

Til:

Justis- og
beredskapsdepartementet,
lovavdelingenVår referanse
14/9002-7/NISLIN
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
008Dato
27.03.2015**HØRINGSUTTALELSE - NOU 2014:10 SKYLDEVNE, SAKKYNDIGHET OG SAMFUNNSVERN.**
Høringsuttalelse fra St Olavs Hospital avd Østmarka**1. Generelt**

Vi har med stor interesse lest utredningen og setter pris på den grundige tydelige teksten på et felt som er litt «*annerledes*» for oss med helsefaglig bakgrunn. Kjennskap til betraktningene i utredningen er meget nyttig for oss i vårt daglige arbeid i klinikken.

Vi velger ikke å drøfte mange av de generelle forholdene og overordnede prinsippene for tilregnelighet, sakkyndighet, særreaksjoner mm. Vi vil imidlertid spesielt påpeke noen betraktninger vi tenker vår bakgrunn spesielt kan belyse. Det dreier seg om forhold rundt våre erfaringer med alvorlig psykisk syke generelt samt pasienter som vurderes dømt / dømmes til tvunget psykisk helsevern og erfaringer med oppfølging, behandling og rehabilitering av dømte ut fra allmenpsykiatriske avdelinger. Vi har pr i dag hovedansvaret for 4 av de 15 dømte som Helse Midt-Norge er ansvarlig helseforetak for pr 18.2.2015 (tall fra nasjonal koordineringsenhet) og ytterligere 2 av disse 15 har vært i vår omsorg men er nå flyttet til regional sikkerhetsavdeling og enda en vi har hatt ansvar for har fått opphevet dommen - dette i hht sykdomsutvikling. Vårt sykehus har i tillegg akuttfunksjon for bl.a. innsatte i Trondheim fengsel og for hele befolkningen over 18 år i Sør-Trøndelag inkludert Trondheim.

2. Dømte til tvunget psykisk helsevern**2.1 Om særreaksjoner versus administrativt tvunget psykisk helsevern.**

Vi ser generelt som viktig at psykisk helseverns formål skal være å hjelpe pasienten, ikke å ivareta samfunnsvern. Dette er meget klart i vårt daglige arbeid med pasienter på administrativ tvang og med saksbehandling i kontrollkommisjonen. Særreaksjoner etter Strl § 39 har annet utgangspunkt med samfunnsvern og det er derfor implisitt at det vil være behov for ulike lovverk da utgangspunktet er meget forskjellig. Viktige forskjeller her er godt omtalt i NOU bl.a. kapittel 21.

2.2 Om samarbeidet med påtalemyndighet og politi

På side 303 i NOU og i 22.1.5 diskuteres i hhv *Utvalgets mandat og Beskrivelse av nåværende ordning* at det er helseinstitusjonen og faglig ansvarlige som bestemmer omsorgsnivå og at dette bare kan påklages til kontrollkommisjonen (KK). Vi vil påpeke at det allerede i dag er slik at beslutninger i KK kan påklages av partene videre i det vanlige domstolsystemet, jfr Phvl § 7. Dette vil i dag gjelde både administrativt tvangsinnlagte der påtalemyndigheten har begjært innleggelse (tidligere «tutor») og i saker vedrørende dømte. En endring av lovteksten her vil bare presisere

dagens praksis, vi er ikke sikre på om dette er nødvendig, og vi er i alle fall i tvil om det bør inn som et annet «spor» enn det eksisterende. Dette i følge vår praksis.

I tråd med kommentar i avsnittet over vil det også i dag i stor grad være slik at helseinstitusjonen beslutter endringer i frihet og lavere sikkerhetsnivå for dømte til tvunget psykisk helsevern i samråd med politi / påtalemyndigheten. Dette bl.a. fordi politiet anses å ha en spesiell kompetanse på trusselvurderinger ut fra helhetsbilder og det som går ut over psykiatrisk relevant kompetanse i sikkerhetsvurderinger / risikovurderinger. Bl.a. vil det i noen tilfeller både for å vurdere den dømtes farlighet og risiko for vold mot den dømte selv være behov for å vite mer om bildet i samfunnet og subkulturer i samfunnet (f. eks. kriminelle miljøer), status og plassering til andre personer mm, en kunnskap politiet sitter inne med. Dette er i tråd med vår praksis.

