

Justis- og beredskapsdepartementet
Lovavdelingen
Postboks 8005Stab økonomi, juridisk og IKT
Juridisk stab

0030 OSLO

Vår ref.: 2014/16535

Deres ref.:

Saksbeh.:

Dato:

Øyvind Holst

26. mars 2015

Oppgis ved all henvendelse

HØRING NOU 2014:10: SKYLDEVNE, SAKKYNDIGHET OG SAMFUNNSVERN

Helsevesenets har i lengre tid hatt et ansvar for mennesker med psykiske lidelser som begår lovbrudd. Utredningen i NOU 2014:10 om skyldvne, sakkyndighet og samfunnsvern omhandler samfunnsmessige utfordringer som har vært drøftet i flere hundre år. Dagens norske lovgivning er et resultat av minst tusen års lovarbeider. Avveiningen mellom behandling og samfunnsvern ble fremhevet av Holst-kommisjonen allerede i 1827, idet den fastslo at "Det er vor Pligt baade at sørge for deres physiske Velbefindende og muelige Helbredelse og at forebygge, at de vorde farlige for det Offentlige." Tilregnelighetsutvalget er så langt siste i rekken av kommisjoner i krysningsfeltet mellom strafferett og psykiatri.

Det konstateres at tradisjonen føres videre ved at helsevesenet fortsatt skal ha en toneangivende funksjon for denne samfunnsoppgaven. Dette mener Oslo universitetssykehus er klokt.

Høringsuttalelsen fra Oslo universitetssykehus representerer ulike vurderinger fra ulike miljøer ved sykehuset. Det har vært et selvstendig poeng å få frem de ulike vurderinger fra sykehusets fagmiljøer. Disse er av hensiktsmessighetsgrunner organisert fortløpende i vedlegget og navn og organisatorisk enhet i sykehuset framgår av overskriften.

For Oslo universitetssykehus som helseforetak er det av interesse at sykehuset er særskilt nevnt i to ulike sammenhenger:

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern:

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern har utviklet seg fra et uformelt samarbeid mellom påtalemyndighet og helsevesen på Østlandet til et nasjonalt og lovregulert offentlig organ. Enheten har et administrativt medansvar for gjennomføringen av dommen og skal sikre god samhandling mellom helse- og justissektoren, jfr utredningens pkt 22.1.7.1. Enheten er plassert ved Regional sikkerhetsavdeling, Oslo universitetssykehus.

Riksadvokaten har i brev av 28.11.13 til statsadvokatene oppfordret til "å bidra til at det gode samarbeidet fortsetter og utvikles videre, slik at Nasjonal koordineringsenhet kan utføre sine oppgaver i tråd med intensjonene og målsetningene". Det er en målsetning for Oslo universitetssykehus å bidra på samme vis.



Tilregnelighetsutvalget foreslår at varslingsplikten overfor fornærmede og etterlatte legges til koordineringsenheten. Forslaget er kommentert i vedlagte høringsuttalelse fra Regional sikkerhetsavdeling i Oslo universitetssykehus.

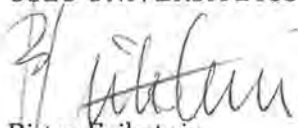
Bygningsmessig standard:

Utvalget har særskilt påpekt mangler ved den bygningsmessige standard ved Regional sikkerhetsavdeling, OUS: "Utvalget har ved selvsyn konstatert at regional sikkerhetsavdeling på Dikemark står langt tilbake når det gjelder bygningsmessig standard og dermed også i hva som kan tilbys de særreaksjonsdømte. Flere utredningsgrupper har gjennom årene foreslått forbedringer i bygningsmassen og nye bygninger. De er ikke kommet. Dette er beklagelig.", jfr pkt 1.4.3.1. Utvalget påpeker videre at det er "en vesensforskjell på den materielle og innholdsmessige standarden" ved sikkerhetsavdelingene Dikemark under OUS og Brøset under St. Olavs hospital. Om OUS fremgår videre; "Behovet for materiell og innholdsmessig oppgradering ved Oslo universitetssykehus fremstår som åpenbart, ført og fremst av hensyn til pasientene, men også for å sikre en attraktiv arbeidsplass for helsepersonellet som arbeider der.", jfr pkt 24.3.2.

Målgruppen for innleggelse ved landets tre regionale sikkerhetsavdelinger er pasienter med alvorlig psykisk sykdom eller mistanke om slik sykdom, hvor det er aktuell risiko for alvorlig voldelig atferd overfor andre, jfr Prop.108L(2011-2012), pkt.2.2.1. Pasientgruppen utgjør på den ene side noen av de sykeste blant oss, med behov for langvarig og tett oppfølging, og på den annen side handler det om ansvaret for et helhetlig samfunnsvern, hvor helsevesenet deler ansvaret med justissektoren, se utredningens pkt 22.3.

De utfordringene som Tilregnelighetsutvalget påpeker hva angår bygningsmasse samsvarer med OUS' målsetning om nybygg. I et større perspektiv dreier det seg om et ansvar for et trygt samfunn, hvor ansvaret går på tvers av samfunnssektorer. Disse utfordringene er det etter vår oppfatning nødvendig å se i en nasjonal kontekst.

Vennlig hilsen
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS



Bjørn Erikstein
Administrerende direktør

Høring – Tilregnelighetsutvalgets utredning NOU 2014: 10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern

Avdeling for nevrohabilitering, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus (ANH, OUS). Kommentarer ved avdelingsleder Nils Olav Aanonsen, spesialpsykolog Terje Gundhus, psykologspesialist Peter Zachariassen

Justis- og beredskapsdepartementet har sendt Tilregnelighetsutvalgets utredning om strafferettslig utilregnelighet, psykiatriens rolle i strafferettspleien og hvordan samfunnet bør verne seg mot utilregnelige personer som utgjør en fare for medborgeres liv og helse ut på høring. Det vises til utredningen side 21–34 for et sammendrag av utvalgets vurderinger.

Kommentarer til utredningens kap. 22 og 24:

Bruk av makt og tvang overfor psykisk utviklingshemmede, Kommunal helse og omsorgstjenestelov, kap. 9.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten er en spesialisthelsetjeneste opprettet for målgrupper med tidlig ervervet kognitiv funksjonssvikt og redusert samtykkekompetanse m.m. eksempelvis personer med psykisk utviklingshemning eller autisme eller hjerneorganiske forstyrrelser av progredierende art. Det er ikke en del av psykiatrien og Avdeling for nevrohabilitering har kun i begrenset grad erfaring med psykisk utviklingshemmede pasienter som begår alvorlige kriminelle handlinger eller som har en adferd som kan være til vesentlig skade for pasienten eller andre. Overfor slike personer er det imidlertid rutinemessig aktuelt å ta i bruk tiltak som inneholder elementer av makt og tvang. Derfor er dette regulert av Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 om bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

Loven angir en rekke vilkår som kommunen må ha oppfylt for at det kan gis tillatelse til å bruk av tvang og makt. Det stilles krav til at forebyggende tiltak og andre løsninger enn bruk av makt og tvang har vært prøvet i boligen, kvaliteten på tjenestetilbudet skal oppfylle visse minimumsbetingelser og forhold som bemanningsfaktor samt opplæring og veiledning av tjenesteytere berøres. Utvalget skriver at det kommunale ansvaret for å følge opp en person, som har begått alvorlige lovbrudd, gjennom Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 er vagt. Avdeling for nevrohabilitering deler ikke dette synet.

Likevel ser vi at det kan problematiseres om personer som er dømt for alvorlige forbrytelser, og der det foreligger en vesentlig gjentakelsesfare, kan ivaretas godt nok innenfor rammene av Kommunal helse og omsorgstjenestelov.

Særreaksjoner og forebygging av kriminalitet

Utviklingshemmede som begår lovbrudd kan idømmes særreaksjoner og problematikk knyttet til dette ivaretas gjennom Sentral Fagenhet for Tvungen Omsorg, St. Olavs Hospital. Dette bør fortsette.

Formålet med Helse og omsorgstjenesteloven kap 9 er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg eller andre for vesentlig skade og samtidig forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Begrepet "vesentlig skade" er først og fremst knyttet til personen selv og dens nærmeste omgivelser, dvs. pårørende og nærpersoner, men også tjenesteytere i kommunale eller private omsorgstilbud. Selv om det kan dreie seg om farlig atferd, er det likevel spørsmål om den typen handlinger som Helse- og omsorgstjenestelovens kapitel 9 omhandler kan kvalifisere som "klart samfunnsskadelig kriminalitet". Langt de fleste av de individer som omfattes av Helse- og omsorgstjenestelovens kapitel 9 ville sannsynligvis aldri blitt kjent strafferettslig tilregnelige. Deres handlinger kan i de fleste tilfeller ikke oppfattes som "kriminelle", men heller forstås ut ifra vedkommendes funksjonshemming. Helse- og omsorgstjenestelovens kapitel 9 ikke er ment å skulle ivareta samfunnssikkerheten i samme forstand som Straffeloven har til hensikt. Vedtak etter Helse- og omsorgstjenestelovens kapitel 9 vil etter vår oppfatning likevel kunne være aktuelt i en senere fase i pasientens habitualmiljø, etter at den sentrale fagenheten har avsluttet sin innsats.

I forslag til nytt rundskriv til Helse- og omsorgstjenestelovens kapitel 9, som nå har vært ute på høring, anføres det at "det vil kunne oppstå vesentlig psykisk skade dersom en tjenestemottaker blir utsatt for seksuelle eller andre overgrep, eller blir utnyttet på andre måter, for eksempel til å begå kriminelle handlinger. Det å utsette seg selv for straffeforfølgning vil også etter omstendighetene kunne anses som en vesentlig skade, selv om skaden ved den straffbare handlingen ikke kan anses som vesentlig." Det må oppfattes slik at Helse- og omsorgstjenestelovens kapitel 9 kan anvendes for å forebygge at psykisk utviklingshemmede begår straffbare handlinger og likeledes utsetter seg selv og andre for vesentlig skade.

Hørings svar NOU 2014 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern

Fra:

Dette dokumentet utgjør hørings svar fra klinikk psykisk helse og avhengighet, samt et bidrag fra SERAF. Det er bidrag fra forskjellige seksjoner i ulike avdelinger. Alle høringsvarene er lagt inn etter hverandre i tilfeldig rekkefølge.

Det kommer klart frem foran hvert bidrag hvem som er ansvarlig for høringsvaret.

Bidragstere er:

- 1) 3 bidrag fra Kompetansesenter for sikkerhet, -fengsel-og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst, avd psykisk helse, regionale og nasjonale funksjoner.
- 2) Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming/autisme (PUA), avd psykisk helse, regionale og nasjonale funksjoner.
- 3) Seksjon psykosebehandling, avd psykisk helsevern døgnbehandling, Petter Andreas Ringen MD PhD.
- 4) Søndre Oslo DPS, Erling Andreas Grotle og Tina Noren.
- 5) Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, avd psykisk helse, regionale og nasjonale funksjoner.
- 6) Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF), Institutt for klinisk medisin, det medisinske fakultet, UIO Jørgen G, Bramness, Professor, dr.med.

Hørings svar NOU 2014 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern Kommentarer ved: Stål Bjørkly og Pål Grøndahl, kompetansesenter for sikkerhet, -fengsel-og rettspsykiatri.

1.0 Skyldevne

NOU 2014: 10, kapittel 8 er omhandler valg av utilregnelighetsregel.

