



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Justis- og beredskapsdepartementet
Postboks 8005 Dep
0030 OSLO

Sendt kun pr. e-post:
lovavdelingen@jd.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 14/5505

Dato: 16.03.2015

Hørings svar - Tilregnelighetsutvalgets utredning, NOU 2014: 10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern

Innledning – hovedpunkter i Legeforeningens merknader

Det vises til NOU 2014:10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern. Utredningen har vært på intern høring blant berørte organisasjonsledd. Innspill fra disse ligger til grunn for denne høringsuttalelsen, som er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Rapporten som foreligger fremstår som grundig og solid. På viktige punkter er vi likevel uenige i utvalgets vurderinger. Dette er de viktigste punktene som vil bli nærmere omtalt nedenfor:

- Vi støtter behovet for å tydeliggjøre skillet mellom de sakkyndiges rolle og rettens rolle.
- En opprettholdelse av det medisinske prinsipp vil favne for snevert til å ta stilling til skyldevne. Det medisinske prinsipp bør derfor suppleres med et psykologisk prinsipp som krever en sammenheng mellom den medisinske tilstand og handlingen.
- Konsekvensene ved å inkludere likestilte tilstander i utilregnelighetsvurderingen bør utredes nærmere.
- Hovedregelen om selvforskyldt utilregnelighet bør bestå. Legeforeningen mener det kan være behov for en oppmyking, men at problemstillingen ved rusutløste psykoser må utredes ytterligere.
- De sakkyndiges kompetanse bør styrkes gjennom videre- og etterutdanning.
- Legeforeningen støtter ikke forslaget om å senke terskelen for dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Legeforeningen mener dette eventuelt bør vurderes etter nærmere utredning.
- Sakkyndiges tilgang til helseopplysninger og unntak fra taushetsplikten bør ikke utvides ytterligere da dagens regler gir tilstrekkelige unntak fra taushetsplikten.
- Tvungen psykiatrisk undersøkelse (judisiell døgnobservasjon iht. strpl. § 167) må styrkes og konsentreres regionalt ved særskilte enheter.

- Den rettsmedisinske kommisjon må styrkes, herunder også etterprøving av sakkyndigerklæringer.
- Institusjonene som tar seg av gruppen personer som er dømt til særreaksjon, må rustes opp til et akseptabelt materielt og faglig nivå.

Kommentarer til konkrete anbefalinger og forslag

1. Skylddevne

1.0 Rolleavklaring – de sakkyndige/ retten

Legeforeningen støtter den tydeliggjøring Tilregnelighetsutvalget foreslår mellom de sakkyndiges rolle og rettens rolle: De sakkyndige skal utrede sinnstilstanden på medisinskfaglig grunnlag og derved gi retten et grunnlag for bedømmelsen av om tiltalte var utilregnelig.

Legeforeningen støtter imidlertid ikke utvalgets oppfatning om at det vil være enklere å sikre en slik tydeliggjøring ved det medisinske prinsipp enn ved det blandede prinsipp.

1.1 Utilregnelighetsregel

I strafferettslig sammenheng betyr «psykose» at det foreligger aktive psykotiske symptomer, det vil si hallusinasjoner, vrangforestillinger eller tenkningsforstyrrelser på handlingstiden, og symptomene må ha en viss intensitet og varighet. Legeforeningen mener at dette er et utilstrekkelig grunnlag for å ta stilling til skylddevne og dermed for å ivareta lovens formål, som er at de som ikke kan ta ansvar for egne handlinger på grunn av sykdom, ikke har skylddevne.

For å ivareta dette formålet bør det innføres et blandet medisinsk/ psykologisk prinsipp i straffelovens § 44, med hovedkriteriene psykose, høygradig demenssykdom eller alvorlige hjerneorganiske tilstander. I tillegg bør det innføres tilleggskriterier som omhandler hvordan psykosen fører til vesentlig svekket funksjon og dermed til svekket/ manglende forståelse for en handlinges straffbarhet og/ eller svekkelse av evne til kontroll over egen vilje og handlinger. De fleste land det er naturlig å sammenlikne seg med i denne sammenheng, bruker en eller annen form for blandet medisinsk/ psykologisk prinsipp. Legeforeningen merker seg at utvalget argumenterer for at deres forslag langt på vei vil føre til samme rettstilstand som i land med et blandet prinsipp. Vi mener likevel det er uheldig at ikke et slik blandet prinsipp fremgår tydeligere av lovens ordlyd.

Det er enighet fra de fleste hold om at en person som er utilregnelig på gjerningstidspunktet bør fritas for straff. Det medisinske begrep «psykose» er faglig sett komplisert og det er ikke alltid faglig konsensus om hvordan det skal forstås. Tilregnelighetsutvalget anfører at det er «...den alminnelige oppfatning i medisinskfaglige kretser at psykosen rammer sinnet som helhet.» Dette er faglig uklart: en psykose påvirker rimeligvis hele sinnet i en eller annen grad, men områder av motivasjonsdannelse og rasjonell tenkning kan med stor sannsynlighet være bevart slik at adferd kan drives av motivasjon som ikke er psykotisk betinget. For å vurdere en psykotisk tilstand er derfor både gode kliniske ferdigheter og kunnskaper i psykopatologi, psykiatrisk fenomenologi og psykiatrisk diagnostikk nødvendig. En streng kriteriebasert diagnostisk vurdering alene vil ikke alltid fange opp alle disse aspektene.

Et biologisk/ medisinsk prinsipp vil tilsi at diagnosen blir sentral. Tilregnelighetsutvalget foreslår at grad av symptomer skal vektlegges for vurderingen av utilregnelighet. Dette er en videreføring og ytterligere presisering av den praksis som vi nå har.

Legeforeningen mener at dette blir for snevert og mener at fungering også må være påvirket, altså slik at «...psykosen fører til vesentlig svekket/ manglende forståelse for en handlings straffbarhet og/eller svekkelse av evne til kontroll over egen vilje og handlinger» (se også Legeforeningens Policynotat nr. 5/2014 om rettspsykiatri, vedlagt). Dette betyr imidlertid ikke krav om at den psykiatriske tilstand skal være årsak til eller motivere den kriminelle handling. Når både grad av fungering og symptomer tas med i vurderingen, vil dette fremstå mer som et blandet prinsipp.

Det fremstår som at utvalget mener det overhodet ikke kan stilles opp en funksjonsvurdering ved psykose. Utvalget anbefaler at utilregnelighetsregelen utvides til å omfatte enkelte tilstander som faller utenfor det gjeldende psykosebegrepet. For slike likestilte tilstander, eller restgruppen av særlig alvorlige avvikstilstander, som utvalget foreslår å inkludere, synes de imidlertid å trekke inn slike funksjonsbetraktninger. Det foreslås da at det «åpnes opp for at domstolene, i disse helt særlige tilfellene, må foreta en mer konkret vurdering av avvikstilstanden og dens betydning for gjerningspersonens skylddevne.».

