landspítala verið sérstakt búsetuúrræði/stofnun með viðeigandi öryggisgæslu en til vara geðdeild innan fangelsis, nú þegar nýtt fangelsi rís vonandi.

Hugtakið „geðdeild“ er of frjállega notað í frumvarpinu.

Með því að nota orðið geðdeild í frumvarpinu er þeirri hættu boðið heim að sakhæfir einstaklingar verði dæmdir til vistar á geðdeild. Margt mælir gegn því; réttindi annarra sjúklinga til hefðbundinnar meðferðar, en núverandi plass duga varla til hefðbundinnar geðmeðferðar, hvað þá ef nota á pláss til geymslu hættulegra einstaklinga eða óljósra meðferðartilrauna (hérlandis eru 4 sinnum færri legurými á geðdeildum en í Noregi miðað við höfðatölu); truflun á meðferðarstarfsemi deildar, því hæpið er að viðkomandi dæmdur einstaklingur fái mikla meðferð en vera hans truflar starfsemi deildarinnar.

Ef hugmyndin er frekar að láta sakhæfa einstaklinga fara inn á réttargeðdeild, þá eru alvarlegir annmarkar á þeirri hugmynd, fyrir utan plássleysi (aðeins 3 pláss af 9 eru laus á deildinni sem stendur og meðallegutími talinn í árum). Stóra vandamálið þarna er eðli og vandi ósakhæfra sjúklinga. Fyrsta verk Landspítala þegar það tók yfir rekstur Sogns árið 2009 var að stöðva flutning sakhæfra fanga úr fangelsi á Sogn. Ástæðan er sú að þeir einstaklingar sem eru svo veikir að vera dæmdir ósakhæfir og enda á réttargeðdeild eru mjög viðkvæmir vegna veikinda og stundum fötlunar. Reynslan frá Sogni sýndi að fangar sem komu frá Litla-Hrauni voru betur „starfhæfir“ og kúguðu stundum ósakhæfa sjúklinga með langvinna geðrofssjúkdóma og jafnvel starfsfólk Sogns. Afleiðingin varð harkalegri og verri deild fyrir þá ósakhæfu sem kom niður á rétti ósakhæfra til mannúðlegs og faglegs

meðferðarumhverfis. Þetta er löngu þekkt og t.d. tók Broadmoor – réttargeðspítalinn í Englandi fyrir innlagnir sakhæfra úr fangelsum strax árið 1886, eftir uppöt og morð innan spítalans.

Samanburður við Norðurlönd.

Í greinargerð með frumvarpi innanríkisráðherra er vísað til skipulags réttargeðlækninga og hegningarlaga á hinum Norðurlöndunum, einkum til Noregs og Danmerkur. Í því samhengi er rétt að minna á að skipulag geðsjúkrahúsa í þessum löndum er með allt öðrum hætti en hér. Í Danmörku eru miðað við höfðatölu tvisvar sinnum fleiri og í Noregi þrisvar sinnum fleiri legurými á geðdeildum en á Íslandi. Auknar heimildir íslenskra dómara til að dæma fólk til vistar á geðdeildum munu óhjákvæmilega leiða til mjög aukinnar þarfar fyrir pláss á geðdeildum. Það mun því annaðhvort rýra mjög rétt almennings til meðferðar á geðdeild, eða leiða til mikillar aukningar leguplássa, með miklum og ófyrirséðum tilkostnaði, enda stofnkostnaður mikill og legudagar á geðdeildum miklu dýrari en á stofnunum, heimilum – eða í fangelsum.

Það er einnig rétt að minna á, í samanburði við hin Norðurlöndin, að árangur Íslenskrar geðheilbrigðisþjónustu þegar kemur að mannréttindamálum er miklu betri en bæði Noregs og Danmerkur. Á meðan bæði löndin beita enn fjötrunum með ólum í verulegum mæli á geðsjúkrahúsum, þrátt fyrir alvarlegar athugasemdir Nefndar Evrópuþómsstólsins um varnir gegn pyntingum (CPT-nefndin), þá hefur slíkum þvingunum ekki verið beitt á Landspítala frá því árið 1933. Tíðni nauðungarvistana og lögræðissviptinga er margfalt lægri hér en á hinum Norðurlöndunum. Er það enda raunin að Norskir spítalar og fagfélög hafa endurtekið sent hópa fagfólks til Íslands á síðustu árum til að læra af okkur hvernig við getum rekið geðheilbrigðisþjónustu án fjötrana. Með tillögum þeim sem frumvarp þetta leggur til væri stigið skref marga áratugi til baka, frá mannréttindum og samvinnu um geðmeðferð til aukinnar þvingunar og til aukinnar nauðungar á geðdeildum.

