

Justis- og beredskapsdepartementet  
Postboks 8005 Dep  
0030 OSLO

Deres ref:

Vår ref:  
2014/22270 -  
28749/2015

Saksbehandler:  
Geir Lien 55974416

Dato:  
26.03.2015

## Høring - Tilregnelighetsutvalgets utredning NOU 2014 - 10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern

### Sammendrag

Utvalget har kommet med en omfattende utredning som dekker mange områder. Høringssvaret er derfor begrenset til noen områder vi ser på som særlig relevant for psykisk helsevern.

De viktigste punktene er:

- Begrunnelsen for å holde fast på det medisinske prinsipp er omfattende, men har også klare svakheter. Noe som også vises ved at lovforslaget best kan beskrives som en kombinasjon av et medisinsk og et blandet prinsipp.
- Det legges hovedsakelig til grunn en tradisjonell forståelse av psykose, som ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til nyere kunnskap om forståelse av psykose.
- Forslaget om likestilte tilstander er et fremskritt, men har også noen problematiske sider.
- Spørsmålet om rusutløst psykose må utredes grundigere.
- Det bør i større grad vektlegges at mange personer med psykoselidelser har en mer varig manglende innsikt og svikt mht. behandlingsmotivasjon når det gjelder spørsmålet om selvforskyldt utilregnelighet.
- Forslagene om sakkyndighet støttes, men med noe tvil om at skillet i ansvarsrollene får særlig betydning i praksis.
- Det er behov for en bredere utredning når det gjelder konsekvensene av utvidelsen av særreaksjonsordningen.

## Til kapittel 8 Utilregnelighetsregel

### *Valg av prinsipp*

Utvalget har valgt det medisinske prinsipp. Hovedbegrunnelsene ser ut til å være at det medisinske prinsipp er mest treffsikkert, er enklere å praktisere, bedre sikrer forutberegnelighet, begrenser de sakkyndiges innflytelse mer og er mindre utfordrende bevismessig.

Hva som legges i treffsikkert er ikke helt klart. Menes det at det medisinske prinsipp er mest nøyaktig (valid) eller mest presist (reliabelt) eller begge deler? Mye av argumentasjonen ser ut til å være knyttet til det første.

Den tunge vektleggingen på diagnosene i forhold til det medisinske prinsipp blir fort problematisk her. Det er i forskningslitteraturen reist betydelig tvil til om diagnosene i ICD-10 er valide, noe som i seg selv også rammer begrunnelsen utvalget bruker for det medisinske prinsipp. Flere innspill om forståelsen av psykose følger under.

Om en anvendelse av en mer kategorisk forståelse av psykiske lidelser er mest nøyaktig er det ikke uten videre lett å konkludere med på bakgrunn i utredningen. Dette fordi det i forholdsvis liten grad er nærmere drøftet hva som gjør at en person med psykose mangler skyldene.

Det er mulig at en regel basert på det medisinske prinsipp er enklere å praktisere og vil sikre forutberegnelighet. Det kan imidlertid ikke uten videre legges til grunn at rettsanvendere (politijurister, fagdommere og legdommere), som for en stor del vil møte på disse vurderingene sjeldent, vil kunne vurdere et så diagnosetungt juridisk begrep presist. Dette vil i så fall kunne ha mye å si for treffsikkerheten.

Det å begrense de sakkyndiges innflytelse fremstår som særlig viktig i utredningen og det å bygge på det medisinske prinsipp legges til grunn å understøtte dette. Det foreslås å skille vurderingstemaene for de sakkyndige og rettsanvenderne. En ender likevel opp med vurderingstema begge steder som i hovedsak bygger på symptomer og styrken i disse. Hva forskjellen da egentlig består i er ikke helt klart.

Etter å ha valgt det medisinske prinsipp som utgangspunkt for regelen om utilregnelighet hovedsakelig begrunnet i treffsikkerhet går utvalget videre med en rekke modifikasjoner. For det første opprettholdes naturlig nok kravet om symptomtyngde fra gjeldende rett. Deretter legges det til grunn at psykoser ikke dekker gruppen utilregnelige godt nok (altså ikke er så treffsikkert likevel) og foreslår at også likestilte tilstander skal kunne omfattes av utilregnelighetsregelen. Begrunnelsen og utformingen av den siste må sies i liten grad bygd på et medisinsk (diagnostisk) prinsipp, og ligner mer på regler utformet med et blandet prinsipp.