Legeforeningen mener det også må være grunnlag for å gjøre de samme betraktninger gjeldende motsatt vei, det vil si at en liknende konkret vurdering av avvikstilstanden og dens betydning for gjerningspersonens skylddevne må gjøres for de tilfeller der gjerningspersonen var psykotisk.

Utvalget uttaler at en slik åpning for en mer konkret bedømmelse av enkelte dyptgripende psykiske avvikstilstander må ta utgangspunkt i begrunnelsen for straffrihet. Videre: «Dersom tiltalte på handlingstidspunktet fremstod som meget avvikende og symptomtyngt, men ikke psykotisk i medisinsk forstand, bør altså norske domstoler, etter utvalgets oppfatning, gis mulighet til å fastslå utilregnelighet.».

Legeforeningen mener det vil være selvmotsigende å avvise en adgang til å gjøre den samme vurderingen for psykotiske personer som ikke fremstår som avvikende i relasjon til den straffbare handling. Legeforeningen peker også på at utvalget viser til at det å benytte kriterier som har klangbunn i medisinen for å avgjøre hvem som skal anses som utilregnelige, vil medføre at avgrensningen av straffriheten i praksis i stor grad vil måtte bero på utviklingen og oppfatninger innenfor psykiatrien. Legeforeningen mener dette taler for at en bør ha adgang til å foreta funksjonsvurderinger også ved psykose. Også her kan det forekomme tilstander og situasjoner som man ikke har tenkt på, eller som er av ny karakter, og det er da uheldig om man har bundet seg til at enhver gjerningsperson som var psykotisk må kjennes utilregnelig, helt uavhengig av en slik funksjonsvurdering. Legeforeningen påpeker at det ikke blir enklere å foreta en slik vurdering for de likestilte tilstandene enn for psykosetilfellene.

Kommentarer knyttet til Tilregnelighetsutvalgets merknader til rapporten «Hvordan bør norsk rettspsykiatri utvikles?» (utgitt av Styret i Norsk psykiatrisk forening med støtte fra Den norske legeforening)

Utvalget problematiserer arbeidsgruppens rapport når det gjelder «hvordan «rettsstridskriteriet» og «kontrollkriteriet» skal forholde seg til hverandre». Legeforeningen vil her presisere at hensikten ikke var å oppstille et krav om at psykosen både må føre til

vesentlig svekket/ manglende forståelse for en handlings straffbarhet og svekket evne til kontroll over egen vilje og handlinger. Det er imidlertid sjeldent i praksis at man ser at den ene foreligger uten den andre, selv om det kan tenkes. Legeforeningen er dermed enig med utvalget om at det må være tilstrekkelig at den ene av disse foreligger.

Det fremstår videre som at utvalget har oppfattet arbeidsgruppens rapport som et ønske om å oppstille et strengt krav til årsakssammenheng eller et kausalitetskriterium. Dette er ikke korrekt. Legeforeningen er enig med utvalget i at bevisføring for at psykosen fører til vesentlig svekket/ manglende forståelse for en handlings straffbarhet og/eller svekkelse av evne til kontroll over egen vilje og handlinger i enhver sak vil være svært krevende. Vi mener likevel det må finnes muligheter for at skyldvevne kriteriene synliggjør at også funksjonsevne kan hensyntas til tross for psykosedagnosen.

Utvalget peker i sin utredning på at arbeidsgruppens redegjørelse for begrepet «skyldvevne» er for begrenset og at arbeidsgruppen har drøftet begrepet uavhengig av straffens alminnelige begrunnelser, som begrepet etter utvalgets syn må utledes fra. Utvalget viser i den forbindelse til drøftelsen i utredningens punkt 8.2.1. Legeforeningen mener straffens begrunnelser også gjør seg gjeldende for de tilfellene der gjerningspersonen har en psykose, men likevel forstår handlingens straffbarhet og har kontroll over egen vilje og handlinger. Vi mener at det her foreligger skyldvevne og at det ikke finnes holdepunkter for å anta at en straffetrussel ikke kan virke avskrekkende også i slike tilfeller.

Det fremgår av arbeidsgruppens rapport at det er ønskelig med tilleggskriterier basert på et moderat psykologisk kriterium, altså at det i tillegg til å inkludere de tilfellene der de straffbare handlingene er en direkte konsekvens av de psykotiske symptomer/ funksjoner, også må åpnes for straffrihet i tilfeller hvor de straffbare handlinger er relatert til psykosen på en mindre direkte måte. Utvalget kritiserer dette da de mener at det vil være vanskelig å påvise hvorvidt det foreligger årsakssammenheng mellom den medisinske tilstand og den straffbare handlingen. Legeforeningen påpeker igjen at det ikke vil være noe enklere å påvise en sammenheng mellom avvikstilstanden og dens betydning for gjerningspersonens skyldvevne ved de likestilte tilstandene som foreslås inntatt. Å bygge på et moderat psykologisk kriterium vil imidlertid fange opp de tilfeller som er mer i gråsonen, og som er tilfellene som gjerne rammes av tvil, slik at det ikke åpnes opp for straff i disse tilfellene.

Legeforeningen er således ikke enig i utvalgets vurdering om at en utilregnelighetsregel basert på et blandet prinsipp i større grad enn en regel basert på et medisinsk prinsipp vil gi risiko for over- eller underinkludering av tilstander. Legeforeningen mener tvert imot at det forslaget som fremmes om et blandet prinsipp ovenfor må antas å gi en større treffsikkerhet og dermed bidra bedre til at utilregnelighetsregelens formål oppfylles.

Tvilstilfellene vil kunne være vanskelig å fange opp både ved en regel basert på det medisinske prinsipp og ved en regel basert på det blandede prinsipp. I disse tilfellene vil trolig gjerningspersonen uansett bli vurdert som utilregnelig på bakgrunn av gjeldende bevisregler.

Utvalget har vist til at arbeidsgruppen ikke klargjør nærmere hvordan de begrensede vilkårene i forslaget til regel skal utformes eller praktiseres. Legeforeningen har ikke hatt til formål å ta stilling til den konkrete utformingen av lovens utilregnelighetsregel i rapporten fra arbeidsgruppen. Vi deltar gjerne i en nærmere drøfting av hvordan en slik regulering kunne utformes.