Når det gjelder samarbeid med politi og påtalemyndighet, vil vi også trekke frem Psykisk helsevernloven § 5-6c og den varslingsplikt til pårørende faglig ansvarlig ved helseinstitusjonen har. Ved vår institusjon har vi i samråd med politi og påtalemyndighet og Kontrollkommisjonen besluttet at helseinstitusjonen ikke holder noe arkiv over fornærmede eller etterlatte i aktuelle straffesaker, og vi kontakter dem ikke. Vi har vurdert det praktisk vanskelig å opprettholde et slikt oppdatert register, samtidig som det er uavklart hvordan vi praktisk og juridisk skulle håndtere det. Vi forholder oss til at varslingsplikten ivaretas av at vi varsler politiet om vesentlige endringer som kunne falle inn under aktuelle lovbestemmelse. Politiet vurderer og beslutter så om fornærmede og etterlatte skal varsles. Dette er praktisk for oss da vi allerede som har tett kommunikasjon med politiet om endringer i vilkår for den dømte, og da politiet (slik vi har forstått det) allerede har oversikt over fornærmede og etterlatte ved at fornærmede og etterlatte får tilbud om en kontaktperson i politiet. Politiet bidrar dermed både til å vurdere hvilke situasjoner som bør varles fornærmede / etterlatte og politiet er oppdatert på hvor de fornærmede / etterlatte befinner seg, hva de til enhver tid skal ha informasjon om.

Forslag

Ut fra ovenfor nevnte beskrivelse av vår praksis foreslår vi at det nedfelles i lov eller forskrift at det skal være et tett samarbeid om de dømte mellom ansvarlig helseinstitusjon og politi og påtalemyndighet for å trekke gjensidig veksler på kompetanse i bl.a. sikkerhetsvurderinger (dvs. risikovurdering ut fra psykiatriske forhold versus ut fra generelle samfunnsforhold og kriminologi) - dette for både domfeltes sikkerhet og samfunnsvernet.

Vi foreslår videre at man endrer Phvl § 5-6 c til å involvere varsling til politiet som så kan varsle fornærmede / etterlatte slik at disse slipper unødige inngripen i sitt privatliv ved å være registret i og kontaktes av et psykiatrisk sykehus - samt at det psykiatriske sykehuset slipper ha et system for registrering av personer som ikke har noe med sykehuset å gjøre.

Endelig vil vi understreke at dagens lovverk (Phvl § 7-1 jfr §§4-10 og 5-4) slik vi har erfart det sikrer at påtalemyndigheten (hvis man ikke enes i ovenfor nevnte fora) kan påklage beslutning om endret omsorgsnivå for dømte til kontrollkommisjon og evt domstolen.

2.3 Kostnader / økonomi, kompetanse og ressursutnytting og prioriteringer

2.3.1 Omsorgsnivå, kvalitet på helsehjelpen

Dette er omtalt i 22.1.2.12 med angivelse av at de fleste sikkerhetspsykiatriske plasser koster 18.500,- pr døgn. Pris ved DPS vil kunne ligge ned mot 1.500,- kroner i døgnet og med plass på allmenpsykiatrisk sykehus priset mellom disse ytterpunktene. Det vil være snakk om lengre varige innleggelser på disse pasientene slik at kostnaden raskt blir høy og at det vil være vesentlige forskjeller i kostnad avhengig av på hvilket omsorgsnivå pasienten er.

Plasser på sikkerhetsavdelinger vil være begrenset. Det er derfor for samfunnet samlet essensielt at disse plassene benyttes til de personene som til enhver tid behøver dem mest – uansett om det er av hensyn til pasientens egen sikkerhet eller til pasientens farlighet overfor andre (andres sikkerhet). Disse plassene må prioriteres til de som til enhver tid behøver dem mest. Å belegge en

viss mengde slike plasser til dømte «kun fordi disse er dømt» kan ikke være verken økonomisk eller etisk riktig. Pasientene må til enhver tid – uavhengig av om de er innlagt etter administrativ tvang, frivillig eller etter dom - være på det omsorgsnivået som er riktig, og det er et prinsipp i helse så vel som generelt at dette skal være *lavest mulig tilfredsstillende omsorgsnivå*. Erfaringsmessig er ikke nødvendigvis dømte som har fått i gang medisinerer med mer i behov av de sterkeste plassene i psykiatrien. Selv ikke umiddelbart etter dom er det alltid behov for sikkerhetsavdeling. Videre ut i rehabiliteringsforløpet vil også de dømte (som andre pasienter) stort sett kunne flytte nedover i omsorgsnivå og rehabiliteres via sykehusavdeling og DPS ut i kommune. Det vises til utredningens uttalelse på side 305 hvor det sies at «*særreaksjoner ikke skal ha et straffelignende preg..*» og s 313 «*..ingen skal utsettes for tvang i større grad enn hensynet til samfunnsvernet tilsier...*».