Utvalget faller ned på det medisinske prinsipp, og har en omfattende argumentasjonsrekke for dette. Det er likevel grunnlag til å problematisere utvalgets standpunkt. Det vil skje tredelt; (1) Knyttet til spørsmål om menneskerettigheter og fare for stigmatisering, (2) tilgjengelig empiri og (3) metoder for rettspsykiatrisk undersøkelse

1.1 Menneskerettigheter samt risiko for stigmatisering

Menneskerettighetsspørsmål: Det bør prinsipielt være en like stor rett å kunne stå til ansvar for sine handlinger som rettigheten til å være skyldfri ved alvorlig sykdom. Det medisinske prinsipp ivaretar den siste rettigheten, men ikke den første. Er du psykotisk så fritar denne deg for et hvert ansvar uansett. Svingninger i psykosetrykket som kan virke inn på personens atferd er irrelevante fordi du medisinsk sett har sykdommen, og har du først fått den så forklarer den alt du gjør. Et blandet prinsipp kan teoretisk sett bedre i vareta begge rettigheter.

Stigmatisering: Å ha vært psykotisk på et gitt tidspunkt er et bredt inngangsvilkår til mulig utilregnelighet. Det kan sette mennesker med alvorlige psykiske lidelser i bås som totalt (strafferettslig) uansvarlige. Her ligger det en risiko for stigmatisering av en gruppe. Det er ikke gitt at det er en sammenheng mellom en aktiv psykotisk tilstand og et gitt lovbrudd. Er det rimelig å sykeliggjøre dårlig oppførsel og antisosiale handlinger? Utilregnelighetsreglene bør forbeholdes mennesker som er helt i kjerneområdet for alvorlige sinnslidelser (psykosen, klar realitetsbrist) og hvor lovstridige handlinger er knyttet til lidelsens karakter og alvorlighetsgrad (symptomer og fungering).

Samtidig har brukerorganisasjoner gitt signaler om at de ønsker seg et annet utilregnelighetsprinsipp. Generalsekretær Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse argumenterte i Vårt Land 6. november 2014 for endring av utilregnelighetsregelen av frykt for at dagens modell kan virke stigmatiserende. Det er ikke urimelig å lytte til slike argumenter fremført av de som er nærmest brukerne. De er klar over hvor folkeopinionen og debatter trykker.

1.2 Empirisk

Utvalget uttaler: «Ved å basere en lovtekst på en medisinsk begrepsdannelse gir lovgiver rettslivet et empirisk basert verktøy for å håndtere spørsmål om gjerningspersonens utilregnelighet.» (s. 87).

Det er anført at det medisinske prinsipp har bedre empirisk - altså vitenskapelig erfarings grunnlag. Rent logisk vil det være riktig. Likevel vil det være mer formålstjenlig med et blandet prinsipp noe som delvis er grunnlagt i punkt 1 over. I tillegg til det eksisterer det empirisk kunnskap som setter oss i stand til å vite hvem det er med psykotiske lidelser som har høy risiko for å utøve vold. Det kan argumenteres for at psykose ikke nødvendigvis rammer alle sider ved personens tanker, følelser, motivasjon og handlingsett. Psykotiske symptomer kan påvirke enkelte og avgrensede områder av menneskets psyke og at dette er knyttet til gitte kontekster og samspill med omgivelsene. Et gitt blandet prinsipp kan ta høyde

for en mer dynamisk forståelse av psykotisk fungering. Slik forståelse blir ikke fanget opp i dagens medisinske prinsipper som går ut i fra at hele menneskets psykiske fungering vil være dominert av gitte psykotiske symptomer.

1.2.2 PSYKOTISKE SYMPTOMER ASSOSIERT MED VOLD.

Det er *vrangforestillinger* av paranoid art som forhøyer risiko for vold hos noen personer. Det er særlig samvariasjon av *forfølgelsesvrangforestillinger* med emosjonelt ubehag/negativ affekt som emosjonelt ubehag kunne gi et annet bilde. Resultatene støttet funn fra mange andre studier, denne kombinasjonen gir en sterkt forhøyet voldsrisiko. Dette taler imot et medisinsk prinsipp fordi det prinsippet ikke fanger opp dynamiske svingninger i psykoselidelsen.

En og samme persons voldsrisiko vil altså variere etter hvor sterkt *vrangforestillingene* tar tak i denne personen. Det hjelper lite å telle antall symptomer, som ekspertutvalget foreslår (på side 91 og 127). Det er effekten av symptomene på personens følelser, tenking og atferd som bør avgjøre tilregneligheten.

Hallusinasjoner er i seg selv ikke en risikofaktor for vold. Men stemmer som kommanderer en å gjøre voldshandlinger ser ut til å øke voldsrisikoen (Rogers et al., 2010). Mellom 33 % og 74 % av de som hører stemmer har rapportert en befalende type stemmer. Dersom vedkommende har et emosjonelt ubehag i form av sinne knyttet til de befalende stemmene (BF) så øker risikoen for at kommandoene blir fulgt (Bucci et al., 2013).

Tidsaspektet i en psykoseutvikling er av betydning. Ubehandlet førstegangspsykose medfører høyere risiko for alvorlig vold enn hvis personen får behandling. I en omfattende meta analyse rapporterte Nielssen & Large (2010) at personer med ubehandlet første episode psykose hadde 15,5 ganger høyere sannsynlighet for å begå drap enn de som hadde fått behandling (Nielssen & Large, 2010).

Oppsummert er det ikke tilfeldig hvilke psykosesyntomer som gir øket risiko for vold. Paranoide *vrangforestillinger* om å bli forfulgt og å bli skadet eller drept og som medfører sterkt emosjonelt ubehag, er viktige markører for å identifisere sammenheng mellom psykose og vold

Det må presiseres at den empiri som finnes på området dreier seg om gruppedata. Hver person må vurderes ut i fra sin spesifikke symptomutforming sett opp i mot den empiri som finnes. Men dette krever mer inngående metodiske undersøkelser enn det vi har mulighet for i mange saker i dag.

1.3 Metodisk

Utvalget skriver: «Men en regel basert på et blandet prinsipp forutsetter bevisførsel om og bedømmelse av meget kompliserte spørsmål.» (s. 89).

Dersom sakkyndige skal etablere en sammenheng mellom sykdom (psykose) og straffbar handling vil kreve enda grundigere undersøkelser. Det kan innebære at rammebetingelsene rundt rettspsykiatriske undersøkelser må bedres og at flere midler tilflyter feltet. Pr i dag er norsk rettspsykiatri billig. Dette er et *indirekte* argument for innføring av et alternativt prinsipp.

Vurdering

Utvalget ser for seg at de sakkyndige skal diagnostisere psykoselidelse på gjerningstidspunktet gjennom en form for symptomtelling. Et tydeligere symptomfokus kan være et steg i riktig retning, men det er en logisk brist i at dette skal være enklere og mer pålitelig enn om en følger et blandet prinsipp. Hvis en kan identifisere psykotiske symptomer på gjerningstidspunktet, hvorfor kan en da ikke utrede om disse symptomene virket inn på handlingene? Om en tiltalt først forteller om *forfølgelsesvrangforestillinger* eller

hørselshallusinasjoner, hvorfor kan en ikke da også gå videre og utrede personen i forhold til spesifikke kriminalitets- eller voldsfremmende komponenter i disse psykotiske symptomene? Er det nok å vite at denne personen hadde hørt stemmer om morgenen samme dag som den kriminelle handlingen skjedde. Hva om dette var lystige og overstrømmende positive stemmer? Vil det kunne likestilles med at personen hadde blitt truet på livet av stemmer som påla han å gjøre den kriminelle handlingen for å ikke bli drept? Begge deler avspeiler jo et aktivt symptom på gjerningstidspunktet. Likevel blir innhenting av denne typen klinisk informasjon altså irrelevant fordi det blir for komplisert å utrede for de sakkyndige. En annen modell en dagens medisinske modell/prinsipp legges til grunn for utilregnelighetsreglene. Det bør være en form for blandet prinsipp. Vi vil foreslå en psykologisk modell hvor det i tillegg til dagens inngangskriterier (psykotisk, bevisstløs, psykisk utviklingshemming i høy grad) bør innføres et begrensende vilkår i form av å etablere en kausalitet mellom f.eks. psykose og straffbar handling.

2.0 Sakkyndighet

Kapittel 14 omhandler domstolenes behov for rettspsykiatrisk sakkyndighet.

2.1 SKILLE MELLOM SAKKYNDIGES OG DOMSTOLENS OPPGAVE

Det er utvalgets inntrykk er at håndhevelsen av straffeloven § 44 i stor grad har vært overlatt til rettsoppnevnte sakkyndige, i den forstand at klare konklusjoner fra de sakkyndige er lagt til grunn av domstolene (s. 216).

Spørsmålet er om det er empirisk grunnlag for en slik antakelse. Uansett tilråder utvalget å skille tydeligere mellom psykiatri og jus i saker med rettspsykiatrisk sakkyndige. Det er foreslått at de sakkyndige skal ta stilling til symptomer, symptomstyrke og diagnostiske vurderinger. Når disse premissene er lagt frem for retten skal retten selv ta stilling til om tiltalte var å anse for utilregnelig.

Det er noe uklart om de sakkyndige kun skal liste opp et sett med symptomer og så peke på den diagnostiske kategori som er nærmest disse symptomene.

Det er imidlertid en usikkerhet knyttet til om de sakkyndige skal *vekte* de ulike symptomene i *relevans* for f.eks. den psykotiske funksjonen? Eller skal sakkyndige kun skal liste opp antall symptomer og så fremme et standpunkt om diagnose? Sakkyndige bør slik man gjør i moderne risikovurderinger kunne vekte og vurdere de ulike symptomenes relevans for psykoseutformingen.

Forslaget om større skille mellom det de sakkyndige skal ta stilling til og det domstolen skal beslutte støttes i hovedsak. Det er i tråd med tidligere anbefalinger som er gitt av undertegnede med flere (Grøndahl, Grønnerød, Stridbeck, Værøy, & Brauer, 2012).

2.2 TAUSHETSPLIKT.

Utvalget går på side 262, 263 inn for et unntak fra taushetsplikten. Ved at behandlingsansvarlig gis opplysningsplikt overfor sakkyndige overfor de rettslige aktører i saker hvor det kan være aktuelt å ilegge særreaksjon i hht §§ 39, 39a, b og c.

Dette forslaget støttes og er helt i tråd med undertegnede mfl sine tidligere tilrådninger (Grøndahl, 2013; Grøndahl et al., 2012).

3.0 Samfunnsvern

Utvalget skriver bl.a. på side 31 at: «*En utilregnelig lovbrøyer som umiddelbart blir tvangsinnlagt i sykehus, får behandling og kanskje etter kort tid ikke lenger er «alvorlig sinnslidende», skal etter psykisk helsevernloven skrives ut fra tvungent helsevern – uansett hvor farlig han ellers måtte være.»*

Slik regelen er i dag skal en person som idømmes tvungent psykisk helsevern (tph) oppholde seg i tre uker i døgnavdeling. Deretter er det langt på vei opp til behandlingsansvarlige å

vurdere hvilket behandlingsnivå vedkommende skal være. Dette systemet har ført til kritikk, særlig fra pårørende (av ofre), og gjør at retten ikke har særlig innflytelse på hvordan særreaksjonen gjennomføres. Dette i kontrast til f.eks. i Danmark hvor retten har stor fleksibilitet i reaksjonsfastsettelse i slike spørsmål og har bedre kontroll med hvordan særreaksjonen skal gjennomføres.

Det er et uhyre vanskelig tema, med mange kryssende interesser og avveininger. Av hensyn til samfunnsvern og for å sikre et stabilt behandlingsopplegg for noen få ustabile personer i høyrisiko for nye voldshandlinger støttes utvalgets innstilling om at de kan idømmes opphold på «lukket institusjon» med døgnopphold. Behandling vil være risikohåndtering og da er det ikke alltid tilstrekkelig med å behandle den alvorlige sinnslidelsen, men *også* individuelle risikoforhold (når, hvor og hvordan vedkommende utviser vold), boevne, mulighet for å tilegne seg skolegang mm. Nettopp for å skaffe nødvendig stabilitet i behandlingen bør minstetid kunne settes til et år.