Í raun væri þó verið að stíga skref út í óvissuna þar sem ljóst er að geðlæknar myndu ekki velja sér slíkan starfsvettvang hér á landi, jafnvel þótt ráðist yrði í framkvæmdir við slíkar réttargeðdeildir á forsendum þessara nýju hugmynda. Endurteknar auglýsingar fangelsisins á Litla-Hrauni eftir geðlæknum í mörg ár báru engan árangur. Að lokum tókst (að fenginni ráðgjöf frá Geðsviði Landspítala) að semja um ráðgjöf á Litla-Hraun í formi verktakavinnu eins geðlæknis. Geðlækningar eru sérgrein innan læknisfræði og geðlæknar eiga gott val um starfsvettvang hér á landi innan og utan sjúkrahúsa. Þeirra áherslur í starfsvali tengjast meðferð geðsjúkdóma sem þeir geta greint og meðhöndlað innan og á forsendum heilbrigðisþjónustunnar í landinu í samvinnu við aðrar heilbrigðisstéttir. Hugmyndir frumvarpsins um að ætla dómurum greiningarhlutverk til að meta hverjir eru sjúkir og hverjir ekki og vistun manna á “geðdeild” (ekki nánar skilgreint) eftir geðþótta í raun verða því að teljast vanhugsaðar og andvana fæddar. Eins og bent hefur verið á hér að framan eru þessir miklu ágallar frumvarpsins þó skiljanlegir í því ljósi að ekkert samráð hefur verið haft við geðlækna við samningu þess.

Athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins.

2.gr.

Breytingar í þessari grein eru í lagi, þótt setja megi spurningamerki við ákvæði um að hægt sé að dæma menn á viðeigandi stofnun skv. 16. gr. Því ákvæði hefur afar sjaldan verið beitt og í raun aðeins einu sinni síðasta áratuginn. Ef lagagreinin á að hafa þessa heimild inni er ljóst að takmarka verður beitingu hennar við það að yfirlæknir réttargeðdeildar samþykki innlögn á deildina, að teknu tilliti til eðlis sjúkdóms og líklegs árangurs af meðferð.

3.gr.

Í nágildandi lögum er mælt fyrir um að beita skuli vægasta úrræði og ekki lengur en þörf krefur. Því er vandséð að þörf sé á 5 ára takmörkunarákvæði. Ákvæði um ótímabundna vistun fyrirfram víkka heimildir ríkisvaldsins til að svipta borgarana frelsi og eru óþörf og afar vandmeðfarin.

4.gr.

Þessi grein er illskiljanleg. Þarna er rætt um það þegar einhver verður veikur á tímabilinu frá því hann fremur refsiverðan verknað þar til endanlegur dómur fellur, þannig að þá er ekki búið að ákveða refsingu. Hvernig er þá hægt að skilja síðustu málsgrein - um að hægt sé að afplána refsingu á stofnun?

Það er í meginatriðum afar varhugavert og ámælisvert (og gegn Lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007) að freistast til að stíga það skref að breyta sjúkrahúsum í fangelsi, eins og þarna er verið að gera, með því að gera sjúkrahús að stöðum þar sem fólk getur afplánað refsingu. Skortur á fangaklefum og öryggisgöngum í núverandi fangelsum er engin réttlætning á þessari hugmynd.

5.gr.

Þarna er sú meginregla brotin að engum skuli refsað nema fyrir glæpi sem þeir hafa framið. Það að svipuð en óljósari ákvæði séu fyrir hendi í 70 ára gömlum lagabókstaf er ekki réttlætning fyrir því að halda áfram á sömu braut. Þetta ákvæði væri rétt að afnema. Sérlega varhugavert er að hægt sé að beita ákvæði 62. greinar þarna. Áréttuð er heimild dómara til að dæma einstakling sem áður hefur verið í refsivist til áframhaldandi vistar eftir að afplánun lýkur, en nú á geðdeild og nánar tilgreint um meðferð sem viðkomandi þarf að lúta. Sérstaklega má setja stórt spurningamerki við hvaða menntun og þekkingu dómara búa yfir til að fyrirskipa borgurum í geð- og fíknimeðferð. Svo lítið sé til sérstakra dæma um vandamál sem dæma má fólk fyrir skv. frumvarpinu þá er rétt að ítreka að afbrigðileg kynferðishegðun fellur ekki undir læknanlega geðsjúkdóma og varhugavert er að dæma menn til meðferðar við slíku. Þegar engin þekkt meðferð virkar þá er hætt við að sú „meðferðartilraun“ verði ferð án enda. Varðandi fíknivanda, þá kemur sama vandamál upp - hæpið er að dæma menn til meðferðar - slíkt skilar afar takmörkuðum árangri, ef menn fara nauðugir í meðferð. Ef ætlunin er að loka menn samt inni í þágu almannahagsmuna þá er heiðarlegra að það sé gert í fangelsi eða á e-s konar heimili en ekki á sjúkrahúsi, því það er aðeins yfirvarp, engin lækning (utan lífsbjargandi bráðameðferðar við fylgikvillum neyslu (krampa, sýkingu, næringarskort)) mun fara fram á milli sem er neyddur í fíknimeðferð.

6. gr.

Ekki athugasemdir.

7. gr.

Ekki athugasemdir. Breytingar þarna virðast heldur til bóta.

8. gr.