Utredningen bruker gjentatte ganger begrepet «*normalitetsprinsippet*» og skriver at det skal legges til rette for at «*... hverdagen i størst mulig grad blir fylt med innhold og mening...*». I følge 1.2.4.4 skal det (ved dom til tvunget psykisk helsevern) *legges til rette for livsutfoldelse for den dømte* og ettersom personene dømmes til helsetilbudet *tvunget psykisk helsevern* må det forventes at den dømte skal ha rettigheter som for andre pasienter – herunder å behandles på riktig og lavest mulig omsorgsnivå. Det vil også være slik at de dømte i initial sykdomsfase og under videre forløp over år må forventes ofte være i behov av høykompetente behandlere med bred erfaring innen psykiatrisk behandling og rehabilitering – kanskje vel så mye som sikkerhetskompetanse.

Samtidig vil rehabilitering av disse dømte ut til samfunnet være ekstra utfordrende med den bakgrunnen de har (årsak til dom) og det samfunnsvernet som skal ivaretas videre. Denne kompetansen i mengde alvorlig psykiatri og i avansert rehabilitering vil kunne finnes på ulike nivåer. Sikkerhetsavdelinger har sin spisskompetanse på nettopp sikkerhet, men vil nødvendigvis ha mindre erfaring med langvarig oppfølging av mange psykisk syke så vel som rehabilitering av mange pasienter ut i samfunnet. Det må derfor forventes at også av hensyn til best mulig videre rehabilitering både for pasienten og samfunnet må man individuelt lete etter den enheten / det nivået som til enhver tid passer best for pasienten. Det må klart være et samarbeid mellom de ulike nivåer i psykisk helsevern i spesialisthelsetjeneste og ut i kommune avhengig av hvor den dømte pasienten til enhver tid befinner seg.

Erfaringsmessig krever dømte (med kompliserte sykdomsbilder, rusproblemer, lite sosialt nettverk og kriminell belastning) betydelig ekstra ressurser i behandlings- og rehabiliteringsarbeidet både i sykehus, DPS og kommune i tillegg til det de har fått i sikkerhetsavdelinger. Økonomisk og praktisk utfordrer det også bl.a. NAV. Dette utfordrer både økonomi og administrative systemer og myndighet / ansvar.

Om de dømte skal totalrehabiliteres og komme ut i samfunnet og dom skal kunne komme til opphør må de testes via dette systemet på stadig lavere omsorgsnivå. Det vil være totalt urealistisk å tenke at noen skal sitte på en sikkerhetsavdeling til man der under svært strenge rammer vet om de er «sikre til å slippes ut».

Flere kan nå komme til å idømmes tvungent psykisk helsevern. Med dette følger også naturlig at flere skal rehabiliteres tilbake til samfunnet via sikkerhetsavdelinger, sykehusavdelinger, DPS og ut i kommunale boliger eller institusjoner. Dette vil kreve økte ressurser i kommunen. De dømte har ofte et komplisert sykdomsbilde preget av sammensatte tilstander innenfor psykiatri og i mange tilfeller også rus. I tillegg har de fleste et sparsomt nettverk, ingen strukturerte aktiviteter, dårlig og uoversiktlig økonomi og vansker med bolig.

Bolig er viktig for de fleste, så også for de dømte. Boligene som i de aller fleste tilfeller er kommunale, vil spille en viktig rolle i rehabiliteringen tilbake til samfunnet. Et sentralt aspekt er bemanningen i boligen. Slik det er nå er det ofte ufaglærte som er alene på jobb i boligbasen, dette spesielt på kveldstid og i helger. Det er også ambulerende nattevakt som betjener flere boliger. Det vil være behov for økt bemanning og økte krav til kvalifikasjoner hos de ansatte slik at beboerne blir ivaretatt på en adekvat måte og det må være tilstrekkelig kontakt med beboerne slik at man kan