Den nye regelen kan således sies å være en videreføring av det medisinske prinsippet, men med et betydelig tillegg av en regel bygd på et blandet prinsipp. Hvordan den forholdsvis lange begrunnelsen for å beholde det medisinske prinsippet da står seg er ikke lett å se.

### *Innspill i forhold til avgrensning og forståelse av psykose og tilregnelighet*

Utredningen følger opp tidligere tradisjoner med fokus på psykose. Sett i ly av kunne det ha vært en fordel med en større grad av psykosekompetanse inn i utvalgets arbeid for å kvalitetssikre forståelsen av begrepet og bedre spisse kravet til psykosegrad.

En av begrunnelsene i utredningen for det medisinske prinsipp er vanskene med det psykologiske prinsipp. I praksis vil linjene mellom disse prinsippene være mer uklare. Utredningen legger opp til en oppmyking; "modifisert medisinsk prinsipp" ved at retten i større grad skal ta stilling til forholdet mellom tilstand og handling. Men i tillegg kan en stille spørsmål ved om ikke det også er en oppmykning av det medisinske prinsipp ved at krav til tilstandsalvorlighet fordrer en mer psykologisk orientert vinkling i de sakkyndiges undersøkelse av den tiltalte for få fram alvorlighetsgrad av psykose utover kun en diagnose.

Psykosen skal ha vært så sterk og framtreddende at den tiltalte må fritas for ansvar, og en psykosed diagnose er ikke nok. En slik tenkning er i tråd med et økende fokus internasjonalt både innen klinikk og forskning der en i mye større grad er opptatt av psykose som tilstand enn diagnose. Psykologisk orientert, basalbiologisk og genetisk forskning antyder at der er mindre avgrensede diagnosegrupper innen psykiske lidelser enn tidligere antatt, at det ofte dreier seg om et kontinuum fra normal tenkning til psykotisk realitetsbrist; og at det å sette en psykosegrense dermed både er mer komplisert og i mindre grad sam-varierer med tradisjonelle diagnoser. Videre er en i dag mer optimistisk ift prognose/behandlingsutsikter for mennesker med psykosed diagnoser, selv mennesker med den mest alvorlige psykoselidelsen schizofreni vil oftest kunne respondere godt på behandling og bli psykosefrie etter noen måneder. Der vil kunne være rest-symptomer, men ofte da knyttet mer til tilbaketrekningssymptomer, kognitiv svikt, sekundære depresjoner mm. Mao; det er ikke et 1:1 forhold mellom diagnose og psykosestilstand; og utvalgets økte fokus på psykosegrad er i utgangspunktet en hensiktsmessig retning, og intensjonene er gode.

Men i gjeldende tekstutkast er ikke denne tenkningen konsistent framstilt, psykose som tilstand og psykose som diagnose blir blandet og diagnosen blir trukket fram som det sentrale flere steder i teksten. Mengden tekst om diagnose reflekterer også en særlig opptatthet av dette, på tvers av krav til psykosegrad.

Videre så er begrepet medisinsk et vanskelig, omdiskutert og uklart begrep også innen psykisk helsevern. I denne utredningen blir dette også ytterligere forsterket ved at man blander dette begrepet med det medisinske prinsipp versus det psykologiske prinsipp. Utvalget bruker ordet medisinsk svært hyppig, og det er uklart hva dette gjenspeiler. Tilsvarende brukes også begrepet medisinsk-diagnostisk, og dette er svært uheldig; antyder igjen at det er diagnosen som er det sentrale (se for eksempel side 24, andre kolonne, linje 10; «..på samme måte som for psykosene, vil det være de sakkyndiges oppgave å beskrive tilstanden medisinsk og konkludere i medisinsk-diagnostiske termer".) Vurdering av grad av psykose er ikke diagnosesetting. Det kan også nevnes at en i dag bruker begrepet «psykisk helsevern», ikke «psykiatrien» (se for eksempel nederst side 97).

