

Høringssvar – Tilregnelighetsutvalget (NOU 2014:10: Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern).

Styret ved Institutt for psykoterapi vil komme med følgende kommentarer til den foreliggende grundige og omfattende utredningen fra Tilregnelighetsutvalget. Vi vil konsentrere oss om de punktene vi mener at vi har spesiell kompetanse innen, og i vårt høringssvar vil de enkelte punktene nummereres tilsvarende det som fremkommer under kapittel 1 (Sammendrag) i utredningen.

Institutt for psykoterapi er et frittstående utdanningsinstitutt for leger og psykologer som i over 50 år har gitt en landsdekkende og fordypende utdanning i psykoanalytisk psykoterapi for disse to yrkesgrupper, og hvor hovedparten av de som deltar i utdanningsprogrammet arbeider innen offentlig psykisk helsevern. Om lag 2000 leger og psykologer gjennomført hele eller deler av utdanningen.

I og med at vi har fått en utvidet høringsfrist, har vi også kunnet gå gjennom de øvrige høringssvar, og det er Legeforeningens uttalelse vi stort sett referer til utenom selve utredningen. I tillegg har det vært en debatt i media de siste uker, senest i Aftenposten 26.4.15.

1.2 Skyldevne og utilregnelighetsregler

Tilregnelighetsutvalget oppsummerer gjeldende lovgiving mht. de brukte begreper («psykotisk», «psykisk utviklingshemmet», «bevisstløs»), og som gir grunnlag for straffrihet. I forhold til «psykose» anføres at «straffrihet bare inntreer når psykosen viste seg ved åpenbare symptomer, ikke når disse var trengt tilbake ved medisinerings.»(NOU 2014:10, s.21). Dette mener vi gir et for snevert grunnlag for å vurdere utilregnelighet, og vi vil komme tilbake til dette nedenfor.

Tilregnelighetsutvalget tydeliggjør forskjellen på sakkyndiges og rettens rolle og oppgave. De sakkyndige skal gi en utredning av sinnstilstanden, og denne utredningen skal gi retten grunnlag for å bedømme en tiltalts tilregnelighet. Dette høres ut til å være en relevant tydeliggjøring, i og med at det har kommet kritikk av at domstolene i for stor grad har fulgt de sakkyndiges råd.

Å vurdere tilregnelighet hos den siktede gjøres vanligvis når det er snakk om svært alvorlige forbrytelser med en lang strafferamme. Derfor er det, slik utvalget fremhever, svært viktig at personer som gjør slike handlinger ut fra en sykelig tilstand, ikke straffes. Vi er helt enige i at i slike situasjoner må gjerningsmannen/-kvinnen bli vurdert ut fra slike humanistiske idealer, ved at det ikke er tvil om vedkommendes tilregnelighet.

Det strafferettslige begrepet "psykose" innebærer at det foreligger aktive psykotiske symptomer og at disse har en viss intensitet og varighet. Vi vil mene at dette er utilstrekkelig til å avgjøre om lovens formål om tiltalte ikke hadde skyldene, er oppfylt, ved at hun ikke kunne ta ansvar for egne handlinger pga. sykdom. Diagnosen psykose stilt til en person kun ut fra kriterier i ICD-10 tar ikke opp i seg en vurdering av hvordan personen og personens fungering var påvirket av psykosen. Det innebærer at diagnosen, stilt kun fra ICD-10, ikke sier noe om personens evne til å forstå og vurdere sine handlinger, inkludert handlingens straffbarhet. Ei heller hvorvidt personen har evne til kontroll over egen vilje og handlinger. Som grunnlag for diagnosen legges stor vekt på bruk psykometriske undersøkelser (skjemaer og ratingscales) i tillegg til den personlige samtalen.

Det er til en viss grad logisk at man legger det diagnostiske systemet som Norge har godkjent, til grunn for også en rettspsykiatrisk vurdering. Men bakgrunnen for systemene er langvarige prosesser i komiteer både nasjonalt og internasjonalt, hvor man etter hvert arbeider seg frem til konsensus. Diagnosene er derfor ikke "sannheter" av evig verdi, men de vil alltid forandres i takt med tiden og de til enhver tid rådende strømninger innen det psykiske helsevesen. Disse strømningene påvirkes igjen av kulturelle forhold, forskning og de enkelte individers erfaringer.