evaluerere framdrift. Dette krever også tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I de fleste tilfeller er det da DPS og ulike ambulerende team som er de som følger opp ute i boligene. Dette kan være veiledning av personalet i boligen, vurderinger av domfelte, medisinvurderinger, etc. Ved forverring kan sykehuset bistå ved å ta i mot personene til innleggelse for å hindre at forverringen utvikler seg videre. Sykehuset kan i utgangspunktet ikke være den daglig oppfølgende instans. Det er sjelden snakk om akutt forverring, men mer gradvis og langsiktig forverring. Det er derfor viktig med kvalifisert personell i boligen, samt at det også er tydelig hvem i spesialisthelsetjenesten som skal kontaktes ved spørsmål eller usikkerhet. Det bør være et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Å ha meningsfull aktivitet i form av jobbrelaterte tilbud, fritidsrelaterte tilbud, etc er viktig i en rehabiliteringsprosess. Dette er ofte i kommunal regi eller i regi av NAV. Dette bidrar til følelse av tilhørighet. I enkelte tilfeller kan den domfelte følge aktivitet i regi av DPS. De kommunale tilbudene vil variere fra kommune til kommune.

NAV kan bidra både i forhold til arbeidsrettet utprøving som ledd i tilbakeføringen i samfunnet og kommunen. I tillegg bør NAV inn i forhold til økonomisk bistand og ytelser personen har behov for. Økonomi er viktig å få på plass. Det bør etableres kontaktperson i NAV. Eksempelvis kan støttekontakt være aktuelt i forbindelse med aktivisering. Rollen til NAV bør avklares i hvert tilfelle.

2.3.2 Økonomiske betraktninger rundt bl.a. omsorgsnivå

Betraktninger vedrørende punktene som vedrører oppholdssted og omsorgsnivå for domfelte med dom til Tvunget psykisk helsevern relateres tett til økonomiske betraktninger, samt til spørsmålet om hvorvidt man ønsker en utvikling i retning nasjonal sentralisering av domfelte, eller en tendens til styrking av mer regionale og lokale gjennomføringer av særreaksjonen.

Et punkt NOU` en synes å vie relativt lite oppmerksomhet, er *omsorgsnivået* oppfølgingen skjer ved - og dette relatert til kostnadene - den daglige administreringen og oppfølgingen av vernet utgjør. Også posten «22.1.7.12 Kostnader» holdes relativt kortfattet.

Ser man først på hvordan antall domfelte (med rettskraftig dom) per desember 2013 er fordelt *med* eller *uten* døgnopphold, går det frem at allerede i 2013 var om lag en tredjedel *uten* døgnopphold. Personer med dom til TPH som ikke har døgnopphold finnes i alle omsorgsnivåene, fra RSA (1 pasient), men med hovedvekt finner man disse ved lokale sikkerhetsavdelinger / sykehus (11 pasienter), eller ved DPS Poliklinikk (28 pasienter). Det hitsettes fra NOU` ens tabell 22.9, S.321:

Tabell 22.9

Behandlingsnivå for personer under gjennomføring av en dom til tvunget psykisk helsevern per 31.12.13:

Behandlingsnivå for personer under gjennomføring av en dom til tvunget psykisk helsevern per 31.12.13

n= 141

<i>Behandlingsnivå</i>	<i>Med døgnbehandling Uten døgnbehandling</i>	
<i>Regional sikkerhetsavdeling</i>	<i>11</i>	<i>1</i>
<i>Lokal sikkerhetsavdeling</i>	<i>62</i>	<i>11</i>
<i>Allmennpsykiatrisk avdeling</i>	<i>14</i>	<i>2</i>
<i>DPS, døgn</i>	<i>4</i>	<i>0</i>
<i>DPS, poliklinikk</i>	<i>0</i>	<i>28</i>
<i>Privat institusjon</i>	<i>5</i>	<i>2</i>
<i>Annet</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
<i>Totalt</i>	<i>97</i>	<i>44</i>

Den relativt lave andelen av domfelte pasienter som har funnet veien ut til private institusjoner / annet (2 pasienter), kan muligvis sees i sammenheng med at ordningen ikke har eksistert lenge nok til at man ser praktiske eksempler på tilbakeføring til samfunnet, og ut av helsetjenestene. Et spørsmål er om dette er en utvikling som vil måtte komme, når ordningen får modnes, og man ser flere domfelte enten få omgjort sine dommer, eller på annen måte tilbakeføres samfunnet. Med dette som premiss, kan man anta at andelen av domfelte uten behov for døgnopphold vil øke i årene som kommer. Kan man så anta at populasjonen av domfelte uten døgnopphold i hovedsak vil øke i de lavere omsorgsnivåene? (forutsatt regelen om behandling på lavest mulig omsorgsnivå i spesialisthelsetjenesten).