1.2 Likestilte tilstander (straffeloven § 44)

Tilregnelighetsutvalget foreslår at straffeloven § 44 skal lyde: «Den som retten anser for å ha vært psykotisk på handlingstiden eller i en tilstand som med hensyn til sviktende funksjonsevne, forstyrret tenkning og for øvrig manglende evne til å forstå sitt forhold til omverden, må likestilles med å være psykotisk, er ikke strafferettslig ansvarlig. [...]» Legeforeningen støtter et forslag om å innta likestilte tilstander i bestemmelsen (som tilsvarende det som er anført både i Policynotat nr. 5/2014 og i rapporten og forslagene fra den tidligere omtalte arbeidsgruppen i rettspsykiatri).

Vi vil imidlertid peke på at forslaget vil kunne innebære at personer med demens, hjerneskader og forskjellige somatiske lidelser kan dømmes til overføring til tvungent psykisk helsevern. Dette bør utredes nærmere. Fra faglig synspunkt vil dette ofte ikke være hensiktsmessig da disse personer som regel ikke vil ha tilstander som det er riktig å behandle innen psykisk helsevern, men fortrinnsvis i andre deler av helsetjenesten.

1.3 Selvforskyldt utilregnelighet

Tilregnelighetsutvalget foreslår at det gjøres et unntak for fritak for straffeansvar når personen har satt seg selv i en avvikstilstand vel vitende om at dette innebærer alvorlig sykdomsrisiko. Legeforeningen har forståelse for prinsippet, men mener det vil være vanskelig å vurdere og er tvilende til kun å knytte det til unnlattelse av å ta medisiner. Prinsippet om straffeansvar ved selvforskyldt rus er sentralt og viktig, men problemene ved alvorlige avhengighetstilstander tas det her for enkelt på. Det er også for enkelt å knytte «selvforskyldt utilregnelighet» bare opp mot medikamentell behandling – «å unnlate å ta medisin» – selv om dette ofte vil være sentralt.

Legeforeningen mener at hovedregelen bør bestå, men at det kan være behov for en oppmyking som gir retten mulighet til å avvike fra hovedregelen når bestemmelsen medfører åpenbar urimelighet. Vi mener temaet om selvforskyldt utilregnelighet ved rusutløste psykoser må utredes og klargjøres ytterligere i lys av ny kunnskap og forståelse i forbindelse med en eventuell utvidelse av bestemmelsen om selvforskyldt utilregnelighet.

2. Sakkyndighet

2.1 Foreløpige undersøkelser og erklæringer

Bruk av foreløpige (prejudisielle) undersøkelser og erklæringer bør styrkes, også når det gjelder organiseringen, som for øvrig må kunne være ulik i forskjellige geografiske områder. Legeforeningen ser imidlertid at praksis for gjennomføring av prejudisiell observasjon er varierende, der det i noen tilfeller avgis rapporter som kun er basert på sakens dokumenter, mens det i andre tilfeller gjøres omfattende undersøkelser. Legeforeningen mener det bør arbeides for en mer standardisert ramme for prejudisielle observasjoner, og at det bør utarbeides en oversikt over omfanget.

Legeforeningen peker ellers på at flere forhold taler for en økt bruk av prejudisielle observasjoner. For det første kan de gi verdifull informasjon til bruk ved senere rettspsykiatrisk undersøkelse, herunder med tanke på det kortere tidsperspektivet siden den straffbare handling ble begått. I flere saker vil det være viktig med undersøkelse av en faglig kompetent kliniker tidligst mulig etter tidspunktet for den kriminelle handling. For det andre

vil en prejudisiell observasjon i tilfeller med henleggelse eller frifinnelse utgjøre et mindre alvorlig inngrep enn en fullstendig rettspsykiatrisk observasjon.

2.2 Sakkyndige – krav til kompetanse

Legeforeningen mener rettsoppnevnte psykiatrisk sakkyndige i straffesaker som regel bør være spesialister og at kompetanse og kvalitet hos rettspsykiatrisk sakkyndige må sikres gjennom videre- og etterutdanning. Legeforeningen mener at det også utover spesialiteten er behov for tilleggsutdanning på det rettspsykiatriske området (dvs. sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri) og støtter kravet om en bedre og mer systematisk utdanning.

Legeforeningen mener det bør tas sikte på kompetanse utover A-B-C modellen som foreslås av Rognum-utvalget i NOU 2001:12, bl.a. i diagnostikk, psykopatologi og fenomenologi, som er sentralt og viktig når det gjelder å vurdere psykosetilstander. Den ønskede spisskompetanse utover A-B-C modellen – og på sikt noe som svarer til grenspesialitet – bør være knyttet til spesialitet i generell psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, eventuelt tilsvarende for psykologer. Generell klinisk kompetanse er viktig, Legeforeningen mener det bør stilles krav til at både psykiatere og psykologer som ønsker å tjenestegjøre som sakkyndige i saker hvor det blir spørsmål om tilregnelighet, må kunne dokumentere klinisk erfaring rettet mot utredning og behandling av pasienter med psykoser og andre alvorlige sinnslidelser. Både den generelle kompetansen og spisskompetansen må holdes à jour med klinisk praksis og etterutdannelsestiltak, for eksempel spesielle etterutdanningskurs for erfarne sakkyndige.

2.3 Sakkyndige – oppnevning, uavhengighet, habilitet

Legeforeningen støtter Tilregnelighetsutvalgets syn på habilitetsvurderinger. Det er også viktig å endre praksis med å være faste «sakkyndig-par». I praksis kan det imidlertid være umulig å sikre at de sakkyndige står helt uavhengig av hverandre, fordi det er et lite miljø og få sakkyndige. Dersom det er tvil om habiliteten etter oppnevningene fra retten, bør de sakkyndige skriftlig be retten avgjøre denne.

2.4 Mandat og erklæringer

Legeforeningen støtter Tilregnelighetsutvalgets forslag til at det bør utferdiges nærmere regler om en minimumsstandard for utforming av mandat for å unngå forglemmelser og uønsket variasjon i de sakkyndiges arbeid. Legeforeningen støtter også synspunktene om at et slikt standardmandat ikke må utformes så detaljert at det vanskeliggjør konkrete tilpasninger til de ulike sakene som dukker opp, og som kan inneholde særlige problemstillinger. Det er viktig at deler av mandatene tilpasses den enkelte sak, hvor retten i utformingen tydeliggjør hva som ønskes besvart i hver enkelt sak. Det er viktig at somatiske forhold også vurderes.