4.0 Referanser

- Bucci, S., Birchwood, M., Twist, L., Tarrrier, N., Emsley, R., & Haddock, G. (2013). Predicting compliance with command hallucinations: anger, impulsivity and appraisals of voices' power and intent. *Schizophrenia Research*, 147, 163-168. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.037
- Grøndahl, P. (2013, 12.12). Er taushetsplikten hellig? *Aftenposten (morgenutg. : trykt utg.)*.
- Grøndahl, P., Grønnerød, C., Stridbeck, U., Værøy, H., & Brauer, H. (2012). En tipunktsplan for bedre rettspsykiatri. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 132, 1727-1728.
- Nielssen, O., & Large, M. (2010). Rates of Homicide During the First Episode of Psychosis and After Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 702-712. doi: 10.1093/schbul/sbn144
-

NOU 2014:10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern

Kommentarer ved

Overlege dr med Kjersti Narud, Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels – og rettspsykiatri Helse Sør Øst, Oslo universitetssykehus HF

II SKYLDEVNE

Pkt 8.3 Valg av prinsipper

Det medisinske prinsipper bør som NOUen foreslår, opprettholdes. Brukt slik det er ment, som en beskrivelse av psykisk tilstand med beskrivelse av symptomer som er tilstede, som ikke er tilstede, intensitet, omfang og funksjonsnivå, gir dette retten et godt grunnlag for vurdering av personens tilregnelighet. Utredningsinstrumenter for diagnose, symptomer og intensitet av symptomer, i tillegg til den samlede kliniske vurderingen av erfarne spesialister, vil gi et tilstrekkelig grunnlag for retten til å vurdere tilregneligheten.

Pkt 8.4

8.4.2.3.1.

Det er viktig som NOUen holder frem, at diagnosesystemene er brukt for å utrede, gi behandling, følge behandling over tid og til å kommunisere med andre behandlere eller hjelpeinstanser. Symptomer måles ved kriterier, om disse er oppfylt eller ikke. Diagnosen(e) sier ikke nødvendigvis noe om den dimensjonelle faktoren: hvor uttalte og omfattende symptomene er og hvilken intensitet de har i fht akkurat denne personen med dette settet av kriterier. Til dette har vi til bruk utredningsinstrumenter av symptom- og funksjonskår.

Pkt 8.5 Utilregnelighetsregelen – kriteriet «psykotisk»

En person som er utilregnelig på gjerningstidspunktet bør fritas for straff. Psykoser, og likestilte tilstander som nevnes i NOUen, hvor det er sviktende funksjonsevne, forstyrret tenkning og manglende evne til å forstå sitt forhold til omverdenen, må anses som relevante tilstander for å komme inn under utilregnelighet.

Pkt 8.6.5.2.3. Hvordan bør regelen utformes?

NOUens forslag til utilregnelighetsregel s 127 2. kolonne tiltredes. De sakkyndiges ekspertise bør benyttes til å utrede observander mht psykisk tilstand og funksjonsnivå. At det understrekes at rettens rolle blir mer fremskutt er positivt, men praksis idag er vel heller at retten har «abdisert». En understreking for å unngå at dette kontinueres, er trolig nødvendig.

Kap 9 Selvforskyldt utilregnelighet

Pkt 9.5.3.4.3 Seponering av medisiner/9.5.4.4

Hva angår det å ha "ansvar" for å slutte med antipsykotisk medikasjon er et vanskelig vurderingsområde. Det er meget sannsynlig at autoseponering skjer av ulike grunner, som manglende innsikt, bivirkninger, manglende forståelse for at dette hindrer psykose som pasienten kanskje mener han/hun aldri har hatt. Autoseponering kan også være første tegn på forverring av psykoselidelsen, og på at det er nytt utbrudd av psykose på gang. Flere faktorer er aktuelle i ulike tilfeller, og en generalisering i lovs form av disse tilfellene er vanskelige. Individuelle vurderinger må foretas i hvert enkelt tilfelle.

Årsakene til at en person velger å la være å bruke medisiner kan være svært vanskelig. Tilregnelighetsutvalget legger til grunn at «en psykiatrisk pasient som er under behandling med antipsykotiske medikamenter vil være informert om virkningen av å unnlate å ta medisin». De mener videre at det at en pasient unnlater å ta medisin derfor vil være klanderverdig, og kunne føre til ansvarliggjøring. Manglende innsikt i egen sykdom er svært vanlig blant de pasienter som må behandles med tvungent psykisk helsevern, og ett av flere kriterier ved psykosediagnoser. De som har innsikt i egen sykdom, vil som regel samarbeid om behandlingen slik at tvungent vern i utgangspunktet ikke vil være nødvendig, heller ikke dom til tvungent vern.

En lovendring hvor seponering av medisiner vil kunne føre til ansvarliggjøring ved at det anses selvforskyldt, vil være et svært vanskelig område å vurdere, også fordi man må forsøke å forstå beveggrunner hos pasienten som de kanskje ikke en gang er i stand til å sette ord på selv.

For øvrig tiltres forslaget til endring av straffeloven § 45.

III SAKKYNDIGHET

Kap 12 Sakkyndighet

Pkt 12.2.6. foreløpige undersøkelser og erklæringer

Tidlige observasjoner av tiltalte i straffesaker hvor det er tvil om tilregneligheten er sentralt. Derfor bør prejudisielle observasjoner prioriteres høyt for å få en raskere vurdering av observanden, så nært i tid knyttet opp mot handlingstiden som mulig. Spørsmål om tilstanden på handlingstiden mht tilregnelighet kan da vurderes med større grad av sikkerhet, og det gir et godt grunnlag for vurderinger i saker hvor det er nødvendig med en full judisiell observasjon,

Det synes mest hensiktsmessig at påtalemyndighetene har ansvaret for å oversende de prejudisielle erklæringene til DRK for kvalitetskontroll i forkant av straffesaker, om disse skal føres som bevis for retten. De prejudisielle erklæringene bør bygge på innhentede helseundersøkelser og kliniske undersøkelser, og bør som DRK har foreslått, ikke være for omfattende men utførlige nok til at påtalemyndighetene raskt får tilgang til vurderingen om tilregnelighet, og om mindre alvorlige saker kan henlegges grunnet utilregnelighet.

Kap 15 Sakkyndige – krav til kompetanse

Pkt 15.4. Utdannelse:

Det nåværende system, som består av en ABC-modell som kompetansekrav for rettspsykiatrisk sakkyndige er en god modell og bør videreføres.

A henviser til grunnutdannelsen som psykiater eller psykolog:

Det er nødvendig at en lege eller psykolog som skal gjøre rettspsykiatriske vurderinger har tilstrekkelig klinisk kompetanse. For bedre å sikre at kandidaten har den nødvendige erfaring, bør man kreve spesialistgodkjenning i psykiatri for leger og spesialisering i klinisk psykologi for psykologer som skal være sakkyndige for retten. Det er helt nødvendig at de sakkyndige er autorisert i det norske helsepersonellregisteret, har tilstrekkelige norskkunnskaper til å gjøre seg godt forstått muntlig og skriftlig og har god forståelse av ord, nyanser og formuleringer i det norske språket.

Både psykiatere og psykologer som ønsker å tjenestegjøre som sakkyndige i tilregnelighetsspørsmål må i tillegg kunne dokumentere klinisk erfaring rettet mot utredning og behandling av pasienter med psykoser og andre alvorlige sinnslidelser.

B henviser til den grunnutdanning i sakkyndighetsarbeid for retten som arrangeres av Domstolene og Den rettsmedisinske kommisjon i samarbeid, og som gjelder for alle rettsoppnevnte sakkyndige. Videreføringen av denne utdanningen støttes.

C er betegnelsen på spisskompetanseutdanningen i rettspsykiatri, som har blitt arrangert av de tre Kompetansesentrene for rettspsykiatri i samarbeid. Man bør stille krav til gjennomgått eller påbegynt C-kurs for de som skal være sakkyndige. Denne utdanningen bør formaliseres i større grad enn nå, og det bør være en oversikt over de som har gjennomført denne utdanningen. Det synes hensiktsmessig at fagmiljøene i Norsk psykiatrisk forening og Norsk psykologisk forening samarbeider med en formalisering av innholdet i disse kursene, i samarbeid med Kompetansesentrene.

Erfarne rettspsykiatere bør få en jevnlig oppdatering av C-kurset, for å sikre at de sakkyndige er tilstrekkelig oppdatert på endringer innenfor fagfeltet. Slike kurs bør arrangeres regelmessig, og sakkyndige bør bli avkrevd gjennomføring av slike kurs, for eksempel hvert femte år. Kurset kan være av kortere varighet og er mindre omfattende enn de grunnleggende C-kurs. Det bør foreligge en oversikt over de som gjennomfører etterutdanningskurset, og være et krav for å kunne fortsette sin virksomhet som rettspsykiater, jfr «Prøveprosjekt rettspsykiatri» ved Kompetansesenteret Midt-Nord.

I rapporten, side 217, pkt 14.3, har Tilregnelighetsutvalget skrevet om sakkyndiges kompetanse, at «det dreier seg om alminnelig psykiatri som skal anvendes i rettens tjeneste». NOUens fremheving av det skarpe skillet mellom det psykiatrifaglige og det rettslige i vurderingen tiltredes og at den rettsoppnevnte psykiater/psykolog kun skal uttale seg om det første. For at de sakkyndige skal ha gode forkunnskaper om hva de kan og skal uttale seg om, og hva de ikke bør uttale seg om, er det viktig at de sakkyndige har en spesialkunnskap på feltet som en alminnelig psykiater/psykolog ikke kan forventes å ha. Derfor er det svært viktig at det kreves en tilleggsutdanning av de klinikere som skal gjøre slike vurderinger, i form av B- og C kurs.

Kap 16 Oppnevning av sakkyndige

Pkt 16.2 Sakkyndighet - uavhengighet

NOUens syn på habilitetsvurderinger tiltredes. Det er viktig å endre praksis med å være to ”faste” sakkyndige. Man bør også så langt som mulig unngå å ha to sakkyndige som står i et avhengighetsforhold (for eksempel overordnet/underordnet) eller to sakkyndige som har et nært personlig forhold. Imidlertid vil det være umulig å sikre at de sakkyndige står helt uavhengige av hverandre, fordi de sakkyndige er få, og fagmiljøet som sådan søker å ha kontakt med de som påtar seg slike oppdrag, både i form av kurs og faglige møter. Slik er det imidlertid også med dommere og jurister i retten, som ofte vil ha en viss personlig kjennskap til hverandre. Er det tvil om habiliteten etter oppnevningene fra retten, bør de sakkyndige skriftlig be retten avgjøre denne.

Kap 17 Mandat og erklæringer

Pkt 17.5.7. Forslag til forskrift og standardmandat

Det som er formulert i rapporten om mandatet pkt 17.5.7.1. og 17.5.7.2. tiltredes. Deler av et generelt mandat vil kunne benyttes i alle saker. Samtidig bør deler av mandatene tilpasses den enkelte sak, hvor retten i utformingen av mandatet er seg bevisst på hva som ønskes besvart i hver enkelt sak.