Om man antar en slik utvikling, vil behovet for oppfølging av mennesker med dom til TPH øke, spesielt ut fra institusjoner som tilrettelegger for, og samarbeider med den delen av det norske samfunnet som den domfelte tenkes rehabilitert tilbake til. I denne sammenhengen blir det vesentlig å påpeke at en nasjonal sentralisering av behandlingstilbudene for denne gruppen domfelte, står kontrært i forhold til utviklingen man mener vil komme, med behov for økte ressurser i den landsdelen pasienten hører hjemme. Her vises til NOU`ens side 305:

«Det er enkelte andre grunnleggende prinsipper som dagens regulering av særreaksjonene også bygger på. For det første skal særreaksjoner overfor utilregnelige lovbrutere ikke ha et straffelignende preg. Utilregnelige lovbrutere skal derfor ikke anbringes i anstalter som hører under kriminalomsorgen.¹³ Ansvar er isteden lagt til det psykiske helsevernet. Langt på vei kan reaksjonen forstås som et supplement til det samfunnsvernet som sikres ved administrativ tvang innenfor dette helsevernet, se 22.3.3.

For det andre innebærer dom på tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39 at det psykiske helsevernet pålegges å ta imot den utilregnelige lovbruteren. Han dømmes til behandling. Påtalemyndigheten og domstolene er kun involvert når det gjelder spørsmål om etablering, opphør og forlengelse av særreaksjonen. Retten har ikke myndighet til å fastsette oppholdssted når reaksjonen idømmes. Kriminalomsorgen er også uten ansvar for den domfelte, jf. dog 22.1.5.3 om et unntak fra dette.

Et tredje vesentlig poeng med dagens ordning er at helsevernet skal ha stor grad av frihet til fastsette reaksjonens nærmere innhold.¹⁴ De nærmere reguleringene er også gitt i psykisk helsevernloven, jf. kapittel 5 om «dom på overføring til tvungent psykisk helsevern». Det er dermed prinsippene som ligger til grunn for helselovgivningen som styrer innholdet i særreaksjonen. Blant annet ved å vurdere løpende når den inn-lagte kan tilbakeføres til et liv uten restriksjoner, er det psykiske helsevern også gitt et særlig ansvar for å ivareta samfunnsvernet.»

Den understrekede delen av NOU`ens tekst betoner de vurderinger av hvordan, hvor og under hvilket omsorgsnivå den domfelte holdes. Følger man premisset om at «lavest mulig omsorgsnivå» bør benyttes, samt det sannsynlige premisset om at «de lavere omsorgsnivåene» følgelig i økt grad vil bli utfordret i årene som kommer, blir det raskt interessant å sammenlikne de årlige kostnadene rundt oppfølgingen av vernet, når dette skjer innenfor «2. eller 3. linja» innenfor psykisk helsevern.

I NOU`en beskrives i punkt 22.1.7.12, (S. 319; «Kostnader») en døgnpris hos helseforetak som strekker seg fra 18.500,- (Dikemark / Brøset), og ned til 1500,- (DPS`er) (Oppdaterte tall fra RSA Brøset, fra februar 2015, spesifiserer 19.000,-)

Det blir da interessant å sammenlikne kostnadsnivå for kommunale institusjoner med henholdsvis 1:1, og 2:1-oppfølging (dvs 2 ansatte for en bruker/ pasient / domfelt). Det bør her påpekes at disse institusjonene ikke nødvendigvis avviker vesentlig fra helseinstitusjonene med hensyn til omsorgsnivå, men snarere i forhold til tilbudet av helserelaterte tjenester. Sånn sett burde man kunne diskutere om ikke samfunnsvernet, NOU`ens viktigste mandat, i flere tilfeller ville være like godt ivaretatt utenfor spesialisthelsetjenesten, gitt at den domfelte ikke ut fra sikkerhets- og

helsevurderinger vurderes å være i behov for *døgnopphold* i en helseinstitusjon. Etter å ha konferert med enhetsleder for slike sammenliknbare institusjoner i Midt-Norge, finner man følgende kostnader forbundet med omsorg for personer med tett oppfølging ihht Kapittel 9 i Helse og Omsorgslovgivingen. Opplysningene stammer fra Enhetsleder med ansvar for økonomi i flere kommunalt drevne institusjoner i Sør-Trøndelag. I dette fylket er kostnadsrammen slik:

Personer med 2:1-oppfølging (dvs 2 personale per bruker, 24/7) I ca. 6 000 000, pr. år. Døgnpris: 16.438 kr.-

Personer med 1:1-oppfølging: noe over 3 000 000, pr år. Døgnpris på 8.219 kr.