2.5 Utførelsen av sakkyndigoppdraget

Rammebetingelsene for utførelsen av sakkyndigoppdraget er meget viktig. Det er behov for bedring både med hensyn til ressurser og hensiktsmessige arbeidsmåter. Dette synes utvalget ikke å vektlegge nok.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 22. august 2013 ut en rapport fra en arbeidsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, med deltakelse fra Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedirektoratet (avgitt 25. juni 2013) – «Rettspsykiatri – organisering, forskning og utdanning». Denne følges opp i «Pilotprosjekt i rettspsykiatri». Erfaringene fra dette prosjektet og andre kliniske, organisatoriske og praktiske erfaringer fra rettspsykiatrisk virksomhet er viktig for videre utvikling av feltet. Dette gjelder både

prejudisielle undersøkelser, vanlige rettspsykiatriske undersøkelser og judicielle døgnobservasjoner.

2.5.1 Sakkyndiges tilgang til journal/ helseopplysninger

Legeforeningen har tidligere gitt uttrykk for synspunkter knyttet til sakkyndiges tilgang til helseopplysninger (jf. brev fra Legeforeningen til Justis- og beredskapsdepartementet med kopi til Tilregnelighetsutvalget (datert 24. juni 2014) «Informasjonsbehandling og taushetsplikt i rettspsykiatrien»). Legeforeningen opprettholder våre synspunkter. Vi mener utvalget ikke vektlegger hensynet til tillit mellom pasient og behandler i tilstrekkelig grad.

Legeforeningen støtter utvalgets oppfatning om at det ikke er grunnlag for å oppstille et unntak fra taushetsplikten for å få belyst spørsmålene om tilregnelighet og nedsettelse av straff etter straffeloven § 56 bokstav c. Legeforeningen er imidlertid ikke enig i at det derimot foreligger grunnlag for å fravike taushetspliktreglene i saker hvor spørsmålet om dom på særreaksjon er aktuelt.

Legeforeningen mener ytterligere uthuling av taushetsplikten svekker en nødvendig tillit mellom en gruppe svært sårbare personer og helsetjenesten. De generelle unntak fra taushetsplikten som i dag er nedfelt i lovgivningen åpner i tilstrekkelig grad for opplysningsrett og opplysningsplikt ut fra konkrete vurderinger. Det er imidlertid behov for økt kunnskap og bedre veiledningsmateriale om taushetspliktens grenser hos både helsepersonell, politi og påtalemyndighet.

Det er større grunn til å verne om helseopplysninger som stammer fra behandlingsopplegg utenfor særreaksjonssystemet enn det som gjennomføres på grunnlag av en dom. Ved vurderingen av opprettholdelse av særreaksjon vil man allerede ha et grunnlag av helseopplysninger fra det gjennomførte oppholdet, og muligens vil dette være tilstrekkelig for opplysning av saken. For alle tilfeller er det ønskelig at tilgangen til den taushetsbelagte informasjon begrenses i størst mulig grad. Kun den informasjon man antar vil bidra til nødvendig opplysning av saken skal unntas. Legeforeningen mener derfor at det heller bør oppstilles en uttrykkelig regel om at unntaket fra taushetsplikten kun gjelder for opplysninger som stammer fra perioden for gjennomføringen av særreaksjonen.

Erfaringsmessig forekommer det ofte at offentlige myndigheter etterspør fullstendig pasientjournal, også der det ville vært tilstrekkelig å avgrense dette betydelig. Legeforeningen mener det er viktig at man både i slike tilfeller og ved informasjonstilgang for sakkyndige avgrenser den informasjonen som utleveres. Det bør derfor konkretiseres hvilken informasjon som etterspørres, samtidig med at faglig ansvarlige og påtalemyndigheten vil ha et ansvar for å foreta en slik nødvendighetsvurdering. Dersom informasjon fra behandlingsopphold under særreaksjon viser seg å være tilstrekkelig, bør det ikke gis tilgang til ytterligere helseopplysninger.

En utvidelse til også å gjelde ved idømmelse av særreaksjon er en mer omfattende uthuling av taushetsplikten enn det utvalget gir uttrykk for i utredningen. For det første er det på dette tidspunktet foreløpig ikke avgjort hvorvidt gjerningspersonen er skyldig, eller tilregnelig, eller om vilkårene for idømmelse av særreaksjon er oppfylt. Dette vil i praksis, som utvalget også peker på, føre til at de opplysningene som unntas fra taushetsplikten kan bli brukt i tilregnelighetsvurderingen og ved vurderingen av hvorvidt det foreligger grunnlag for straffenedsettelse.

For det andre vil det ved en slik adgang ikke foreligge helseopplysninger fra oppholdet under særreaksjonen, slik at man er henvist til å innhente informasjon fra tiden forut for handlingen. Her vil hensynet til tilliten til helsevesenet komme inn, da man på dette tidspunktet vil ha en interesse av at behandlingstrengende både oppsøker helsevesenet, og har den nødvendige tillit til at han eller hun kommer med relevante og fullstendige opplysninger.

2.5.2 Tvungen psykiatrisk undersøkelse (judisiell døgnobservasjon iht. strpl. § 167)

Legeforeningen mener judisielle døgnobservasjoner av faglige grunner bør konsentreres ved noen særskilte enheter – i den grad dette er praktisk og geografisk mulig. Dette er ønskelig for å sikre at kvaliteten blir god nok og for å sikre mest mulig faglig likeartet gjennomføring av observasjonene. Vi mener judisielle døgnobservasjoner per i dag fortrinnsvis bør gjennomføres på de regionale sikkerhetsavdelingene da erfaring tilsier at tilstrekkelig kompetanse på observasjon i døgnavdeling bare kan oppnås hvis ansvar for denne type arbeid sentraliseres slik. På sikt bør det opprettes egne observasjonsenheter ved disse avdelingene. Det bør arbeides videre med å sikre tilstrekkelig kapasitet, erfaring og kompetanse for observasjon i døgnavdeling.

Rollen som observatør skiller seg vesentlig fra vanlig klinisk arbeid, da formålet ved en observasjon ikke er behandling, men å fremskaffe informasjon til bruk for retten. Vanlig taushetsplikt gjelder ikke og det er derfor behov for en fagkultur som er seg bevisst rollen som observatør.

Fire uker vil ofte være for kort tid til observasjon. Legeforeningen er derfor enig i lovformuleringen, som tillater at en kan forlenge observasjoner med fire uker av gangen. Vi er enige i det som er anført i Riksadvokatens rundskriv nr.1/2013 i forbindelse med alvorlige voldssaker: «Muligheten for døgnkontinuerlig observasjon av siktede bør vurderes oftere enn praksis har vært til nå.» Dette støttes også av faglige begrunnelser for at det i en del saker er viktig å prioritere døgnobservasjoner.