Kap 18 Utførelse av sakkyndigoppdraget - enkelte særlige spørsmål

Pkt 18.3 Tvungen psykiatrisk undersøkelse – straffeprosessloven § 167

Antallet judisielle døgnobservasjoner i hht straffeprosessloven § 167 er økende (ref: SIFER-nettverket). For å sikre god kvalitet og like betingelser og lik lovforståelse og mandat, bør disse judisielle døgnobservasjonene sentraliseres til noen særskilte enheter i den grad dette er praktisk og geografisk mulig, for å sikre at kvaliteten blir god nok og for å sikre mest mulig lik gjennomføring av observasjonene. Pr i dag bør de utføres på de Regionale

sikkerhetsavdelingene. Imidlertid må det arbeides videre med å sikre tilstrekkelig kapasitet til disse vurderingene, så de ikke fortenger vanlige pasientbehandlingsforløp.

Først og fremst vil bruken av døgnobservasjoner være viktig for pasienter som har kombinerte rusmiddelidelser og psykosesyntomer sammen med funksjonssvikt. Dette er en gruppe som i økende grad undergår 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, som igjen kan gi større behov for observasjoner av personer over tid hvor det er mulig å vite med sikkerhet at den observerte er rusfri under observasjonen. Behovet for slike vurderinger må utredes nærmere både med hensyn til kapasitetsvurderinger, krav til faglig kompetanse og kvalitetssikring av gjennomføringen i forhold til oppdraget for retten. Dette gjelder særlig de Regionale sikkerhetsavdelinger, men også lokale sikkerhetsavdelinger.

Funksjonsnivået hos de som skal utredes er spesifikt nevnt i mandatet som noe som må vurderes for å få et helhetlig bilde av observanden, og dette kan det være vanskelig å vurdere med polikliniske samtaler alene. Bruk av døgnobservasjoner kan også på dette feltet være nødvendig.

Pkt 18.4.3. Strukturerte intervjuer

Ved utredning av observander, er det vesentlig at de sakkyndige har bred klinisk kompetanse og erfaring i vurdering og utredning av psykosepasienter. Slik kompetanse gjør det mulig å vurdere om, og i så fall hvilke, utredningsinstrumenter som skal benyttes..

Et stort problem er den svake reliabiliteten og validiteten av diagnosene i ICD-10, og det at så å si all forskning benytter diagnoser i DSM-systemet. Diagnostiske instrumenter som er tilpasset det rådende diagnosesystemet ICD-10 (SCAN for funksjonelle lidelser og IPDE for personlighets-forstyrrelser) er i liten grad i bruk. Opplæringen og bruken er lisensiert.

Når det gjelder skalaer for vurdering av psykotiske tilstander, anses BPRS som et godt hjelpemiddel for å kartlegge symptomer som finnes hos personer med schizofreni eller andre psykotiske tilstander. Det er en mye brukt skala når det gjelder studier av psykoser. PANSS er utviklet for å vurdere psykosesyntomer hos voksne, både ved førstevurdering og for gjentatte vurdering av endringer over tid. Både positive og negative symptomer utredes og vurderes etter en gradert skala med konkretiserte kriterier for vurderingen. Bruken av PANSS er lisensiert.

Anbefalt bruk av instrumenter bør formidles til fagmiljøet i nyhetsbrev fra DRK, og inngå i opplæring på C-kursene. Er instrumentene lisensiert, bør DRK påse slik lisensiering som muliggjør opplæring, tilgang og bruk for de sakkyndige.

Kap 19 Etterprøving av sakkyndige erklæringer

En styrking av sekretariatet til DRK for bedre å kunne legge til rette for enkeltsaksbehandlinger tiltredes. DRKs sammensetning bør som foreslått bestå av erfarne spesialister med bred klinisk erfaring og erfaring som rettsoppnevnte sakkyndige, og om mulig med relevant akademisk kompetanse.

NOUens forslag til nye formuleringer når det gjelder kommentarer fra Den rettsmedisinske kommisjon tiltredes.

Partsoppnevnte sakkyndige og/eller sakkyndige vitner bør levere skriftlig erklæring som sendes inn til kommisjonen for kvalitetssikring. Mandatet den partsoppnevnte sakkyndige har fått, må klart fremgå av både vitnemål og erklæring. Den skriftlige erklæringen bør kvalitetskontrolleres av DRK, og den enkelte part bør ha ansvaret for å påse at slik kvalitetskontroll er foretatt i forkant av føring av det sakkyndige vitnet, ved å sende erklæringen til DRK i god tid før hovedforhandling. Unntaksvis kan uttalelsen ettersendes til kommisjonen etter vitneførselen. Det tas forbehold om hvilket omfang dette vil dreie seg om, og om DRK pr i dag har kapasitet til å saksbehandle disse uttalelsene innen rimelig tid (saksbehandlingstid i DRK Psykiatrisk gruppe pr dd er 40 dager), eventuelt om det vil medføre lengre saksbehandlingstid for erklæringene av rettsoppnevnte sakkyndige.

Det bør avklares i forkant av rettsforhandlingene om behandlere som kalles inn i straffesaker for å vitne, skal innkalles som vitner, eller sakkyndige vitner. Om behandler innkalles som tiltaltes behandler, skal hun/han kun referere til vurderinger gjort i behandler-pasientforholdet, og unnlate å komme med vurderinger som angår rettslige problemstillinger som ikke har vært vurdert i behandlingen.

Erfaringsmessig forholder retten seg til innkalte behandlere som sakkyndige vitner. Det må være rettens ansvar på forhånd å varsle behandler om hun/han skal møte som behandler eller sakkyndig vitne, og det må være rettens ansvar å påse at disse rollene ikke blandes under hovedforhandlingen. De innkalte behandlerne kan ikke rutinemessig forventes å ha klart for seg hva de to rollene innebærer, og en klargjøring av retten før vitneførsel, i retten, må foretas i hver enkelt sak, i tillegg til varsel i forhåndsinnkalling om behandler innkalles som behandler eller sakkyndig vitne.

IV SAMFUNNSVERN

Kap 21 Strafferettslige særreaksjoner - samfunnsvern

NOUen poengterer at innholdet i en dom 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 ansees at fagpersonene selv bør vurdere hva innholdet skal være.

Det bør arbeides med å sikre innholdet i dom til TPH, og at det tilstrebes å gi kompetanseheving til de lokale psykiatriske avdelinger og DPSene når det gjelder både innhold og gjennomføring. Det oppleves at det lokalt i de ulike avdelinger som skal behandle disse pasienten råder svært mye usikkerhet omkring både innhold, gjennomføring og lovgivningen av slikt vern.

Det er feilkilder og usikkerhetsmomenter som ligger i prediksjonsinstrumenter for fremtidig vold/kriminalitet. Spesielt vil prediksjon med en lang tidshorison være vanskelig, og er som rapporten påpeker («risikoscenarier») knyttet til utvikling og forløp som ikke alltid er lett å forutsi. 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 versjon3) er individuell tilpasning til den enkelte pasient. Tidsaspektet for bruken av HCR-20 v3 er noen måneder fram i tid, inntil ett år. Selv om gyldigheten vil kunne være lenger, vil lengre tidshorisoner være forbundet 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 v3 krever også opplæring og erfaring.

Kap 24 Nye regler om særreaksjoner

Pkt 24.3.3

Forslag til endring av § 5-6 i PHL tiltredes. Lovbestemmelsen vil omfatte et fåtall personer, pr i dag er kun en person overført fra sykehusavdeling til anstalt under kriminalomsorgen i hht lovbestemmelsen. I enkeltstående tilfeller vil lovbestemmelsen gi samfunnsvern for særlig farlig lovbrøyer, hvor tilstanden(e) er av en slik art at behandling ikke fører frem.

Problemstillingen reiser et spørsmål om psykiatrisk behandlingsinstitusjon i fengsel, for særlig farlige lovbrøyer med et symptombylde som er preget av stor grad av dyssosialitet, og hvor behandling i sykehus og opphold i fengselsavdeling får store følger for andre innlagte/innsatte, samt gir særdeles store utfordringer for behandlende/ansatt personell. Om behandlingsinstitusjon i fengsel vurderes, bør den drives av helsepersonell.

Pkt 24.3.5. Minstetid

Prognosen er ofte vanskelig å kunne si noe om hos en nysyk psykosepasient, og alvorligheten i symptomene på gjerningstiden, sammen med alvorligheten i handlingen trenger ikke henge sammen med prognosen. Man vil derfor kunne risikere en «snikinnføring» av en hensyntagen til folks alminnelige rettsfølelse, at det ved alvorlige og groteske voldshandlinger i dømmes minstetid, uten at en kan være sikker på prognosen i det enkelte tilfelle. Dersom en vurderer at det er nødvendig å ha minstetider inne i lukket enhet av hensyn til den allmenne rettsoppfatning ved svært alvorlige voldskriminalitet, må dette presiseres. Kanskje kunne man heller gjøre en vurdering av om det kan idømmes minstetider etter en viss tidsperiode, som for eksempel tre år, hvor en ser om tilstanden er varig og alvorlig. En ville da kunne idømme forlengelser på tre år av gangen, hvor den dømte ikke har mulighet til å klage i løpet av perioden, for å unngå den belastningen dette utgjør både for offer/fornærmede, helsevesenet, justisdepartementet, og ikke minst den dømte selv. Det vil ikke være riktig hverken for den dømte eller for den psykiatriske avdelingen som skal gi behandling dersom en pasient som raskt blir frisk av sin psykoselidelse, må være innelåst i en lukket psykiatrisk enhet inntil tre år. Man kan ikke la hensynet til den allmenne rettsoppfatning være med på å utforme loven på en slik måte at man risikerer at personer blir værende i lukkede døgnavdelinger når det ikke lenger er behandlingsmessig eller samfunnsikkerhetsmessig behov for det. Dette synes å være et alvorlig rettssikkerhetsproblem, som må hensyntas ved lovutforming. Det er viktig å sikre et tett og godt samarbeid mellom justisdepartementet/påtalemyndigheten og helsesektoren rundt disse pasientene, både før og etter at dom er falt.

Pkt 24.3.7 Fornærmede og etterlattes interesser

NOUens kritikk av at varslingsplikten skal legges til de faglige ansvarlige, som får mange roller, tiltredes. Nasjonal koordineringsenheten bør kunne overta varslingsplikten, da de til enhver tid har oversikt over dømte til TPH, og tidsrammene for særreaksjonen.

V ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER OG FORSLAG TIL REGELENDRINGER

Kap 25 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er viktig at pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern ikke fortrenger «vanlige» psykiatriske pasienter. På samme måte er det viktig å sørge for at både kapasiteten og kvaliteten på det tilbudet som blir gitt i et «vanlig» behandlingsløp er så godt at ikke kapasitetsutfordringer fører til at pasienter blir dømt til TPH for å sikres adekvat og tilstrekkelig behandling. Det er en større terskel for å skrive pasienter som er dømt til behandling ut av spesialisthelsetjenesten. Pasienter som er underlagt vanlig psykisk helsevern vil ikke ha den samme garantien mot å bli utskrevet til førstelinjetjenesten.

Det synes å være en tendens til at pasienter med alvorlige sinnslidelser, også psykoser, ikke skal ha langvarig oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Man kan derfor risikere at flere dømmes til særreaksjonen tvungent psykisk helsevern for å være sikker på at oppfølgingen er tilstrekkelig. Denne sammenhengen mellom den sivile rettspsykiatrien og strafferettspsykiatrien er det viktig å ha fokus på, også når rammer og organsering av de psykiatriske helsetjenestene skal utformes.

At bygningsmasse og kapasitet på de regionale sikkerhetsavdelinger må styrkes tiltredes, både av hensyn til økt mengde judisielle døgnobservasjoner, og med tanke på flere personer som dømmes. Imidlertid må man også tenke på kapasitetsutfordringer i de lokale sikkerhetsavdelingen, hvor også mange som er dømt til tvungent vern vil behandles. Det er viktig å se på alle de regionale sikkerhetsavdelingene helhetlig, og ikke bare på avdelingen i Helse Sør Øst, selv om det kanskje er denne avdelingen som for tiden har de mest uhensiktsmessige lokalene.