Eksemplene illustrerer at døgnkontinuerlig oppfølging *uten døgnkontinuerlige helsetjenester* er betydelig mindre kostnadskrevende, enn en situasjon med tilsvarende omsorgsnivå *med* umiddelbar tilstedeværelse av helsepersonell. Døgnprisene nevnt over, sammenliknet med kostnadene forespeilet i NOU` en i forhold til døgnpris ved blant annet regionale sikkerhelstavdelinger eller DPS, burde på en god måte illustrere det konkluderende resonnementet vi ønsker å få frem:

Dersom faglig ansvarlig for domfelte med dom til TPH på et tidspunkt vurderer at den domfeltes situasjoner slik, at samfunnsvernet varetas på en god måte *uten at den domfelte er omgitt av helsepersonell på døgnbasis*, vil dette kunne redusere utgiftene (døgnpris) og fasilitere tilbakeføring til samfunnet. Ved langtidseksjonen ved St. Olavs Hospital, Avd. Østmarka har man allerede sett flere situasjoner med dømte med en psykisk helsesituasjon som etter adekvat medisiner og annen behandling tilsier at samfunnsvernet har vært tilstrekkelig ivaretatt, også uten at den domfelte /pasienten vurderes av helsepersonell daglig. Tall fra Koordineringsenheten tilsier en sakte økning i mennesker som dømmes til TPH i Norge. Med et økende antall domfelte som har vært under ordningen i flere år, er det sannsynlig at både omsorgsnivået og den umiddelbare tilstedeværelsen av helsepersonell kan reduseres noe for disse menneskene, uten at dette vil gå ut over samfunnsvernet. En slik utvikling synes imidlertid lite forenelig med økt grad av nasjonal sentralisering av behandling av domfelte, og burde inngå som et argument for styrking av tilbudene ved egnede institusjoner ved alle helseforetak i landet.

Ovenfor nevnte forhold opplever vi er for tynt belyst i NOU` en. I kapittel 25 omtales noen administrative og økonomiske konsekvenser av lovendringen. Det konkluderes her tydelig med at endringene (noe endret praksis, flere dømte, evt lengre dom til døgninnleggelse med 3 år versus nå 3 uker) forventes kanskje å spare samfunnet totalt for utgifter men at utgiftene i psykisk helsevern klart vil øke. I betraktningene her omtales kun sikkerhetsavdelinger og spesielt OUS.

Forslag

Vi anbefaler at man ser bredere på hvilket behandlings- og rehabiliteringstilbud mennesker med disse problemstillingene behøver og ikke bare fokuserer på de nødvendige, men ikke tilstrekkelige tiltakene sikkerhetsavdelinger innebærer. Utfordringene her vil være store i årene fremover med stadig nye dømte med kompliserte sykdomsbilder. Vi anbefaler at man avklarer og deretter nedfeller i lov eller forskrift relevante instruksjonsmyndigheter for spesialisthelsetjeneste og kommune i forhold til at disse i realiteten vil behøve tettere oppfølging enn andre pasienter, også for å ivareta det forebyggende perspektivet. NAV sin rolle må også avklares.

Vi anbefaler at man i økonomiske betraktninger ikke utelukkende har fokus på sikkerhetsavdelinger, men i like stor grad legger vekt på resten av helsetilbudet (sikkerhetsavdeling, sykehus, DPS og kommuner). Om dette skal ivaretas med økte rammer til alle enheter, eller om man skal ha en ordning som ligner mer på den for dømte til tvungen omsorg hvor midlene følger pasienten har ikke vi tatt stilling til. Vi anbefaler at dette utredes.