Funksjonsnivået hos dem som skal utredes er spesifikt nevnt i utredningen som noe som må vurderes for å få et helhetlig bilde av observanden. Dette kan det være vanskelig å vurdere med polikliniske samtaler alene. Bruk av døgnobservasjoner kan også av denne grunn være nødvendig.

Bruken av døgnobservasjoner vil være viktig for observander som har kombinerte rusmiddeldelser og psykosesyntomer sammen med funksjonssvikt. Dette er en gruppe som i økende grad underlegges judisielle observasjoner i alvorlige straffesaker. Samfunnsutviklingen har vist at vi har fått mer potente rusmidler, og flere forskjellige typer av rusmidler, som kan gi større psykiske konsekvenser. Dette vil trolig medføre større behov for observasjoner av personer over tid, slik at det er mulig å vite sikkert at den observerte er rusfri. Behovet for slike vurderinger må utredes nærmere både med hensyn til kapasitet, krav til faglig kompetanse og kvalitetssikring av gjennomføringen i forhold til oppdraget for retten. Dette gjelder særlig de regionale sikkerhetsavdelinger, men også i lokale sikkerhetsavdelinger.

Legeforeningen kjenner ellers til at det i 2014 ble gjennomført klart flere judisielle døgnobservasjoner etter strpl. § 167, enn i tidligere år. Dette var ikke kjent da Tilregnelighetsutvalget utredning ble utformet. En videre forventet utvikling i retning av økt etterspørsel etter døgnobservasjoner vil måtte medføre at kapasiteten ved avdelingene utvides, for å unngå at observasjonsinnlagte personer fortrenger ordinære pasienter. I dag er

antallet behandlingsplasser nedbygget til et historisk lavt antall, og ordinære pasienter vil lide dersom døgntilbudet reduseres.

2.6 Etterprøving av sakkyndige erklæringer - Den rettsmedisinske kommisjon (DRK)

Legeforeningen støtter en styrking av kommisjonens sekretariat og medlemmenes arbeidsforhold for bedre å kunne legge til rette for enkeltsaksbehandlinger. Vi støtter at DRK bør bestå av erfarne spesialister med bred klinisk erfaring, erfaring som rettsoppnevnte sakkyndige og om mulig med relevant akademisk kompetanse. Legeforeningen mener at medlemmene av DRK, som hittil hovedsakelig har utført sitt arbeid på fritiden, bør ha deltidsstillinger og at kommisjonens leder bør ha en forholdsvis høy stillingsprosent. Samtidig er det viktig at medlemmene er i klinisk virksomhet.

Legeforeningen mener oppgavene til DRK i fremtiden må rendyrkes mer enn det som har vært gjort hittil, og at arbeidet bør konsentreres til rettspsykiatri. Kjerneoppgavene til kommisjonen må i fremtiden være å påse at de avgitte erklæringene holder tilstrekkelig og enhetlig faglig standard, herunder en systematikk med presentasjon av bakgrunnsopplysninger og de undersøkelser som er gjort, samt at det i den følgende drøfting er samsvar mellom premisser og konklusjoner og at arbeidet bygger på den til enhver tid anerkjente vitenskapelige forståelse av psykiske lidelser. Det er viktig at kommisjonen til enhver tid åpent kommuniserer hvordan de fortolker faglighet i de uttalelser som avgis, slik at de kan vurderes av retten.

Legeforeningen støtter Tilregnelighetsutvalgets forslag til nye formuleringer når det gjelder konklusjoner fra Den rettsmedisinske kommisjon og er enig i at man ved disse endringene vil få konklusjoner som blir tydeligere og bedre gjenspeiler den kontrollen som er utført sammenlignet med de formuleringene som nå brukes.

Legeforeningen støtter også Tilregnelighetsutvalgets forslag om etterprøving av sakkyndige erklæringer, samt forslagene i forbindelse med foreløpige psykiatriske erklæringer og sakkyndige som skal uttale seg i retten om psykiatriske forhold uten å være oppnevnt av retten.

3. Samfunnsvern

3.1 Strafferettslige særreaksjoner

Tilregnelighetsutvalget poengterer at innholdet i en dom på overføring til tvungent psykisk helsevern skal være det samme som i et administrativt tvungent psykisk helsevern. Det legges ingen føringer i forhold til dette, da det anses at fagpersonene selv bør vurdere hva innholdet skal være.

Legeforeningen mener at det i reglene om dom på overføring til tvungent psykisk helsevern bør drøftes innføring av mer differensierte særreaksjonsformer og gjennomføringsregler. Det bør arbeides med å sikre innholdet i gjennomføringen av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, og at det tilstrebes å gi kompetanseheving til lokale psykiatriske avdelinger og distriktpspsykiatriske sentre. Lokalt i de ulike avdelinger som skal behandle disse pasientene kan det råde mye usikkerhet omkring både innhold, gjennomføring, og lovgivning, samt usikkerhet rundt samarbeid med politi, påtalemyndigheter og eventuelt rettsvesen, i forbindelse med dom på tvungent psykisk helsevern. Enheter som har få pasienter og dermed liten erfaring er særlig sårbare. Det bør arbeides for et nærmere

samarbeid mellom justismyndighetene/ politiet/ kriminalomsorgen og det psykiatriske behandlingsapparat.

3.1.1 Vurdering og håndtering av voldsrisiko – «farevurderinger» – bruk av strukturerte intervjuer og instrumenter - faglighet

Legeforeningen mener at det i tilregnelighetsutvalgets utredning underkommuniseres hvilke feilkilder og usikkerhetsmomenter som ligger i prediksjonsinstrumenter for fremtidig vold/kriminalitet. Spesielt vil prediksjon med en lang tidshorison være vanskelig, og er som utredningen påpeker («risikoscenarier») knyttet til utvikling og forløp som ikke alltid er lett å forutsi.

I noen grad likestiller utredningen bruken av instrumenter med faglighet og klinisk skjønn. Imidlertid vil det alltid være fagligheten som er det grunnleggende. Bruken av instrumenter for vurdering av voldsrisiko er basert på klinisk erfaring, og en viktig del av den nyeste utgaven av det mest brukte instrumentet (HCR-20 versjon 3) er individuell tilpasning til den enkelte pasient. Tidsaspektet for bruken av HCR-20 v.3 er noen måneder fram i tid, inntil ett år. Selv om gyldigheten vil kunne være lenger, vil lengre tidshorisoner være forhindret med større usikkerhet. I dag er ikke voldsrisikovurderinger en statisk risikobedømmelse med lang tidshorison, men en dynamisk prosess med fortløpende risikovurdering, risikohåndtering og behandling. Forsvarlig bruk av instrumenter som HCR-20 v.3 krever både opplæring og klinisk erfaring.