Þarna birtist sá vandi í hnotskurn að erfitt er að spá fyrir um það hversu algengt það mun verða að dómara nýti hin nýju lög til að dæma menn til vistar á geðdeild, heimili eða stofnun. Heppileg stofnun er ekki til, heimilin eru fá og illa búin og aðeins er um eina 9 rúma réttargeðdeild að ræða hér á landi, sem þegar er nú að 2/3 hlutum full (og meðallegutími talinn í árum, þannig að ekki er auðvelt að rýma til). Því má búast við vandkvæðum við að koma þar fyrir einstaklingum. Það mun þá lenda á Velferðarráðuneytinu að útvega fleiri úrræði og ljóst að þar mun umtalsverður og ófyrirséður kostnaður myndast. Sá kostnaður getur verið í formi aukinna rýma á réttargeðdeild, öðrum stofnunum eða heimilum með öryggisgæslu. Ljóst er því að því fer fjarri að það kostnaðarmat sem fyrirliggur í Fylgiskjali 2, frá Fjármálaráðuneytinu sé rétt, en þar er aðeins gert ráð fyrir 4,5 milljóna króna

kostnaði sem verði til hjá Fangelsismálastofnun. Því má velta upp hvort stofnun, sem sett er upp í öryggisskyni eigi ekki að vera á forsvari Fangelsismálastofnunar. Ef um er að ræða vanda sem ekki er læknanlegur þá er sjúkrahús (skv. skilgreiningum laga um heilbrigðisþjónustu á hlutverki sjúkrahúsa) ekki réttur staður fyrir slíka einstaklinga. Eðlilegt er að kostnaður af öryggisgæslu falli almennt á Innanríkisráðuneytið (nema í því undantekingartilviki að viðkomandi sé ósakhæfur og dæmdur til vistar á réttargeðdeild, enda er þá ekki um gæslu eða refsingu að ræða heldur meðferð á undirliggjandi sjúkdómi).

Lokaorð.

Framkomið frumvarp til breytinga á hegningarlögum tekur ekki mið af hlutverki sjúkrahúsa og gengur þvert á það sem vitað er og rannsóknir styðja um meðferð geðsjúkdóma. Viðhalda breytingarnar þannig anda 70 ára gamalla hegningarlaga sem samin voru af viðlíka vanþekkingu. Eftir þær breytingar sem réttarfarsnefnd leggur til munu ný lög með breyttu orðalagi auka mjög hættuna á misbeitingu valdheimilda. Afleiðingin verður víkkun á heimildum ríkisvaldsins til að loka borgarana inni á geðdeildum. Slík nauðungarvistun fólks sem ekki er geðveikt er í besta falli afar hæpin út frá mannréttindum, afar dýr og gengur í berhögg við skoðanir og siðalögmál þeirra lækna sem eiga að sinna „meðferðinni“. (Siðalögmál (Hawaii-samþykkt WPA) um að geðlæknar megi ekki taka þátt í nauðung ógeðveiks fólks sem samþykkt voru af ærnu tilefni eftir misnotkun alræðisríkja á geðdeildum.)

Þegar litið er nánar til þarfar á öryggisgæslu á geðdeildum, þá er ljóst að þjónustuþörf og þjónustuframboð þurfa að fara saman. Ljóst er að flestir þeir sem beint yrði á geðdeildir til gæslu (því meðferð er tilgangslítill eða tilgangslaus eins og rakið var ofar) ættu í raun frekar heima í öryggisgæslu í fangelsi eða á sérstökum heimilum með öryggisgæslu. Erfitt er því að skilja hvað vakir fyrir þeim er sömdu frumvarpið, er þeir leggja til auknar heimildir til að leggja fanga inn í óskilgreinda öryggisgæslu á geðdeildir; á sjúkrahús sem lögum samkvæmt gegna öðru hlutverki, sem hafa fátt upp á að bjóða sem þessir einstaklingar þurfa og sem eru miklu dýrara úrræði en fangelsi. Líklega er þarna annaðhvort um að ræða vanþekkingu þeirra er sömdu frumvarpið eða tilhneigingu þeirra til að koma kostnaði (og flóknu vandamáli) af sér og yfir á svið velferðarmála, hvað sem það kostar.

Eins og rakið hefur verið í þessu álitu, er rýmkun á heimildum ríkisvaldsins til að hneppa þegnana í fangelsi eða neyða þá í „meðferð“ á sjúkrastofnunum byggð á vanþekkingu á eðli vandans og aðstæðum hér á landi og endurspeglar þann algera skort á samráði sem viðhafður var við samningu frumvarpsins. Burtséð frá því óraunsæi sem birtist í sumum liðum frumvarpsins, ekki síst í hugmyndum um forvirkar heimildir dómara til að loka borgara inni á óskilgreinum „geðdeildum“, þá þyrfti einnig að skoða miklu betur hvort slíkar hugmyndir brjóti ekki í bága við ýmis mannréttindaákvæði sem stjórnvöld hér á landi ættu að teljast skuldbundin af.

Fyrir hönd Landspítala,

Dr. Páll Matthíasson MD MRCPsych PhD,
Framkvæmdastjóri geðsviðs Landspítala.
Klínískur dósent, Háskóla Íslands. /
WHO Counterpart for Mental Health for Iceland.