Beskrivelsen av psykose og psykoselidelsene er helt akseptabel til gjeldende formål og mye er hentet fra helsedirektoratets psykoseretningslinje og ICD-10, merk dog at katatoni vanligvis ikke karakteriserer som et positivt symptom. Diskusjonen om partiell psykose er litt pussig, da dette ikke er et relevant begrep innen psykisk helsevern, og av den grunn ikke beskrevet i litteraturen. Dette trenger ikke å bety at ikke begrepet er valid. Situasjonen er nok mer omvendt enn antydnet i utredningen; det er implisitt at mennesker med psykose alltid kun har psykotiske forestillinger om en begrenset del av sin virkelighet, og ellers forholder seg realistisk til det mest av sanseinntrykk, tenkning og informasjonsinnhenting fra omgivelsene. Psykosens natur er at realitetsbristen er knyttet til innholdet i vrangforestillingene eller fortolkningen av alternative sanseopplevelser.

Utvalget skriver konkret og bra at utilregnelighetsbegrepet ikke bare kan knyttes til det medisinske psykosebegrepet relatert til diagnoser; og skriver videre følgende «Det er et behov for å presisere begrepet ytterligere for å unngå at regelen favner for vidt i en strafferettslig sammenheng.» - og anbefaler en rettslig presisering av begrepet. Dette er svært viktig, og kan nesten ikke poengteres sterkt nok for å øke kvaliteten både på de vurderingene de sakkyndige bør gjøre i forkant av rådgivning til retten og for å skape en større konsensus rundt forståelsen av begrepet innen rettssystemet.

Det refereres til av utvalget følgende formulering; «sviktende funksjonsevne, forstyrret tenkning og for øvrig manglende evne til å forstå sitt forhold til omverden» – og det problematiseres ganske riktig at dette kan være en for bred beskrivelse, og at dette forutsetter at psykose allerede er godt definert. Sviktende funksjonsevne og forstyrret tenkning vil det ofte være i ikke-psykotiske faser, og dette anses som vage, skjønsmessige og dårlig definerte kategorier. Manglende evne til å forstå sitt forhold til omverden kan derimot fortolkes ift. det en i klinikken vil tenke på som kjernen ved psykose; tenkning og fortolkning som innebærer et realitetsbrudd.

Internasjonalt er det i dag gjort forsøk på å lage kriterier eller cut-off for å definere en psykosegrense, når er en person psykotisk? Mer vellykkete eksempler på dette er for eksempel å bruke cut-off fra 4 og oppover på symptominventoret PANSS ift de mest klare psykosesymptomene. For at vurderingene av psykosegrad skal være valide bør en bevege seg mer mot slike mer objektive vurderinger; og fokus bør være på fortolkning av omverden, tenkning og egne alternative sanseopplevelser som ikke er realistisk, og som derfor gir implikasjoner for adferd, følelser og funksjonsnivå.

Men samtidig bør det være tatt med i betraktning at dette er kunstige skiller, psykosesymptomer beveger seg over et kontinuum. Noen mennesker har døguvariasjoner i forhold til grad av psykose, andre har en realitetsbrist i sin fortolkning for eksempel av hørselshallusinasjoner, men minimalt med funksjonssvikt, mens andre igjen kan ha en stor funksjonssvikt uten å fullt ut tro på stemmene (ikke realitetsbrist).

### *Likestilte tilstander*

Det er i utredningen også foreslått at flere andre psykiske tilstander enn psykose skal omfattes av reglene om utilregnelighet. Forslaget om innta likestilte tilstander i bestemmelsen støttes.

Det er likevel verd å bemerke at for noen grupper er en økning i diagnoseringer. Bl.a. gjelder det for gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. For autismspekterforstyrrelser viser en undersøkelse fra Sør-Trøndelag en dobling av antall diagnoser fra 2005 til 2008 (Weidle B, Tidsskriftet Nor Legeforening 2011). Dette kan således få betydning på omfanget av tilfeller der det stilles tvil om tilregnelighet dersom forslaget følges opp.

#### *Utvalgets forslag til utilregnelighetsregel*

Den foreslåtte regelen er en forbedring fra gjeldene bestemmelse, da den presiserer gjeldene rett og utvider i forhold til likestilt tilstander.