3.1.2 Vilkårene for en særreaksjon – senkning av kriminalitetsgrensen

Legeforeningen støtter ikke forslaget om å fjerne rettskravet om at det skal være begått en «alvorlig» krenkelse, som vil innebære senkning av kriminalitetsgrensen for dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Legeforeningen mener dette eventuelt bør vurderes når resultatene fra MAS-prosjektene foreligger. Da vil det forhåpentligvis legges frem mer kunnskap både om de grupper som etter eksisterende praksis i dag ikke «fanges opp» av de forskjellige lover, og hvilke hensiktsmessige løsninger som kan finnes både i relasjon til lovverk og i praksis. Dersom terskelen senkes vil det være nødvendig med en styrking av tjenestetilbudet i hele den psykiatriske behandlingstjenesten.

3.1.3 Overføring til kriminalomsorgen – phvl. § 5-6

Legeforeningen støtter utvalgets syn i at det prinsipielt sett er uheldig og utilfredsstillende at personer som er skyldfrie, skal kunne plasseres i en anstalt som administreres av en etat som har ansvar for straffegjennomføring. Legeforeningen støtter likevel flertallets oppfatning om at det er et behov for en overføringsadgang i ekstraordinære tilfeller, og at adgangen bør bestå inntil det psykiske helsevern har institusjoner og rammer som gjør det mulig å ta hånd om disse pasientene på en tilfredsstillende måte. Alternativet ville være at pasientene forblir under tvungent psykisk helsevern, men uten at det psykiske helsevern har noe å tilby domfelte, og hvor kostnadene og vanskene ved fortsatt opphold blir uforholdsmessig høye, samtidig som pasienten opptar ressurser som andre kunne hatt behandlingseffekt av. Legeforeningen bemerker imidlertid at forbedret kapasitet i sikkerhetspsykiatrien, f.eks. i regionale avdelinger, som også gjør det mulig med behandlings- og aktivitetstiltak for kroniske tilstander (slik det finnes en rekke steder i sikkerhetspsykiatrien i utlandet) klart ville redusert behovet for overføringer til kriminalomsorgen. Legeforeningen er enig i at det på prinsipielt grunnlag vil være en fordel å gjøre presiseringer i phvl. § 5-6 som strammer inn og tydeliggjør vilkårene for overføring, herunder en forutsetning om at det allerede er etablert et særskilt behandlingsopplegg for domfelte i kriminalomsorgens regi, som er uten strafferettslig preg og som klart skiller seg fra tilbudet til de straffedømte. En gjennomføring av dette i praksis krever ressurser, og ut fra dagens situasjon er det nødvendig med en tilførsel

av slike ressurser for å muliggjøre slike særskilte behandlingsopplegg i kriminalomsorgens regi.

3.1.4 Opphold i lukket institusjon – minstetid

Legeforeningen støtter seg til flertallets vurdering og finner ikke grunnlag for å innføre en regel om minstetid. Når personer etter straffeloven har fått dom på overføring til tvungent psykisk helsevern skal det i behandlingsopplegget regelmessig gjennomføres vurdering av voldsrisiko og legges planer for håndtering av eventuell voldsrisiko, for eksempel i forbindelse med regelmessige kontrollundersøkelser, videreføring i behandlingssystemet, ved vurdering av forlengelse av dommen, og eventuelt hvis det fremmes krav om opphør av dommen.

Legeforeningen mener det eventuelt vil være riktigere å gi påtalemyndigheten bedre og tydeligere muligheter og forpliktelser til oppfølging, for eksempel overfor kontrollkommisjonen.

3.1.5 Klage til kontrollkommisjonen og rettslig prøving

Tilregnelighetsutvalget ble bedt om å vurdere ordningen med klage til kontrollkommisjonen og om påtalemyndigheten eventuelt bør kunne bringe saker knyttet til gjennomføringen av det tvungne psykiske helsevern inn for retten. Utvalget finner ikke grunn til å gjøre påtalemyndighetens klageadgang mer omfattende.

Legeforeningen mener imidlertid at det er flere forhold når det gjelder ansvar og roller i forholdet mellom helsevesen (f.eks. faglig ansvarlig) og justisvesen (f.eks. påtalemyndighet) som ville vært bedre og tydeligere ivarett ved å gi påtalemyndigheten utvidede muligheter, både når det gjelder klagerett, og også eventuelt adgangen til å kunne bringe flere forhold inn for rettslig prøving.

Selv om faglig ansvarlig besitter den faglige kompetansen og er nærmest pasienten med ansvar for daglig oppfølging, så bygger mange av vurderingene hva gjelder faregrad og samfunnsvern på juridiske begrep og vurderinger, som faglig ansvarlig ikke har forutsetninger for å foreta, verken forut for innleggelse, og heller ikke underveis i et behandlingsopplegg. Klageadgangen i forbindelse med utskrivning og overføring vil for en stor grad kunne bøte på dette og ivareta slike vurderinger. Samtidig vil det nødvendigvis måtte foretas de samme vurderingene for en eventuell permisjon, som per i dag ikke inngår i påtalemyndighetens klageadgang. At det er adgang for påtalemyndigheten til å nedlegge besøksforbud (jf. strpl. § 222 a) og kontaktforbud (jf. strl. § 33) vil ikke eliminere en risiko for fare for samfunnet. Når en skade først er skjedd hjelper det ikke at det i ettertid kan reageres med tvangsmidler mot manglende overholdelse. Heller ikke fornærmedes og etterlattes rettigheter i forbindelse med varsling vil fullstendig kunne eliminere en slik risiko, selv om slike regler vil kunne bidra til at de kan innrette seg. Legeforeningen mener derfor det er grunn til å utrede nærmere hvorvidt påtalemyndigheten bør gis en noe utvidet klageadgang eller deltakende rolle ved spørsmål om permisjoner. Også i saker om overføring mellom ulike sikkerhetsnivåer innen samme institusjon vil liknende hensyn til faregrad og vern (overfor andre pasienter) kunne gjøre seg gjeldende.

3.1.6 Varsling – fornærmedes og etterlattes interesser

Tilregnelighetsutvalget peker på det problematiske ved at varslingsplikten er pålagt den faglig ansvarlige. Legeforeningen er enig i dette og mener ordningen er prinsipielt uheldig. Vi henviser her både til Legeforeningens notat og uttalelser ved høringen i Stortinget 16. april 2013 om lovforslag om endringer i phlv., hvor blant annet § 5-6 c. om varsling ble vedtatt.