Ifølge tall fra Nasjonal koordineringsenhet fra 31.12.13 var 141 dømt til TPH og 73 av dem var behandlet på sikkerhetsavdelingene og 18 på allmennpsykiatriske avdelinger og DPS døgn. Dette betyr at 52% av de dømte til TPH var i behandling i de regionale og lokale sikkerhetsavdelingene. Selv om enkelte av disse er i poliklinisk oppfølging ved disse sengeavdelingene, er det nødvendig at det er mulig å legge disse inn til lukket døgnbehandling ved behov når det foreligger forverring i helsetilstand med tilhørende øket voldsrisiko. Siden de regionale og lokale sikkerhetsavdelingene kun har 211 sengeplasser kan dette forårsake for lav sengekapasitet i denne delen av psykiatrien. Sikkerhetsplassene og andre lukkede plasser kan fort bli forbrukt for særreaksjonsdømte over lang tid både grunnet minstetiden som foreslås, og at flere personer får dom på særreaksjon. Dette vil føre til problemer med logistikken i henhold til døgnplasser i generell psykiatri. Dette problemet er forsterket av at kapasiteten av døgnplasser i psykiatrien er redusert.

Det foreslås i NOUen et tilregnelighetsbegrep som vil føre til at personer med demens og hjerneskader (men høy nok intelligens) og somatiske tilstander kan dømmes til overføring til tvungent psykisk helsevern. De problemer som disse gruppene har er ulike og behandlingstilnærmingen kan også være svært ulik. De som har demens får med stor sannsynlighet bedre behandling i geriatrike lukkede avdelinger med enheter for demente. Personer med hjerneskader kan ha svært avvikende atferd som påvirker hele behandlingsmiljøet, og hvor de heller ikke vil få spesifikk behandling rettet inn mot lidelsen. Dersom pasienter som er vurdert utilregnelige grunnet diabeteskomplikasjoner eller

bevissthetsforstyrrelser av andre typer også skal kunne dømmes til tvungent psykisk helsevern og være innlagt i lukkede avdelinger, vil dette skape enda større utfordringer når det gjelder behandlingsmuligheter. Selv en liten økning i antallet dømte, vil kunne få prosentvis store konsekvenser, og derfor også få store konsekvenser for kapasiteten i det psykiske helsevernet. I verste fall kan dette føre til at personer som trenger hjelp skrives ut for tidlig, gjør alvorlige kriminelle handlinger, for så å komme tilbake inn i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten ved å dømmes til tvungent psykisk helsevern. Dette vil være en meget uheldig utvikling.

Det er helt nødvendig at de som har ansvaret for organisering av det psykiske helsevernet tar hensyn til de endringene som nå foreslås i straffeloven, og de konsekvenser dette kan få for organisering av psykiatriske helsetjenestene. Endringene som denne rapporten foreslår må ikke kun bli et anliggende for justissektoren, men helsesektoren må involveres for å vurdere konsekvenser.

Om ungdommer:

Problemstillingene angående 15 åringer som gjør voldelige handlinger i en tilstand som er forenlig med utilregnelighet, er flere.

For det første blir det ofte opprettet barnevernstiltak for ungdommer som har hatt voldelige handlinger. Dette kan være ungdommer som har hatt atferdsproblemer og rusproblemer samt alvorlig kriminalitet. Disse ungdommene kommer som regel inn i barnevernstiltak. Ikke alle ungdommene er utredet i henhold til psykisk tilstand før barnevernstiltak opprettes. Dette gjør at også judisielle observasjoner for retten ikke har god nok informasjon om ungdommens fungering for å kunne konkludere diagnostisk angående ungdommens tilstand og prognose. Det er behov for å opprette ungdomsenhet i helsevesenet hvor disse ungdommene kan utredes både for psykisk helsetilstand og for å kunne bidra med judisielle døgnobservasjoner der hvor det er aktuelt.

Det må antas at flere ungdommer (15-18 år) vil bli dømt til særreaksjonen tvungent psykisk helsevern. Disse ungdommene har i mange tilfeller voldsproblematikk som gjør at det er vanskelig å behandle dem i vanlige ungdomsenheter. Det er av denne grunn behov for forsterket enhet for å utrede og behandle dem.

I tillegg har ungdommer behov for mer varierte aktivitetstilbud enn voksne. Dette kan gjelde både skoletilbud og aktiviteter. Det må legges til rette at slik en ungdomsenhet har slike tilbud.

Høringsuttalelse NOU 2014:10

Kommentarer ved: Øyvind Holst, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør Øst

Del II Skyldevne

Forslag til utforming av utilregnelighetsregel
Til 8.5, 8.6 og 8.9

Utvalget foreslår følgende utilregnelighetsregel:

”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 omverdenen, må likestilles med å være psykotisk, er ikke strafferettslig ansvarlig. Det samme gjelder den som handlet i en sterk bevissthetsforstyrrelse. Den som var psykisk utviklingshemmet i høy grad eller tilsvarende svekket, holdes heller ikke ansvarlig.”

Utredningens vedlegg I er en grundig redegjørelse, som gir lovgiver innblikk i fordeler og ulemper ved de ulike ordninger. Ingen løsning er optimal, og det blir opp til lovgiver å veie kryssende hensyn og erkjenne at også det valgte resultat har ulemper.

Utvalgets forslag har enkelte ulemper som etter min vurdering er så tungtveiende at lovgiver bør velge en annen løsning.

Innvending I:

Forslagets største svakhet er at det knytter skyldevne an til medisinsk terminologi – «psykotisk». Det har etter min vurdering vist seg å være et uheldig grep. Utvalget gjør selv rede for noen av de uheldige konsekvensene i pkt 6.4.3. Utvalgets begrunnelse for å holde fast på psykotisk som innledende kvalifiserende kriterium er at det på «en hensiktsmessig og relativt klar måte» avgrensar utilregnelighetsregelen til den gruppen alvorlige psykiske avvikstilstander som bør medføre straffrihet» (pkt 8.5, s.111, 1.spalte).

For det første mener jeg begrepet ikke er hensiktsmessig. Skyldevne og diagnoser er ulike størrelser. Utvalget beskriver dette treffende; ”Det dreier seg om en rettslig bedømmelse som kun skal tjene rettslige formål. Det er lovbrysterens tilstand som begrunner straffriheten. Hvorvidt han på handlingstidspunktet fremstod som så avvikende at det ikke er rimelig, rettferdig eller formålstjenlig å holde ham strafferettslig ansvarlig, er da det grunnleggende spørsmålet som dommeren må stille seg” (pkt 8.6.5.2.4). Ingen av markørene som er angitt her – rimelig, rettferdig og formålstjenlig å holdes strafferettslig ansvarlig – inngår i psykosebegrepet. Koblingen strafferettslig skyldevne og medisinsk terminologi har etter min oppfatning fellestrekk med «sammenligning av epler og pærer».

For det andre mener jeg begrepet ikke er nevneverdig klart. Utvalget gir selv et godt eksempel på begrepets diffuse innhold når utvalget skriver; ”Inn under det medisinske psykosebegrepet faller de mest forvirrede personene blant oss – de som på grunn av sin tilstand ikke evner å oppfatte omverdenen på en realistisk måte” (pkt 8.5). Om det var slik, hadde det vært unødvendig for utvalget å presisere at det i strafferettslig forstand kun dreier seg om de ”symptomtunge tilstander”. I vedlegg I fremgår at et «grunnproblem i relasjon til

psykosebegrepet er at det i stor grad mangler entydige og klare (medisinske) kriterier som angir hva som kreves for å være psykotisk, og som angir hvilke symptomer og svikter som skal foreligge og med hvilken styrke» (pkt 8). Videre fremgår at er det ulike kliniske og teoretiske perspektiver på hva det er å være psykotisk, og det mangler i stor grad entydige kriterier for psykose (se vedlegg I, pkt 9.2).

Etter snart 20 år med "psykotisk"-kriteriet i strl §44, og til tross for diverse opplæringstiltak i form av C-kurs og lignende, kan Tilregnelighetsutvalget med god grunn peke på at det "synes noe usikkert om lovforståelsen og nyansene mellom det medisinske og det rettslige psykosebegrepet har sunket inn blant de som støter på bestemmelsen i praksis" (pkt 6.4.3). I tillegg har det skapt grobunn for "rettspsykiatriske psykosedagnoser". Som utvalget påpeker er det verken behov eller rom for slike hybrider (pkt 14.3).

Innvending II:

Utvalget fremhever gjentatte ganger behovet for å skille mellom jus og psykiatri. Det er kan hende utvalgets viktigste poeng. Forslaget om å opprettholde tilknytningen mellom strafferettslig utilregnelighet og medisinsk terminologi bidrar ikke til dette helt nødvendige skillet. Enhver bruk av medisinsk terminologi innebærer en risiko for at både sakkyndige og rett kan komme til å tro at skyldevne handler om medisinske størrelser.

Tilregnelighetsutvalget peker selv på det sentrale; "psykiateren har ikke innenfor sitt fag forutsetninger for å besvare det avgjørende spørsmålet, som dypest sett er av rettslig art: Var den tiltalte i gjerningsøyeblikket så psykisk forstyrret at han ikke bør og kan holdes ansvarlig?" (pkt 1.2.2.3). Behovet for å skille mellom jus og psykiatri taler mot å holde på et medisinsk prinsipp, som «i stor grad flytter avgjørelsen av tilregnelighetsspørsmålet inn i den diagnostiske og medisinske sfæren» (vedlegg I, pkt 9.2).

Tatt i betraktning erfaringene med psykotisk-kriteriet og det velbegrunnede behovet for å skille mellom jus og psykiatri, er det etter min oppfatning et steg i riktig retning å løsne på tilknytningen til medisinske termer.

Den danske regelen om utilregnelighet åpner for et rettslig skjønn, og plasserer avgjørelsen hos domstolene. En slik utilregnelighetsregel kan også dekke behovet for en fakultativ straffrihetsregel, som har vært foreslått gjentatte ganger. Den fremste ulempen ved en slik regel er antagelig mangel på forutberegnelighet, men den plasserer usikkerheten hos domstolene og ikke hos sakkyndige.

Del III Sakkyndighet

Tilregnelighetsutvalget tar til orde for en helt nødvendig opprydning i gråsonen mellom jus og psykiatri. Utvalget påpeker helt riktig at "de sakkyndige per i dag har for stor makt over spørsmål som de verken bør eller har særlige forutsetninger til å løse" (pkt 14.2).

Sentralt fremover bør etter min oppfatning være erkjennelsen av at diagnoser ikke løser tilregnelighetsspørsmålet, og at sakkyndiges prediksjon av farlighet ikke fullt ut besvarer lovens farekriterium.

Til pkt. 15.6.2 Krav til utdanning og fagspesifikke kurs

Utvalget fremhever gjentatte ganger at det er den alminnelige medisinske og psykologiske basiskompetansen som retten skal dra nytte av. Konsekvensene av dette er flere.

For det første bør gjennomført B- og C-kurs ikke stilles som et absolutt krav, som også utvalget påpeker (pkt 15.6.2).

For det andre er det, som utvalget påpeker (pkt 15.6.2), nødvendig å endre innholdet i etterutdannelsen. I de sakkyndiges nye rolle vil det være den kompetanse på diagnoser og prognose som legene/psykologene presumptivt har med seg fra alminnelige studier og sitt daglige kliniske virke som er relevant. Etterutdanningen bør rette oppmerksomheten mot kunnskap om strafferett, straffeprosess og rolleforståelse. For kunnskap om de to første tema er strafferettsjurister de rette formidlere. Hva gjelder rolleforståelse gir erfaringene som utvalget påpeker i pkt 12.2.4, 14.2 og 14.3 egne utfordringer.