Psykoanalysen og de psykodynamiske vitenskaper er i stor grad basert på kunnskap om psykiske lidelse slik pasienten opplever det, gjennom utallige terapeutiske erfaringer fra begynnelsen av 1900-tallet. Man har vært opptatt av å utforske og beskrive de psykiske prosesser som ligger bak når en person mister sin realitetssans og dermed blir psykotisk, og hvordan slike underliggende (ofte ubevisste) prosesser står i forhold til de ytre, observerbare fenomener/symptomer, som gir grunnlaget for den deskriptive diagnosen. Man kan snakke om ego-svakhhet, psykotisk personlighetsstruktur eller at personligheten har både en psykotisk og ikke-psykotisk del. Felles for slike oppfatninger er det antas en ubevisst indre spenning og balanse mellom det mest primitive sjelsinnholdet (det psykoseneære) og de mer modne deler av personligheten. Denne balansen påvirkes av f.eks. opplevd psykisk stress og traumer, enkelte rusmidler, bruk av medisiner, somatisk sykdom og genetiske forhold. Av og til hender det at en person handler psykotisk – f.eks. gjør en alvorlig forbrytelse – og at dette kan komme overraskende på til og med de nærmeste eller helsearbeidere, dersom man ikke har et slikt utvidet perspektiv på hvordan psykotiske symptomer kan oppstå. Det er særlig i en psykoanalytisk informert samtale at en kan få kontakt med og kunne observere slike prosesser. Derfor er det viktig å understreke at samtalen mellom sakkyndig og observand blir det viktigste redskapet for å vurdere tilregnelighet, selv om bruk av psykometriske tester og ratingscales kan være gode supplerende metoder.

Den biologiske sykdomsmodellen blir derfor for enkel, også i en rettspsykiatrisk sammenheng. At en person hvis symptomer er «trengt tilbake» ved bruk av antipsykotisk medisin, som regel skal betraktes som tilregnelig, kan bli helt feil. Medisiner påvirker i ujevn grad de underliggende mekanismer. Det er viktig å understreke at kunnskapen om de underliggende prosesser ikke står i motsetning til en deskriptiv

diagnostikk, men at det må være de sakkyndiges oppgave å redegjøre for sammenhenger og diskrepanser, ved en beskrivelse av hva som er observert i samtalene. Dette vil ha betydning for valg av undersøkelsesmetoder og kompetansekrav til de sakkyndige.

Vi er derfor enig i at funksjonsvurdering er vesentlig i både psykose og "likestilte tilstander", slik vi ser Legeforeningen tar til orde for. Men vi mener altså at det er nødvendig at i dette også ligger en vurdering av den indre psykiske funksjon, og at noe av det sentrale er om det foreligger en realitetsbrist i så stor grad det kan antas å forklare handlingen eller ikke.

Institutt for psykoterapi vil derfor støtte at det innføres et slikt blandet prinsipp for vurdering av utilregnelighet som Legeforeningen tar til orde for.

Likestilte tilstander (1.2.2.4)

Det virker selvmotsigende å åpne for funksjonsvurderinger av andre personer med avvikende atferd/tilstand uten psykose, men ikke for personer med psykose. Videre støtter vi Legeforeningen når de uttaler man ved «likestilte tilstander» bør differensiere nærmere hva som er følgen av utilregnelighet. «Likestilte tilstander» kan være demens eller del av en somatisk sykdom, eller være av forbigående art (f.eks. delirium tremens). Det passer ikke nødvendigvis å dømme disse til en særreaksjon som tvungen psykisk helsevern.

Selvforskyldt utilregnelighet (1.2.2.6)

Tilregnelighetsutvalget foreslår unntak fra fritak for straffeansvar for personer som selv har satt seg i en avvikstilstand vel vitende om risiko for alvorlig sykdom. Dette forslaget tar ikke opp i seg kompleksiteten ved psykotiske lidelser og alvorlige avhengighetstilstander. En psykotisk person kan ha sviktende evne til å forstå og vurdere konsekvenser av å ta og ikke ta medikasjon. Problemstillingen synes å være fundert på hypotetiske problemstillinger fjernt fra klinisk erfaring, og vi oppfatter dette som den svakest del av hele utredningen. Prinsippet om s.k. selvforskyldt utilregnelighet bør ikke nedfelles i lovverket på den måten utvalget foreslår.

Prinsippet om straffeansvar ved selvforskyldt rus hos sterkt rusavhengige synes også urimelig. Rusavhengighet medfører betydelig påvirkning av personlighet, tenkning, planlegging, impuls kontroll og kontroll over egne handlinger i en grad som svekker evnen til å begrense inntak av rusmidler. Dette området må vurderes grundigere.

1.3.2.2. Krav til kompetanse

«Klinisk skjønn» er et begrep som går igjen både i utredningen og flere av høringssvarene. Vi er enige i at dette tillegges en avgjørende betydning i den diagnostiske vurderingen. Vi vil likevel understreke at utviklingen av «klinisk skjønn» henger sammen med ulike forhold: grunnleggende utdanning innen

medisin og psykologi, relevant og tilstrekkelig mye klinisk praksis og relevant kunnskapstilegnelse. Det meste av dette er ivaretatt gjennom spesialistreglene for leger (psykiatri, evt. barne- og ungdomspsykiatri) og psykologer (klinisk psykologi). Men vi vil også vektlegge betydningen av en psykoterapeutisk utdanning, særlig fordi denne trener legen/psykologen opp til å reflektere over egne bidrag i terapeut / pasient- forholdet, noe vi mener også er svært relevant også i sakkyndighetsarbeid, f.eks. som hjelp til å differensiere en psykotisk fra en ikke-psykotisk tilstand (personlighetsforstyrrelse).