Det kan bemerkes at også Den Norske Advokatforening påpeker i sine høringsuttalelser til departement og Stortinget en «uheldig sammenblanding av roller mellom påtalemyndighet og den faglig ansvarlige» når den faglig ansvarlige, som «primært må holde fokus på pasientbehandling» også skal forestå varslingen. De anfører videre at «det ved varsling uansett må være et nært samarbeid mellom faglig ansvarlig og påtalemyndigheten». Den norske legeforening anser det for uhensiktsmessig og urealistisk å overlate det praktiske ansvaret for varsling til den nasjonale koordineringsenheten. Både prinsipielt og praktisk er det riktigere at påtalemyndigheten utfører varslingen og for øvrig ivaretar fornærmedes og etterlattes interesser. Påtalemyndigheten vil også ha klageadgang til kontrollkommisjonen. Det vil være viktig å innhente erfaringer fra Trøndelag statsadvokatembete hvor denne ordningen, etter det vi er informert om, prøves når det gjelder varsling.

4. Økonomiske, administrative, organisatoriske og faglige konsekvenser

Legeforeningen vil sterkt støtte Tilregnelighetsutvalgets påpekninger og vurderinger når det uttrykkes bekymring for kvaliteten på det psykiske helsevern angående forholdene og behandlingstilbudet spesielt innen sikkerhetspsykiatrien på regionalt nivå. Det understrekes at de som er dømt til særreaksjon og de som tvangsinnlegges etter psykisk helsevernloven bør få det samme behandlingstilbudet, uavhengig av om inngangsporten er psykisk helsevernloven eller straffeloven. Det påpekes i Tilregnelighetsutvalgets utredning at institusjonene som tar seg av denne gruppen, må rustes opp til et akseptabelt materielt og faglig nivå. Dette gjelder også opplæringsmuligheter, pedagogiske tilbud, aktivitetstilbud og andre forhold som vi vet har stor betydning for positive terapeutiske resultater. Selv om det ligger utenfor mandatet, påpekes det også at det i større grad enn i dag bør sikres et individuelt opplegg for tilregnelige som dømmes til særreaksjon. Også når det gjelder bistand til kriminalomsorgen bør sikkerhetspsykiatriens muligheter for tilbud rustes opp, f.eks. når det gjelder kapasitet til vurderinger, observasjonsopphold og behandlingsopphold (jf. også Legeforeningens Policynotat nr. 5/2014).

Legeforeningen vil sterkt understreke betydningen av at disse forhold grundig utredes og belyses før eventuell fremleggelse av lovforslag.

5. Særskilte vurderinger innen barne- og ungdomspsykiatrien

Selv om utvalget uttaler at det i utgangspunktet faller utenfor deres mandat å drøfte de yngre aldersgrupper (under 18 år) særskilt ønsker Legeforeningen å komme med noen innspill til de problemstillinger som her reiser seg.

I Norge eksisterer det ikke retts- og sikkerhetspsykiatriske tilbud spesielt tilrettelagt for ungdom. Dette fører til ad hoc-løsninger som kan innebære at ungdom med psykiske lidelser og alvorlig voldsatferd innlegges på sikkerhetsavdeling for voksne. Legeforeningen er bekymret over at Norge ikke har et behandlings- og omsorgstilbud for ungdom med psykiske lidelser og alvorlig voldsrisiko og/ eller kriminalitet. Det er behov for økt kunnskap om årsak til henleggelse, hvilke unge lovbrøtere som tas hånd om av barnevernet, samt hvilke behandlingstilbud unge lovbrøtere har i voksenpsykiatrien og i barne- og ungdomspsykiatrien.

Legeforeningen er derfor bekymret for at tilregnelighetsutvalget ikke har vurdert situasjonen for ungdomsgruppen spesifikt. Det har vært flere tilfeller de siste årene som begrunner behovet for sikkerhets- og rettspsykiatriske tjenester for ungdom. En rekke tilfeller er kjent

fra pressen og fra psykiaternes arbeidshverdag der ungdom har begått alvorlige handlinger. Fra oktober 2013 til oktober 2014 eksisterer i alle fall tre aktuelle saker der ungdom fra 13 til 17 år var involvert i drap/ nestendrap, og det var behov for sikkerhets- og rettspsykiatriske tjenester. I disse situasjonene var det ikke tilrettelagt noe tilbud for den aktuelle aldersgruppen, og det var nødvendig å improvisere løsninger. Legeforeningen mener at det er uakseptabelt at ungdom på 15 år settes i vanlig fengsel. Det er nødvendig å legge til rette for bedre håndtering av dette så snart som mulig.

Vi vil ellers bemerke at det henvises i dokumentet til at Norsk Barne- og ungdomspsykiatrisk forening synes å ønske særskilte «rettspsykiatriske» anstalter. Dette er ikke tilfelle og må bero på en misforståelse. De ønsker en vurdering av ulike organisatoriske modeller. Det må uansett tas på alvor at rettspsykiatriske og sikkerhetspsykiatriske problemstillinger knyttet til de yngre aldersgruppene er regelmessig forekommende, selv om de er lavfrekvent. Både juridiske og psykiatrifaglige forhold er noe annerledes for disse aldersgruppene. Dette må man ta hensyn til.

Når det gjelder behov for kompetanse blant fagfolk som skal arbeide med rettspsykiatri og sikkerhetspsykiatri, støtter vi at spesialitet i psykiatri må være en grunnkompetanse. Selv om det ligger utenfor Tilregnelighetsutvalgets mandat ønsker vi å påpeke at vi også ser et behov for en spesialitet i Barne- og ungdomspsykiatri som tilsvarende grunnkompetanse for vurdering og behandling av ungdom.

6. Avsluttende kommentarer

Legeforeningen mener Tilregnelighetsutvalgets utredning er omfattende og fremstår som meget grundig. På bakgrunn av ovennevnte vurderinger mener Legeforeningen det er flere spørsmål som må utredes ytterligere før eventuelle endringer eller lovforslag gjennomføres. Mange av forslagene forutsetter også ressurser, og på en del steder bør ressurser og eventuelle utbygginger, omstruktureringer være klarere planlagt, eventuelt gjennomført, før endringene trer i kraft. Det store antallet henleggelse på grunn av antatt utilregnelighet i forbindelse med mindre alvorlig kriminalitet må også utredes nærmere. Kunnskap om hva som skjuler seg bak disse henleggelsene vil være et sentralt verktøy for videre arbeid med forbedring av psykiatriske helsetjenester og ved utvikling av lovgivningen.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avd.direktør/advokat

Dokumentet er godkjent elektronisk

Saksbehandler: Helga Bysting

Vedlegg:
P-notat 4-2014 Straffbare handlinger og psyk sykdom



Straffbare handlinger og psykisk sykdom

I Norge anses en gjerningsperson som strafferettslig utilregnelig og skal ikke dømmes for begåtte kriminelle handlinger hvis gjerningspersonen har en psykose (med unntak av rusutløst psykose), kalt det medisinske prinsipp. Legeforeningen ønsker å bidra til at man best mulig ivaretar både psykisk syke som begår straffbare handlinger, og samfunnet rundt dem.