Undervisningen bør i størst mulig grad bidra til å åpne sakkyndighetsvirksomheten for "den alminnelige medisinske og psykologiske basiskompetansen som retten skal dra nytte av" (pkt 15.6.2).

Til pkt 15.6.3 Krav til klinisk virksomhet

Utvalget mener at "aktiv klinisk virksomhet" i alminnelighet vil "gi den beste innsikt i diagnostikk og behandling og oppdatert kunnskap om anerkjente kliniske retningslinjer og prosedyrer" (pkt 15.6.3). Utvalget peker her på et svært viktig poeng.

Et annet tungtveiende argument for et krav til aktiv klinisk virksomhet fremkommer i rapportens pkt 22.1.4. Her fremhever utvalget at det er "behov for sakkyndige med kunnskap om de helsetjenester som finnes og er tilgjengelige, og hvordan disse fungerer og kan koordineres for å hjelpe gjerningspersonen". Dette behovet er forankret i at retten skal legge vekt på "hva slags tilbud samfunnet ellers har å gi lovbryteren, for eksempel gjennom lov om psykisk helsevern", jfr Ot.prp.nr.87 (1993-94), s.106. I møtet med et helsevesen i kontinuerlig endring og omorganisering er det grunn til å tro at aktiv klinisk virksomhet kan gi retten den mest fullstendige og oppdaterte veiledning om "hva slags tilbud samfunnet ellers har å gi lovbryteren".

Et slikt krav vil ventelig også bidra til å åpne sakkyndighetsvirksomheten for "den alminnelige medisinske og psykologiske basiskompetansen som retten skal dra nytte av" (pkt 15.6.2, se over).

Til pkt 15.6.4 Krav til offentlig godkjenning

På bakgrunn av den helt nødvendige opprydningen mellom jus og psykiatri som utvalget tar til orde for, og med fremhevelse av den alminnelige psykiatriske fagkunnskap som det sentrale bidrag fra psykiatriens side, er det ikke behov for å innføre en egen sertifiseringsordning.

Til pkt 15.6.5 Fordeling av sakkyndigoppdrag – organisering

Utredningen nevner et forslag fra 2013 (Mæland) om at kompetansesentrene skal stå for en ny landsdekkende struktur for psykiatriske tjenester. I så fall er det et sentralt poeng – også her – å unngå sammenblanding av roller. Det er grunn til å stille spørsmål ved en ordning hvor kompetansesentrenes ansatte gir "bistand til å gjøre en faglig vurdering av hvilken type sakkyndighet som er mest egnet/nødvendig i den enkelte sak", og deretter selv kan ta sakkyndigoppdraget – som privat entrepriser.

Under enhver omstendighet er det all grunn til å understreke at organisering ikke må rukke ved det prinsipp at påtalemyndigheten og retten har valgfrihet innenfor den gruppen som fyller formalkravene.

18.1.4.4.1 Bevismessige hensyn (taushetsplikt)

Utvalget skriver at det er ”ikke holdepunkter for at gjeldende regler om taushetsplikt i praksis har vært til hinder for anvendelse av bestemmelsene”. Det er uklart for meg hva som menes her, men dersom meningen er at taushetspliktbestemmelsene ikke har vært til hinder for full opplysning av en sak, er det feil.

Del IV Samfunnsvern

Til 24.2.5.1 Generelt

Utvalget mener det neppe er hensiktsmessig med en så detaljert kategorifastsettelse av det begåtte lovbrudd som i gjeldende lov. Dette er et godt innspill. Den detaljerte kategorifastsettelse er etter min oppfatning et av de svakest funderte trekkene ved gjeldende dom på tph. En forutsetning om et tilnærmet 1:1 forhold mellom begått kriminalitet og fremtidig kriminalitet, har fulgt særreaksjonsforslagene fra og med Straffelovrådets NOU 1974:17. Kravene i strl § 39 til kvalifiserende begått kriminalitet ble utpenslet på grunnlag av Særreaksjonsutvalgets ”erfaringer om hvilke kategorier alvorlige lovbrudd sinnslidende vanligvis begår i praksis” (NOU 1990:5, s.83). Det fremgår ikke nærmere hva dette bygget på. Uavhengig av dette er det grunn til å stille spørsmål ved grunnlaget for en finmasket handlingsorientert prediksjon, når ”det viktige vurderingstemaet bør være fremtiden, og ikke fortiden” (pkt 24.2.5.1).

Til 24.2.5.2.2 Utvalgets flertall

Utvalgets flertall vil fjerne kravet til lovbrudd. Det er et forslag som berører hele grunnlaget for strafferettslige særreaksjoner. Flertallet peker på at særreaksjonen kunne ”teoretisk sett også vært plassert i lov om psykisk helsevern”. Det er riktig, men bare i teorien. Motstanden mot psykisk helsevern primært basert på samfunnsvern var en sentral årsak til oppnevningen av Særreaksjonsutvalget. Helsedirektoratets høringsuttalelse etter NOU 1990:5 er illustrerende; utvidelse av kriteriene i lov om psykisk helsevern er ”ikke ønskelig” (se Ot.prp.nr.87(1993-1994), s.46). Dermed er status som Rieber-Mohn skriver; ”Prinsipielt sett hadde det vært best om administrativt iverksatt helsevern etter psykisk helsevernloven hadde gitt et tilstrekkelig vern. Det gjør det ikke. Derfor har norsk straffelovgivning tradisjonelt etablert strafferettslige særreaksjoner, som gir et vern utover det helselovgivningen kan gi” (pkt 24.2.5.2.3). Lovbrudd er det som gir straffelovgivningen mening eller legitimitet, og dissensene fra Rieber-Mohn, Langbach, Sæther, Stoltenberg og Gröning kan nok sees i lys av dette.

Et ytterligere argument mot flertallets forslag til kvalifiserende handling er at skillet mellom de to ”sporene” inn til sikkerhetspsykiatrien viskes ut. Et krav til et visst alvor ved begått handling har vært en skranke for aktivisering av strafferettssporet, og dermed bidratt til forutberegnelighet. Med den formulering som flertallet foreslår vil antagelig de fleste pasienter som i dag er underlagt administrativt tph etter farekriteriet (phvl § 3-3, pkt 3,

bokstav b) også kvalifisere til det strafferettslige sporet. Det er uvisst hvordan justissektor og helsesektor vil se seg tjent med større grad av overlapping mellom de to sporene. Konsekvensene kan bli en mer vilkårlig og/eller uryddig fordeling av hvilke pasienter som settes på hvilket spor. For institusjonene kan økt antall domfelte pasienter komme til å endre både innhold og tempo i gjennomføringen.

Slike konsekvenser av å gå fra dagens detaljerte kategorisering av begått, alvorlig kriminalitet, til flertallets forslag om fremkalt fare for integritetskrenkelse, er i liten eller ingen grad drøftet.

Det er også verdt å merke seg at alvorlighetskravet i § 39 til begått og fremtidig kriminalitet ikke er tatt helt ut av intet. Utvalget peker selv på at kravet til begått alvorlig handling er basert på en forholdsmessighetsvurdering som gir legitimitet til det inngrepet en særreaksjon er (pkt 24.2.3.1). Utgangspunktet var at Straffelovrådets NOU 1974:17 ikke hadde et slikt alvorlighetskrav, men heller tre graderte særreaksjoner som omfattet det meste av generende og plagsom kriminalitet. Straffelovkommisjonen hevet terskelen til et krav om alvorlig kriminalitet både for begått og fremtidig kriminalitet. For det første fordi strafferettslige særreaksjoner mot utilregnelige i seg selv bør begrenses mest mulig. For det andre fordi Straffelovrådets forslag ville medføre at de fleste utilregnelige tilbakefallskriminelle kunne dømmes til en særreaksjon. For det tredje fordi særbehandling bare kunne forsvares for de særlig farlige (se NOU 1983:57, s.201, 1.spalte). Særreaksjonsutvalget fastholdt et alvorlighetskrav, uten egentlig å skille mellom alvorlig begått kriminalitet og alvorlig fremtidig kriminalitet, ettersom dette for Særreaksjonsutvalget synes å ha vært to sider av samme sak (se eksempelvis vurderingene i NOU 1990:5, s.83, 2. spalte).

Uansett hvordan man begrunner et alvorlighetskrav til begått kriminalitet, har det bidratt til å skape en viss forutberegnelighet knyttet til hvilket "spor" som aktiviseres.

På dette punkt støtter jeg forslaget til Gröning, men slik at det føyes et alvorlighetskrav til den utløsende handling i pkt 26.6.2.1.

NOU 2014:10: Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern

Kommentarer ved: Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming/autisme (PUA), Oslo universitetssykehus.

Del 2 Skyldevne

8.4.3.1 Psykose – lidelse og symptom

I opplistingen over ulike diagnostiske kategorier og deres relasjon til psykosebegrepet, er *F80-89 Utviklingsforstyrrelser* plassert i gruppen *Sykdomskategorier der psykotiske symptomer vanligvis ikke opptrer*. Det anføres videre at *Utviklingsforstyrrelser, der spesifikke utviklingsforstyrrelser som begynner i barndommen kan avta etter hvert som barnet blir eldre*. Punktet er problematisk av to grunner:

1. Psykose forekommer i høyeste grad som komorbid til utviklingsforstyrrelser i F80-89-gruppen. Det er usikkerhet knyttet til reell forekomst, men det synes å være lite grunnlag for å hevde at psykotiske symptomer vanligvis ikke opptrer hos denne gruppen (se for eksempel Gahziuddin, 2005).
2. I gruppen utviklingsforstyrrelser inngår også gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autismespekterforstyrrelser, som er medfødte, livslange tilstander hvis uttrykk riktig nok kan endre seg etter hvert som individet blir eldre og utvikler seg, men det fremstår noe misvisende å hevde at de "avtar" (Bölte & Hallmayer, 2011; Frith, 2003).

Det foreslås å flytte F80-89 slik at diagnosegruppen står plassert sammen med andre kategorier der psykose forekommer som komorbiditet. Det foreslås videre å endre beskrivelsen av diagnosegruppen til: *Utviklingsforstyrrelser, som både inkluderer spesifikke utviklingsforstyrrelser som begynner i barndommen og kan avta etter hvert som barnet blir eldre – samt gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som er medfødte, livslange tilstander*.

8.4.6.2 Psykisk utviklingshemming (ICD-10 F70-F79)

Første avsnitts innledning fremstår noe misvisende: *Utviklingshemming betegner en lav intellektuell funksjonsevne som er medfødt eller har oppstått i tidlig barnealder, og som vedvarer resten av livet*. Utviklingshemming skal i følge de diagnostiske kriteriene vise seg i løpet av barndommen, og senest før 18 år. Selv om en person har hatt intellektuelle vansker hele livet, er det ikke krav om at denne skal være diagnostiserbar i tidlig barnealder (jfr. ICD-10, se også Grøsvik, 2008; Offernes & Lorentzen, 2008).

Det foreslås å endre setningen til *Utviklingshemming betegner en lav intellektuell funksjonsevne som er medfødt eller har oppstått i barndommen, og som vedvarer resten av livet*.