3 Sakkyndighet

3.2 Om kvalitet på det sakkyndige arbeidet og plassering av rettspsykiatri etc

Debatten om oppnevning, uavhengighet og kompetanse hos sakkyndige er åpenbart meget viktig. Vi vil her spille inn noen ideer.

Vedr kvalitet på det sakkyndige arbeidet fremgår det klart av kritikken i media de siste årene – særlig etter 22.juli-saken, Rosenqvist i Tidsskrift for den norske legeforening 04/2015, utredningens kapittel 12 – 16 mm at den store utfordringen er å observere tilstedeværelse eller fravær av relevante kliniske sykdomstrekk, psykiatrisk tilstand, sammenfatte dette til riktige diagnoser og så å presentere dette medisinske arbeidet for retten på en pedagogisk god måte. Så er det retten som skal vurdere hvordan dette har betydning for lovverket. Utfordringen synes ikke å være mangel på sakkyndiges juridiske kompetanse – den skal de sakkyndige i liten grad behøve. Malt omtalte dette i en kronikk i Aftenposten i oktober 2014 og diskuterte at et rettspsykiatrisk institutt i tilknytning til et stort akademisk sykehusmiljø bør opprettes for å avhjelpe dette.

Forskning på rettspsykiatri er helt klart viktig – men det store problemet nå er nettopp de forhold psykiatri (både klinisk og akademisk) hele tiden jobber med. Det mest rasjonelle kan da være å legge mer av dette arbeidet til kliniske miljøene som allerede uansett eksisterer. B- og C-kursene har helt klart en funksjon, men det er ikke primært på denne kompetansen kritikken og bekymringen har vært. Fokus på ren rettspsykiatri kan derfor være et alvorlig feilspor hvis det vi virkelig vil er at rettens grunnlag for å dømme riktig blir best mulig. En avmystifisering av rettspsykiatri og mer åpning mot og samarbeid med allerede eksisterende akademisk, kliniske miljøer i et lite land som Norge med de verdier og det samfunnssystemet vi har, kan kanskje være riktig utnytting av ressursene og t.o.m. åpne for mer kompetanse i rettspsykiatri.

Akademisk tilknytning er viktig: både for å drive forskning på rettspsykiatriske / rettspsykologiske forhold her i landet og for å holde kontakt med og opprettholde kompetanse på det som skjer på området i resten av verden. Vi mener imidlertid at akademisk kompetanse på sykdommenes årsaker, utforming, behandling, prognose mm ut fra forholdene omtalt i avsnittet over er vel så viktig. Det er derfor viktig å være tilknyttet allmenne psykiatriske kliniske miljøer og forskningsmiljøer. Her vil vi påpeke at psykiatri er kanskje det medisinske faget som er i raskest utvikling med ny kunnskap innen bl.a. nevromedisin. Dette er en utvikling som ikke dekkes av rene rettspsykologiske / rettspsykiatriske miljøer men der man bør dra veksler på den solide kompetanse som sitter i generell klinikk og forskning. Trolig vil også den tradisjonelle rettspsykiatrien *visse versa* tilføre generell psykiatri og nevromedisin viktig kunnskap – som kan komme alle pasienter til gode i fremtiden.

Endelig vil vi påpeke at nettopp akademisk skolering i kritisk tenkning, åpning for nye innfallsvinkler, se nye sammenhenger, kjennskap til hvordan hypoteser dannes og konklusjoner trekkes, søk og tolkning av litteratur mm bør være av betydelig interesse i sakkyndigarbeidet og heve kvaliteten på dette – uavhengig av om det er rettspsykologi / rettspsykiatri eller ander forhold man har bakgrunn fra.

Forslag

Når det gjelder sakkyndighet, anbefaler vi at det arbeides videre med å "avmystifisere" rettspsykiatri og at psykologisk/ medisinsk faglighet vektlegges mer. Skillene mellom psykiatri utøvd for retten og klinisk psykiatri bør tones ned, da det er samme faglige tyngde som behøves og som nå er det svakeste leddet i dette arbeidet.

Vi vil presisere betydningen av tilknytning til tunge kliniske og akademiske miljøer. Det er viktig å ha kunnskap om hvordan sykdommer fremstår og håndteres og om hvordan helsevesenet fungerer på ulike nivå. Akademiske tilnærminger til rettspsykiatri, generell psykiatri, psykologi og nevromedisin spesielt, og akademi generelt er av stor betydning.