Legeforeningen mener at dette krever en gjennomgang av deler av lovverket, og en utvikling av tilbudet til psykisk syke som begår straffbare handlinger.

Legeforeningen mener:

- En diagnose bør ikke i seg selv være nok til å vurdere skyldvne. Strafferettslig utilregnelighet bør forutsette psykose, demens eller hjernesykdom som hovedkriterium, og som tilleggskriterium svekket evne til kontroll over egen vilje og handlinger.
- Psykisk helsevern må styrkes for å kunne fange opp og behandle pasienter hvor det er fare for voldsutøvelse eller annen kriminell atferd.
- Det store antallet henleggelse på grunn av antatt utilregnelighet i forbindelse med mindre alvorlig kriminalitet må utredes nærmere.
- Forhold rundt unge lovbytere og psykisk helse må kartlegges bedre.
- Sikkerhetspsykiatrien må styrkes slik at den samarbeider bedre med kriminalomsorg, rettsvesen og den øvrige psykiatriske helsetjenesten.
- Kompetanse og kvalitet hos rettspsykiatriske sakkyndige må gjennom videre- og etterutdanning sikres på en mer systematisk måte enn i dag.
- Det er ikke behov for ytterligere unntak fra taushetsplikten enn de som allerede finnes i dag for å bidra til nødvendig innhenting eller utlevering av helseopplysninger fra behandlende personell.

Bakgrunn

I strafferettslig sammenheng betyr "psykose" at det foreligger aktive psykotiske symptomer, det vil si hallusinasjoner, vrangforestillinger eller tenkningsforstyrrelser på handlingstiden, og symptomene må ha en viss intensitet og varighet. Legeforeningen mener at dette er et utilstrekkelig grunnlag for å ta stilling til skyldvne og dermed for å ivareta lovens formål, som er at de som ikke kan ta ansvar for egne handlinger på grunn av sykdom, ikke har skyldvne.

For å ivareta dette formålet bør det innføres et blandet medisinsk/psykologisk prinsipp i straffelovens § 44¹, med hovedkriteriene psykose, høygradig demenssykdom eller alvorlige hjerneorganiske tilstander. I tillegg bør det innføres tilleggskriterier som omhandler hvordan psykosen fører til vesentlig svekket funksjon og dermed til svekket/manglende forståelse for en handlings straffbarhet og svekkelse av evne til kontroll over egen vilje og handlinger. De fleste land det er naturlig å sammenlikne seg med i denne sammenheng, bruker en eller annen form for blandet medisinsk/psykologisk prinsipp.

¹ Straffelovens § 44: "Den som på gjerningstiden var psykotisk eller bevisstløs, straffes ikke. Det samme gjelder den som på handlingstiden var psykisk utviklingshemmet i høy grad".

Styrking av tilbud og kompetanse

Det er behov for økt kapasitet til gjennomføring av foreløpige (prejudisielle) rettspsykiatriske observasjoner/vurderinger, og rammen for hva slike vurderinger skal inneholde, bør standardiseres. Kompetanse og kvalitet hos rettspsykiatrisk sakkyndige må sikres gjennom videre- og etterutdanning. Det er et udekket behov for psykiatriske vurderings- og behandlingstilbud for innsatte. Fanger med alvorlig psykisk sykdom er en stor utfordring for soningsanstaltene, med et høyt antall innsatte med psykiske lidelser som også behandles av det ordinære psykiatriske hjelpeapparatet og kommunehelsetjenesten både under og etter soning.

- Døgnplasser i voksenpsykiatrien er bygget ned fra 2,4 plasser til 1 plass per 1000 innbyggere i perioden 1990 til 2013.
- Antall polikliniske konsultasjoner økte fra 83,2 til 337,9 per 1000 innbyggere per år i samme periode.
- Antall sikkerhetspsykiatriske døgnplasser økte i tiden etter 1990, men er siden 2005 redusert fra 229 til 211.
- Antall regionale sikkerhetsplasser på landsbasis er det siste tiåret redusert fra 54 til 36 (33 % reduksjon), primært som følge av nedleggelse av plasser i Helse Sør-Øst.

Sikkerhetspsykiatrien må styrkes slik at kompetanse og kapasitet står i forhold til behovene. Det trengs regionale sikkerhetsavdelinger som kan drive differensiert behandling, fagutvikling og forskning, samt veiledning av allmennpsykiatri og kommunehelsetjenesten etter utskrivning fra sikkerhetsavdelinger. Økt rusmisbruk og introduksjon av nye rusmidler øker risiko for psykoselidelser. I tillegg er det kjent at flyktninger og innvandrere har økt forekomst av alvorlige psykiske lidelser.

I Norge eksisterer ikke retts- og sikkerhetspsykiatriske tilbud spesielt tilrettelagt for ungdom. Dette fører til ad hoc-løsninger som kan innebære at ungdom med psykiske lidelser og alvorlig voldsatferd innlegges på sikkerhetsavdeling for voksne. Det er behov for økt kunnskap om årsak til henleggelse, hvilke unge lovbrøyttere som tas hånd om av barnevernet samt hvilke behandlingstilbud unge lovbrøyttere har i voksenpsykiatrien og i barne- og ungdomspsykiatrien.

Det oppstår fra tid til annen diskusjon om behovet for å lovregulere nye unntak fra taushetsplikten for å gi større tilgang til behandleropplysninger vedrørende psykisk syke som har begått eller mistenkes å ville begå straffbare handlinger. Legeforeningen mener ytterligere uthuling av taushetsplikten svekker en nødvendig tillit mellom en gruppe svært sårbare personer og helsetjenesten. De generelle unntak fra taushetsplikten som i dag er nedfelt i lovgivningen åpner i tilstrekkelig grad for opplysningsrett og opplysningsplikt ut fra konkrete vurderinger. Det er behov for økt kunnskap og bedre veiledningsmateriale om taushetspliktens grenser hos både helsepersonell, politi og påtalemyndighet.

Norsk psykiatrisk forening har utarbeidet en rapport om rettspsykiatri hvor disse utfordringene er grundig diskutert².

Medisinsk fagavdeling

² Hvordan bør norsk rettspsykiatri utvikles? Innspill fra arbeidsgruppe nedsatt av styret i Norsk psykiatrisk forening med støtte fra Den norske legeförening (2014).