Avsnittets andre setning: *Tilstanden kan skyldes [...] osv.* lister opp ulike kjente årsaker til utviklingshemming. Det er imidlertid et viktig poeng at det ofte ikke er mulig å finne noen konkret årsak til den enkeltes utviklingshemming. (Grøsvik, 2008; Offernes & Lorentzen, 2008; Tollefsen, Nielsen & Ottersen, 2011)

8.4.6.3.2 Særlig om Aspergers syndrom (ICD-10 F84.5)

Det fremstår uklart hvorfor Aspergers syndrom er valgt ut spesielt, ettersom drøftelsen i avsnittet omfatter personer med alle typer gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autismespektertilstander og intellektuell fungering i normalområdet. Det forekommer at personer med god intellektuell funksjon får diagnosene F84.0 infantil autisme, F84.1 atypisk autisme eller F84.9 uspesifisert gjennomgripende

utviklingsforstyrrelse, og de beskrevne utfordringene i avsnittet er dermed ikke spesifikke for personer med Aspergers syndrom.

Avsnittet anfører: *Det kan også være kommunikasjonsproblemer som ligner problemene forbundet med autisme [...].* Formuleringen fremstår noe underlig, all den tid Aspergers syndrom er en form for autisme og inngår i autismspekteret (Bölte & Hallmayer, 2011; Atwood, 1998).

Boks 8.6 Gjerningsmannen hadde en psykisk utviklingshemming

De sakkyndige hadde konkludert med at A var lidende av tilstanden F71.0 Moderat psykisk utviklingshemming. Ordbruken oppleves som svært uheldig. Psykisk utviklingshemming er ikke en lidelse og skal i seg selv heller ikke behandles.

Boks 8.15 Mulig autismeforstyrrelse

I det beskrevne eksemplet er det anført at de sakkyndige anså B for å være lettere psykisk utviklingshemmet, og at han hadde Aspergers lidelse. Dersom det her er henvist til den medisinske diagnosen "lett psykisk utviklingshemming", er denne og diagnosen Aspergers *syndrom* gjensidig utelukkende. Diagnosen Aspergers syndrom kan ikke benyttes dersom det foreligger en intellektuell funksjonssvikt i slik grad at personen oppfyller kriteriene til diagnosen lett psykisk utviklingshemming.

REFERANSER

Atwood, T. (1998). *Asperger's syndrome. A guide for parents and professionals*. Oxford: Jessica Kingsley.

Bölte, S. & Hallmayer, J. (red.) (2011). *Autism Spectrum Conditions: FAQs on Autism, Asperger Syndrome and Atypical Autism by International Experts*. Cambridge MA: Hogrefe

Frith, U. (2003) *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell Publishing.

Ghaziuddin, M. (2005). *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers

Grøsvik, K. (2008). Diagnostisering av utviklingshemning hos barn. I Eknes, J., Bakken, T. L., Løkke, J. A. & Mæhle, I. (red.): *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*, s. 17-34.

Offernes, N.-Ø. & Lorentzen, E. (2008). Diagnostisering av utviklingshemning hos voksne. I Eknes, J., Bakken, T. L., Løkke, J. A. & Mæhle, I. (red.): *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*, s. 35-50.

Tollefsen, M.-H., Nielsen, A. T. & Ottersen, J. (2011). Habileringsforløp for barn med utviklingshemning. I Lunde, E. V., Lerdal, B. & Stubrud, L. H. (red.): *Habilitering av barn og unge. Tiltak for helsefremming og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget.

HØRING NOU 2014:10: SKYLDEVNE, SAKKYNDIGHET OG SAMFUNNSVERN

KOMMENTARER VED: SEKSJON PSYKOSEBEHANDLING, PETTER ANDREAS RINGEN MD PHD

SKYLDEVNE

- **Grunnlaget for utilregnelighetsregler (1.2.2.2)**
- "Hensynet til samfunnsvernet bør ikke ha noen innflytelse på avgrensningen av hvem som anses utilregnelig". *Dette kan bli uklart all den tid hvilke forbrytelser som skal kunne føre til særreaksjon i stor grad ser ut til å bli bestemt av samfunnsvernens hensyn.*
- **Utvalgets valg av prinsipp (Kapittel 8, 1.2.2.3)**
- "Psykosene 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.
- Blandet vs medisinsk prinsipp. Tilbakemeldinger fra klinikerne ved lokal sikkerhetsavdeling: Personer med beviselig evne til å forstå loven (psykologisk kriterium) eller ingen plausible (vrang)forestillinger som kan forklare handlingen, evt med tydelig ikke-patologisk motiv (kausalitetsprinsippet) bør kunne straffes?
- **1.2.3.5 Beviskravet ved tilregnelighetsbedømmelsen (1.2.3.5)**
- Positivt at sakkyndige kun skal vurdere med bakgrunn i et faglig system og ikke lovens kriterier.
- **Selvforskyldt utilregnelighet (Kapittel 9, 1.2.2.6).** Det anføres et unntak for fritak for straffansvar når personen har satt seg selv i en avvikstilstand *vel vitende* om at dette innebærer alvorlig risiko (min utheving). Prinsippet om straffansvar ved selvforskyldt rus er sentralt og viktig, men problemene ved alvorlige avhengighetstilstander tas her for enkelt på. Evnen til å ta ansvar for egne handlinger er redusert ved psykoselidelser generelt, men i særskilt grad når det er rusavhengighet.
- Det beskrives et eksempel på et klanderverdig selvutløst psykotisk anfall der en pasient unnlater å ta medisiner som han vet er nødvendige for å holde sykdommen i sjakk. Det er svært varierende innsikt hos pasientene i viktigheten av å ta medisiner, selv der virkning og risiko ved seponering er godt dokumentert, adherence er generelt lav i gruppen og dette kan sees på som en del av lidelsen.
- **9.5.3.2.5 s157: s159 UKLART: sammensatte sammenhenger mellom adferd og psykiatri; hovedtyper av sammenhenger mellom rusmiddelbruk og psykiske lidelser:** 1) Rusutløste (forbigående) psyk.lidelser. Dette henger ofte, men ikke alltid, sammen med sårbarhet for psykisk lidelse. 2) Rusmisbruk som over tid fører til psyk.lidelser. 3) Psyk.lidelser som kommer av lang tids rusmisbruk, f.eks pga abstinens eller hjerneskade. 4) Felles faktorer (f.eks sosiale forhold i oppveksten) som gir økt risiko for både senere rusmisbruk og psyk.lidelse. 5) Felles genetisk sårbarhet for begge tilstander

SAKKYNDIGHET

- **Avgrensning av rollen (Kapittel 12, 13, 17, 1.3.2.1).** Sakkyndige skal utrede sinnstilstanden på eget faglig grunnlag, retten skal vurdere om tilstanden dekkes av lovens uttrykk om utilregnelighet. Dette er bra.

- **Krav til kompetanse (Kapittel 15, 1.3.2.2).** Pga behov for bedømming av somatiske/psykosomatiske forhold må minst en av de sakkyndige bør være godkjent spesialist i psykiatri. Ellers enten psykiater eller spesialist i klinisk voksenpsykologi. Etterutdanningskrav bør tydeliggjøres, bl.a som minst A/B/C-kurs. Minst en bør jobbe klinisk? Andre typer sakkyndighet kan brukes som vitner.
- **Oppnevning (Kapittel 16, 1.3.2.3)**
- Politiet bør være aktive for å vurdere behovet. Kompetansesentra holde oversikter over valgbare sakkyndige.
- **RMK (kapittel 19)** Bør ikke kunne sertifisere pga habilitet.
- **Observasjon etter §167 (kapittel 18).** Bør oftest vare i mer enn 4 uker, minst 3 måneder er ofte nødvendig for å kunne gjøre en god vurdering.

SAMFUNNSVERN

- **Vilkår (Kapittel 21, 1.4.1. /1.4.2.1).** Pønale elementer skal ikke være tilstede i reaksjonens innhold. Inngrep vil bare være berettiget når det er egnet, når det er behov for inngrepet, og når det står i et rimelig forhold til de goder man søker å beskytte. Dette står i motsetning til hvilke lovbrudd som kan medføre særreaksjon, minstetid og varsling, samt hindre for å overføre til soning.
- **Gjennomføring (Kapittel 24, 1.4.3)**
- **24.3, 1.4.3.1.** «PHV skal ha ansvaret. Innholdet i institusjonen må fylles med positivt og meningsfullt innhold. Domfelte må ikke utsettes for andre innskrenkninger/inngrep enn de som er nødvendige av hensyn til behandling eller sikkerhet. Det skal legges til rette for livsutfoldelse».
- I tillegg bør det presiseres at kunnskapsbasert behandling skal være aktiv og krever tiltak utover sikring, skjerming, samtaler og medisiner. Ved overdrevne sikkerhetskrav vil dette synet raskt kunne utfordres.
- NB ressurskonsekvenser (se under): Institusjonene må rustes opp til et bygningsmessig forsvarlig nivå både sikkerhets- og behandlingsmessig. Kapasiteten må økes.
- **Overføring til kriminalomsorgen (24.3.3, 1.4.3.2). Opphold i lukket institusjon (24.3.4, 1.4.3.4). Varighet/minstetid (24.3.5, 1.4.3.5).**
- Overføring til kriminalomsorgen bør kunne videreføres, og bør få større omfang. Upsykotiske pasienter kan per def ikke «behandles» i sykehus, tilbakefallsforebyggende tiltak vil oftest ikke skje i sykehus. Grunnvilkår at domfelte ikke lenger er i en utilregnelighetstilstand, men likevel er farlig. Etter nye regler kan de derfor fortsatt være psykotiske (vurdering av psykose+symptomer+evt funksjon).
- Hvem skal ta ansvar for samfunnsvern: Helsevesenet eller kriminalomsorgen? Samfunnsvernaspektet er en del av straffeinnholdet. Helsevesenet har pasientens ve og vel som sitt primære objekt. Oppbevaringsrolle/sikkerhetsrolle undergraver aktiv behandlingsfilosofi.
- «Uhelbredelig syke» bør kunne plasseres og påpasses på sikkerhetspsykiatriske sykehjem (både kap5 og 3).
- Det anføres at de som tilhører gruppen med varig sykdom og farlighet lar seg påvise med stor grad av sikkerhet. Dette føres som argument for minstetid i institusjon og at kun påtalemyndigheten eller retten kan bestemme dette. Det trengs en definisjon av lukket institusjon. Slik prognose vil under en rettsak ofte være beheftet med stor grad av usikkerhet, bør evt kunne begjæres av behandlende institusjon i samråd med påtale. Risiko for overforbruk av dette. En vil ofte kunne komme til samme problem som beskrevet over.

- **Fornærmede og etterlattes interesser (24.3.7).** Faglig ansvarlig bør ikke ha pålagt kontakt med fornærmede og etterlatte. Dette er svært uheldig rolleblanding, påtale bør ta seg av formidling av denne informasjonen. Subsidiært nasjonal koordineringsenhet.
- **Økonomiske og administrative konsekvenser (kapittel 25).** Samnsynlig med flere på dom i årene som kommer. Ressursbruk kan rettes til de med dom på bekostning av andre med behov for døgnopphold. Svært bekymringsfull prognose for døgnplasser ift anbefalt dekning og demografisk utvikling, sikkerhetsplassbehov i sammenheng med annet behandlingstilbud. Mer byråkratisering av behandlerrollen krever ressurser. Nybygg mer behandlingseffektive (behandlingskvalitet og drift) og sikrere.

HØRING NOU 2014:10: SKYLDEVNE, SAKKYNDIGHET OG SAMFUNNSVERN

KOMMENTARER VED SØNDRE OSLO DPS, ERLING ANDREAS GROTTLE OG TINA NOREN.