Begrunnelsen for å holde fast på det medisinske prinsipp er ikke overbevisende. En regel hvor en bytter ut «psykotisk» med psykiske lidelser og knytter vilkårene nærmere til funksjonsnivå og således ville trolig være mer i tråd dagens kunnskap om psykiske lidelser og være minst like treffsikker (nøyaktig/valid) som den foreslåtte regelen.

### **Til kapittel 9 Selvforskyldt utilregnelighet**

#### *Rusutløste psykoser*

Når det gjelder rusutløste psykoser bør dette, sett i lys av dagens kunnskaper, utredes grundigere.

Det er en klar økning av pasienter med rusutløste psykoser. Dette forklares best med et større antall rusbrukere og også tilgang på sterkere og mer psykoaktive stoffer. Det innebærer store kliniske utfordringer å klare å skille mellom disse tilstandene i forhold til langsgående primære psykoser og protrauerte rusutløste psykoser. Vurderinger om der foreligger en schizofreniform rusutløst psykose eller en schizofren lidelse som forverres ved rus er svært vanskelig. Ofte vil kun forløpet av disse tilstandene kunne gi eksakte diagnostiske vurderinger. Det er også ved studier av f.eks. amfetamininduserte psykoser vist at svært mange har vedvarende restsymptomer. Det ser også ut til et høyere antall pasienter nå utvikler kroniske psykotiske lidelser pga. omfattende rusbruk. Flere studier viser jo også at der er glidende overganger mellom disse og understreker også behovet for oppfølgende diagnostikk over tid. Grensen for hva som kan antas å være selvforskyldt og hva som er mer knytt til en biologisk sårbarhet er kompliserte vurderinger. Forutsetningene om at rusutløste psykoser er definert ved at de varer mindre enn 1 måned etter rusen opphører er derfor ikke nødvendigvis åpenbart.

#### *Seponering av medisiner*

Drøftingen rundt i hvor stor grad pasienter er å bebreide seponering er litt kortfattet. Det er verdt å bemerke her at svært mange pasienter har kroniske psykoser med residualsymptomer der manglende innsikt og behandlingsmotivasjon ikke endres selv etter årelang og antatt optimal behandling. Tilstanden med manglende innsikt er også av noen ment å være en del av schizofrenisyndromet (Anosognosi) som en også kan finne ved hjerneorganiske tilstander som

hjerneslag m.m. Det kommer også til uttrykk en anti-medikasjon holdning hos noen brukerorganisasjoner, som også kan oppleves som et press for å kutte medisiner. En generell vurdering av at psykosepasienter som seponerer medisin er å bebreide er derfor vanskelig å støtte.

Det argumenteres med at en slik regel kan redusere behovet for tvang etter psykisk helsevernloven. Dette fremstår som i overkant optimistisk.

#### **Til Del III Sakkyndighet**

I all hovedsak støttes vurderingene og forlagene i dette kapittelet. Når det gjelder avgrensingen av rollen så er det en fornuftig presisering at de sakkyndige ikke skal konkludere om tilregnelighet. At de sakkyndiges innflytelse skal bli så mye mindre med lovforslaget fremstår mest som en teoretisk øvelse, som nok vil bli vanskelig å få til i praksis. Rettens vurdering vil fortsatt i all hovedsak måtte bygge på de sakkyndiges vurdering av diagnose og symptomtyngde. Et tydeligere skille kunne kanskje vært oppnådd dersom regelen var tydeligere forankret i hva som skal til for å ikke ha skyldansvar, heller enn en medisinsk forankring.

#### **Til Del IV Særreaksjoner**

Det er behov for nærmere utredning på flere områder som behandles i dette kapittelet. Under følger noen bemerkninger.

##### *Lavere terskel for særreaksjon*

Det vurderes at forslaget om likestilte tilstander vil medføre en klar økning. Sammen med dette forslaget om utvidelse av området for særreaksjoner kunne medføre en stor økning i antallet som dømmes til overføring til tvungen psykisk helsevern.

I tillegg til det store antallet saker som i dag henlegges, må en nok legge til grunn den del saker som ikke blir anmeldt. Det er f.eks. en pragmatisk holdning anmelders av pasienter som er voldelige i institusjon. En lovendring vil kunne ha den konsekvens at disse sakene vil bli anmeldt og føre til særreaksjoner. En slik praksis har de bl.a. i Danmark.