Legeforeningen legger vekt på at de sakkyndige må kunne dokumentere erfaring med diagnostikk og behandling av alvorlige psykiske lidelser, og dette er vi enig i. Vanligvis vil arbeid ved «sterk-avdelinger» tilfredsstille dette, men det må også understrekes at den sakkyndige må ha erfaring med personlig kontakt gjennom tilstrekkelig lang tid med denne type pasienter, f.eks. i form av regelmessige samtaler med pasienten.

Vi ser også at utvalget åpner for å bruke sakkyndige som hovedsakelig er forskere. Vi mener at de sakkyndige må være klinisk oppdaterte, og helst spesialister innen en klinisk disiplin. Evt. sakkyndighet i form av ansatte innen forskningsmiljøer kan komme til nytte i tillegg til de allerede oppnevnte. Det samme gjelder for øvrige lege- og psykologspesialister (nevrologi, nevropsykologi mm). Ordningen med to sakkyndige ser ut til å ha fungert bra, og vi ser ingen grunn til at dette skal endres.

Vi har imidlertid ingen innvendinger mot de synspunkter som er kommet frem angående de sakkyndiges uavhengighet av hverandre, og vi antar at dette er en praksis domstolene må ha sett gjennom fingrene i forhold til.

1.3.2.5 Utførelsen av sakkyndighetsoppdraget.

I forhold til taushetsplikten er vi på linje med Legeforeningen, om at vernet om denne må stå sentralt. Det vi imidlertid opplevde i forbindelse med 22.juli-saken var paradoksalt. I rettsaken ble taushetsplikten gjort gjeldende mht. helseopplysninger fra tidligere kontakt med psykisk helsevern. Imidlertid så det ut til at dette fløt relativt fritt i en del kretser, og ble til og med publisert – helt eller delvis – i flere bøker, uten at dette fikk noen konsekvenser for de som har måttet bryte taushetsplikten. Til tross for dette – eller nettopp pga. dette – er håndhevelsen av taushetsplikten halt sentralt. Dersom en observand ikke gir tillatelse til at tidligere opplysninger om psykiatrisk behandling kan frigis, er dette en holdning som i seg selv gir uvurderlig informasjon.

Utvalget har også drøftet bruk av video- og lydopptak. Vi er stort sett enige med utvalgets betraktninger, men på et punkt ville vi ha vurdert om bruk av lydopptak kunne bli fastslått som *en rettighet* de sakkyndige har, og slik at deler av samtalene kan skrives ut ord for ord som del av sakkyndighetsrapporten, dersom den sakkyndige mener at dette vil gi helt spesiell og avklarende informasjon om vurderingen av observandens tilregnelighet.

Bruk av lydopptak har vært en viktig del av utdannelsen ved vårt institutt i mange år. Hele terapisaamtalen tas opp på bånd, skrives ut ord for ord (verbatim), og kan leses gjennom av veileder og deltagerne i en undervisningsgruppe. Denne metoden har gitt verdifull informasjon om både pasientens psykopatologi og prosessen mellom pasient og terapeut. Bruk av lydopptak og / eller videoopptak er også en selvfølgelig del av seriøs forskning innen psykoterapifaget.

Men vi vil gå imot et evt. forslag om at lyd- eller videoopptak kan avspilles i retten. Det vil kunne bli for krenkende for de impliserte parter.

1.5. Samfunnsvern

Mht. farlighetsvurdering av mennesker som er dømt til særreaksjon vil vi støtte legeföreningens syn, men vil tilføye at farlighetsprognoser er vanskelige og usikre. I Tyskland har man f.eks. lenge hatt praksisen med å sikkerhetsforvare straffedømte etter at de var ferdig med soning grunnet prinsippet at samfunnet må vernes. Dette har blitt erklært lovstridig av menneskerettighetsdomstolen. Tilfellet med ikke tilregnelige dømt til tvungen psykisk helsevern er ikke helt det samme, men i praksis blir det vel slik at mennesker berøves av sin frihet ut fra en ytterst tvilsom vurdering av fremtiden. Vi vil derfor understreke vår støtte til Legeföreningens krav om høye kvalitetskrav til slike "farevurderinger".

Oslo 30.4.15

Institutt for psykoterapi

Tormod Knutsen

Styreleder