3.3 Rekruttering av sakkyndige

Det refereres ofte til at det kan være vanskelig å rekruttere sakkyndige. Samtidig går det fram av utredningen at mange sier de har meldt seg som sakkyndige, men får ingen eller for få

henvendelser om saker. Det rettspsykiatriske miljøet kan trolig av mange oppfattes som lukket. Dette er helt klart noe man kan se på, og det prøves nå ut en ordning som kan bedre dette med midlertidig rettspsykiatrisk enhet (MRE) for Midt- og Nord-Norge.

Det er ikke nok å legge vekt på at fagfolk er villig til å påta seg oppgaver som sakkyndige og at de har nødvendig juridisk kompetanse med B- og C-kurs. Som vi allerede har pekt på, må også den psykiatriske og psykologiske kompetansen som sakkyndige vurderes nøye. For å rekruttere et tilstrekkelig antall kompetente sakkyndige, kan det være nødvendig å arbeide med å øke statusen på sakkyndigarbeid i fagmiljøet. Solide klinikere og akademikere vil kunne tenke at man ikke vil risikere sin faglige anerkjennelse og profil med slikt arbeid, jfr omtalen dette har hatt i media (og kanskje i en del fagmiljøer / kollegier) de siste årene. Her vil både samarbeid med de tunge seriøse fagmiljøene på allmenpsykiatri så vel som akademiske miljøer og en plan for utvikling av sakkyndigarbeid være nyttig og nødvendig for å heve statusen slik at kvaliteten kan heves. Vi går ikke inn på debatten om hvor vidt det rettspsykiatriske sakkyndigarbeidet stadig skal være privatdrevet, men foreslå at samarbeid mellom rettspsykiatri og helse-psykiatri styrkes. Det kan være nødvendig for å heve kvaliteten på arbeidet. Om man også skal innlemme sakkyndig arbeidet i institusjoner og det offentlige helsevesen og akademi vil de samme prinsippene gjelde.

Forslag

For å heve kvaliteten på sakkyndigarbeid og sikre større åpenhet og uavhengighet, bør en se på hvordan sakkyndige rekrutteres og dessuten arbeidet med å høyne statusen til denne type arbeid. Kvalitetsheving og økt kontakt med generell klinikk og akademi (jfr avsnitt 3.2) er trolig viktig her.

4. Forebygging

Utredningen omhandler håndtering av personer etter at en kriminell handling har funnet sted. I et medisinskfaglig så vel som samfunnsmessig perspektiv må det imidlertid også være viktig å forebygge nye kriminelle handlinger – også hos personer som ennå ikke har begått slike. De som begår kriminelle handlinger og faller inn under straffelovens bestemmelser rundt utilregnelighet må forventes på forhånd å ha vært psykisk syke og da enten i allmenpsykiatrisk behandling eller i kommunal oppfølging eller rusbehandler og evt uoppdaget. Det er en svært liten prosentandel av mennesker med psykiske lidelser som kunne falle inn under utilregnelighet som faktisk begår alvorlige forbrytelser. Samtidig tenker man i flere tilfeller at dersom man hadde satt inn riktige tiltak (f eks medisiner og tett oppfølging) på forhånd ville folk som har gjort forbrytelser ikke blitt så preget av sin psykose, tankeforstyrrelser og forstyrret virkelighetsoppfatning og forbrytelsene kunne vært unngått. Det er av stor interesse å identifisere disse personene på forhånd om mulig. Her må styrking av ressurser og faglighet i allmenn psykiatri vektlegges – men det må også sees på vekselvirkninger mellom psykiatri som drives som helsetilbud for folk og forskning og klinisk virksomhet som drives på rettspsykiatri / rettspsykologi. Disse miljøene bør ikke være for adskilte. Også dette er et argument for bedre samvirke mellom den psykiatrien (klinisk og akademisk) som drives innen strafferett og innen helse. Vi kunne tenke at utredningen evt fokuserte litt mer også på dette forebyggende aspektet – før det oppstår spektakulære kriminelle handlinger.

Forslag

I arbeidet med å bedre rettspsykiatrien bør generelt psykiatrisk arbeid som forebygging vies større oppmerksomhet.

Uttalelsen er utarbeidet av psykiatrisk sykepleier Heidi Welo, psykologspesialist, Jan Erik Grinde, psykologspesialist Didrik Meyer Drageset og Solveig Klæbo Reitan, psykiater, Dr med og godkjent av Avdelingssjef Pål Sandvik.