##### *Økonomiske konsekvenser/ konsekvenser for psykisk helsevern*

Med en betydelig økning i antall særreaksjonsdømte vil dette medføre et behov for en klar økning i antall behandlingsplasser i psykisk helsevern.

En dreining av behandlingsplasser fra pasienter innlagt etter psykisk helsevernloven til de som administreres etter straffeloven er problematisk. En økning i særreaksjonsdømte bør således følges opp med en tilsvarende utbygging av behandlingsplasser.

Det som kjennetegner pasienter som er dømt til særreaksjon er at de ofte er svært ressurskrevende og beslaglegger sengeplasser over lang tid. Selv en liten økning i denne pasientgruppen vil derfor få store ressursmessige konsekvenser.

### *Økt strafferettslig kontroll med psykiske lidelser*

Forslaget vil innebære en betydelig økning av pasienter som skal administreres strafferettslig. Dette bør vektlegges i større grad, og det bør vurderes nærmere hvorvidt dette faktisk er en ønsket endring.

En økning i bruk av særreaksjonen vil trolig medføre at nye grupper kommer inn under tvungent vern, noe som ikke er i tråd med målet om mindre tvang for personer med psykiske lidelser.

Gjentakelsesfaren er ikke knyttet til den psykiske lidelsen, hverken i lovforslaget eller i gjeldende rett. Dette er ulikt reguleringen i psykisk helsevernloven. I praksis vil dette kunne medføre at personer blir vurdert som å ha høy voldsrisiko uten at det foreligger et behandlingsbehov. Det er ikke ønskelig å ha flere personer på oppbevaring i psykisk helsevern uten at det foreligger et behandlingsbehov.

En adgang til å overføre personer til kriminalomsorgen er nødvendig, om enn prinsipielt problematisk. En utvidelse av adgangen er således ikke tilrådelig.

Det bør derfor vurderes om det bør knyttes mer presise vilkår til opphør av særreaksjonen når personen ikke lenger er i behov for behandling.

I tillegg bør det vurderes å gi andre tiltak for håndtering av de særreaksjonsdømte når de er uten døgnopphold i spesialisthelsetjenesten enn det som gjelder etter eksisterende regelverk. Særlig knyttet til botilbud i kommunen.

Til slutt bør det vurderes å innføre tilskuddsordninger for dømte til tvungen psykisk helsevern som tilsvarende for forvaringsdømte, jf. kap. 430 post 60 i gjeldende statsbudsjett. Dette vil trolig lette overføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

### *Opphold i lukket institusjon*

Selv om enkeltsaker har fått stor oppmerksomhet, er det i det store og hele få tilfeller der det oppstår konflikt rundt den faglig ansvarliges håndtering av særreaksjonen. Vi mener at et prinsipp hvor retten legger føringer på varigheten av ulike behandlingsnivåer ikke vil være den beste løsningen på dette.

Dagens løsning der den faglig ansvarlige som på bakgrunn av en tilpasset behandlingsplan og grundig risikovurdering setter rammene for gjennomføringen av vernet er den beste. Det forutsettes da at den faglig ansvarlige setter seg inn i dommen og de rettssakkyndiges erklæring. Den faglig ansvarlige har tett kontakt med den særreaksjonsdømte og kan gjøre en fortløpende vurdering av tilstand og behov.

Det vil strengt tatt også ligge utenfor rettens kompetanseområde å gi føringer for sykehusbehandlingsinnhold utover et generelt krav om samfunnsvern.

Utvalgets argumentasjon om at hensynet til ro rundt behandlingen skal være grunnlag for at retten idømmer opphold i lukket institusjon fremstår som en utglidning av kriteriene for

frihetsberøvelse og en devaluering av den faglig ansvarliges evne til å sette nødvendige rammer for behandlingen.

*Utvalgets forslag til særreaksjon*

En utvidelse av særreaksjonen støttes under noe tvil. Det vil uansett være behov for en bredere utredning av omfanget og konsekvensene en slik utvidelse vil få.

Vennlig hilsen

  
Geir Lien

  
Knut Rypdal