Vi har lest følgende avsnitt og sider (i kapittel):

1. "Psykose" fra side 97 t.o.m. 114 (kap 8)
2. "Gjeldende rett" fra side 307 t.o.m. 330 (kap 22)
3. "Nye regler om særreaksjoner" fra side 342 t.o.m. 350 (kap 22)
4. "Gjennomføring" fra side 356- 368 (kap. 22, 24.3.1-24.5.2)

Kommentarer:

1. Kapittel 8 s 98, siste avsnitt på venstre side:

"Sykdomskategorier der psykotiske symptomer vanligvis ikke opptrer: [...] -F 80-89: utviklingsforstyrrelser, der spesifikke utviklingsforstyrrelser som begynner i barndommen kan avta etter hvert som barnet blir eldre".

Dette er en uheldig formulering da dette F 80-89-spekteret jo også inkluderer autismespekterforstyrrelsene, som er overrepresentert med psykoser. Har også sendt kommentar til Arvid Kildal som også sitter i arbeidsgruppen, da han jobber med målgruppen og kanskje kan gi konkrete tall hvis nødvendig.

2. Kap. 22, s. 313 (siste avsnitt på siden- s. 314 øverste avsnitt på venstre side):

"Dersom det er av betydning for fornærmede i straffesaken og dennes etterlatte å få kjennskap til tidspunktet for opphør av dom på tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige varsle fornærmede eller dennes etterlatte på forhånd."

samt s. 314 tredje avsnitt høyre side:

"Bestemmelsene i første til tredje ledd gjelder bare så langt fornærmede eller dennes etterlatte ønsker slik varsling?"

Hvordan skal dette undersøkes og videreformidles til ulike behandlingsinstanser som etter hvert overtar ansvaret for behandlingen av den domfelte?

Ønsker fornærmede/etterlatte at faglig ansvarlige oppsøker dem etter flere år for å undersøke dette? Er det påtalemyndighetene dersom evt. skal ha ansvar for å videreformidle informasjonen?

3. Ingen kommentar

4. Kap. 24, s. 357, fjerde avsnitt på høyre side:

"På bakgrunn av samtaler med sentrale aktører i norsk psykiatri, er det imidlertid utvalgets inntrykk at det psykiske helsevernet i større grad enn tidligere, anser det hensiktsmessig å ta ansvar også for avvikende personer hvor utsiktene til bedring er meget små."

Det er vanskelig å tro at denne oppfatningen kan være representativ for gjeldende oppfatning innen psykisk helsevern da dette jo tildeler det psykiske helsevernet en oppbevaringsfunksjon for en gruppe som er svært ressurskrevende uten at man kan forvente effekt av tiltaket. Kunne ikke denne gruppen ha blitt ivaretatt innefor rammene av tvungen omsorg?

Det er problematisk dersom spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern skal tildeles en "oppbevaringsfunksjon" for pasienter med dom til TPH. For det første bryter ofte særreaksjonen med det generelle hjelperperspektivet innen psykisk helsevern. Fra å være primært en hjelper, blir vedtaksansvarlig ofte plassert i en dobbeltrolle hvor en skal være både en hjelper og en kontrollinstans/fangevokter for pasienten med særreaksjon.

Det er bekymringsfullt dersom det forventes at spesialisthelsetjenesten skal i økende grad bli en oppbevaringsplass, uten at det blir en tilsvarende ressursøkning for dette formålet. En oppbevaringsfunksjon vil på sikt medføre en akkumulering av pasienter med særreaksjonen dom til TPH. Mange av pasientene som får særreaksjonen har liten utsikt til bedring, og dette vil medføre en opphopning av pasienter med dom til TPH.

Uendret økonomi med økte arbeidsoppgaver vil svekke DPSene sine muligheter til å kunne prioritere ressursbruken sin. En slik oppbevaringsfunksjon vil føre til at andre pasienter (ikke underlagt dom til TPH) får et dårligere behandlingstilbud pga. ressursene flyttes i økende grad over til "oppbevaringspasienter". Dette er svært uheldig, siden det går utover pasienter som kommer frivillig og med et større bedringspotensialet. Å opprettholde et godt behandlingstilbud til alle pasientene er viktig, og kommer både pasienten og samfunnet til gode. Dersom det forventes at spesialisthelsetjenesten skal ha en oppbevaringsfunksjon, bør det opprettes en egen enhet som jobber med pasienter dømt til TPH. Vi går ikke inn på hva slags linjenivå en slik enhet bør plasseres, og om det bør inkludere pasienter underlagt TPH (uten særreaksjon).

En sidekommentar er at flere som får særreaksjonen dom til TPH har ofte hatt et alkohol og narkotikarusmisbruk i forkant av den voldelige episoden(e) som særreaksjonen. Det er nulltoleranse for bruk av narkotiske rusmidler, men hvordan skal vedtaksansvarlige stille seg til pasienter som fortsatt drikker alkohol på en ansvarlig måte? Alkohol er et lovlig rusmiddel som nytes av flertallet av den norske befolkningen. Samtidig reduserer alkohol impuls kontrollen, og det er ikke gitt at en person underlagt særreaksjonen aldri kan bli overstadig beruset, og havne i en situasjon hvor den domfelte blir voldelig. Det er begrenset mulighet for vedtaksansvarlig ved en poliklinikk å kontrollere hvor mye pasienter drikker til enhver tid. Hvordan skal dette balanseres opp mot samfunnsvern og at "rammene skal legges til rette for livsutfoldelse"? (side 258).

NOU 2014:10 SKYLDEVNE, SAKKYNDIGHET OG SAMFUNNSVERN HØRINGSUTTALELSE.

KOMMENTARER VED: REGIONAL SIKKERHETSAVDELING HELSE SØR-ØST, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF ANGÅENDE

Generelt

NOU 2014:10 er et omfattende dokument som omhandler flere rettspsykiatriske temaer. Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst har sine oppgaver innen rettspsykiatri, hvor sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatrisk sakkyndighet er virksomhetsområdene - slik at temaene i NOU 2014:10 er meget aktuelle for vår virksomhet.

Tilregnelighet, skyldvne

I NOU2014:10 foreslås det biologiske prinsipp for tilregnelighet beholdt, og det foreslås også en viss utvidelse av begrepet for å innnta tilstander som kan likestilles med å være psykotisk i rettslig forstand (se side 374, 26.2.1.1).

Den foreslåtte formuleringen av straffeloven § 44 er følgende: *”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 omverdenen, må likestilles med å være psykotisk, er ikke strafferettslig ansvarlig. Det samme gjelder den som handlet i en sterk bevissthetsforstyrrelse. Den som var psykisk utviklingshemmet i høy grad eller tilsvarende svekket, holdes heller ikke ansvarlig.”*

Argumentasjon for å beholde det biologiske prinsipp og å utvide hvilke kriterier som gjelder fremkommer i kap 8. Hovedgrunnen er at Tilregnelighetsutvalget mener det er klarhet og enighet om hva menes med psykose innen psykiatrien og at dette gjøres ut i fra diagnosesystemets (ICD-10)symptomkriterier. Det antas også at kliniske begreper kan oversettes til rettslige begreper uten større problemer.

I NOU 2014:10 fremkommer det slik vi ser det et enkelt syn på den komplekse prosessen som må gjøres ved klinisk vurdering av psykoser og diagnostisering av psykiske tilstander. Psykosebegrepets kompleksitet kan ikke forklares alene med tilstedeværelse av symptomer av en viss tyngde og et visst omfang. I tillegg til symptomene vil blant annet funksjon, realitetsbrist og muligens også lidelsestrykk være en del av vurderingen om hvorvidt klinisk psykotisk tilstand foreligger. Konkret kan det sies at NOU 2014:10 forutsetter enighet om klinisk psykosebegrep som ikke nødvendigvis foreligger i kliniske miljøer eller i de rettspsykiatriske miljøene i landet, selv om alle miljøene bruker samme diagnosesystem. Det kan hende at bruken av det rettslige begrepet ”psykose” likevel bør knyttes opp til kliniske vurderinger på psykose fordi det ikke finnes bedre definisjoner på rettslig psykose, men begrepets kompleksitet og forskjeller på rettslig og klinisk psykose bør ikke undervurderes. Det er uklart om rettslig presisering av psykosebegrepet slik som foreslås på side 111 (kap 8.5) gjelder kun likestilte tilstander eller også psykose i rettslig forstand, da lovteksten som foreslås bruker ”eller” mellom disse. NOU2014:10 foreslår at visse kriterier gjelder for likestilte tilstander, men det er ikke helt klart om de mener dette også skal gjelde psykose, særlig i lys av så sterk fokus i diskusjon om psykose om tilstedeværelse av symptomer og symptomenes tyngde som nærmest skal definere rettslig psykose. Men hva angår likestilte tilstander er det *”sviktende funksjonsevne, forstyrret tenkning og for øvrig manglende evne til å forstå sitt forhold til omverdenen”* som skal definere disse. På grunn av denne utydeligheten oppstår dessverre en uklar definisjon på rettslig psykose og likestilte tilstander i NOU2014:10. NOU2014:10-en diskuterer i 8.6.5.2.5 (side 129-130) tilstander som kan være aktuelle for strafferettslig utilregnelighet og nevner da diabetesrelaterte tilstander, demens, delirium, disossiative lidelser, utviklingsforstyrrelser, samt særlige symptomer i tilknytning til

kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd. Disse tilstander må likevel vurderes konkret i hvert tilfelle.

Sakkyndighet

NOU2014:10 foreslår at rettsoppnevnte sakkyndige i rettspsykiatri skal være spesialister i psykiatri eller psykologi. Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, har en del kontakt med rettspsykiatriske sakkyndige i forbindelse med judisielle døgnobservasjoner jfr. straffeprosessloven § 167 og pasienter som undergår rettspsykiatriske vurderinger mens de er innlagt på Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst. De erfaringer som vi har gjort tilsier at spesialistkunnskap og klinisk erfaring er ønskelig for å gjennomføre gode vurderinger innen psykiatri og rettspsykiatri, da dette gir bedre forståelse og kunnskap og fører til bedre dialog med helsevesenets ansatte. Det antas at dette også vil føre til bedre kommunikasjon av fagfeltets vurderinger overfor rettsvesenet via rettspsykiatriske undersøkelser for retten.

Stprl § 167, tvungen psykiatrisk undersøkelse (judisiell døgnobservasjon)

I kap. 18.3 (side 269-270 og 273) diskuteres rettspsykiatriske undersøkelser jfr stprl § 167, altså innleggelse i institusjon for psykiatrisk undersøkelse. Det foreslås høy terskel for å gjennomføre slike undersøkelser og at de ikke varer lengre enn 4 uker - selv om observasjonstiden kan forlenges. Det påpekes et uforholdsmessig inngrep i observandens liv ved slike innleggelser.

Ifølge erfaringer som Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst har gjort seg så langt, kan indikasjon for judisielle døgnobservasjoner være at observandene ikke samarbeider med de rettsoppnevnte sakkyndige, at tilstanden er komplisert eller at observandens atferd er vanskelig å tolke. Det er meget forskjellig hvor lang observasjonstid som trengs for å avklare tilstanden. Det er ofte behov for lengre tid enn 4 uker for å avklare symptomer, fungering og sykdomsbilde - særlig hvor observander har blandet rusproblem eller bruker psykoaktive medisiner. Rusmidler og medisiner kan komplisere diagnostiske vurderinger i slik grad at det er vanskelig å svare på rettens mandat.

Selv om det er viktig ikke å gjøre uforholdsmessige inngrep i folks liv må det likevel påpekes at vurdering på dette opp mot eventuell straffedom, særreaksjon eller henleggelse må veie inn i den vurdering som gjøres når det tas beslutning om bruken av judisielle døgnobservasjoner jfr stprl § 167.

Prejudisielle observasjoner/foreløpige sakkyndige erklæringer

I kapittel 18.4.3.1 er prejudisielle observasjoner diskutert meget kort. Formålet med slike undersøkelser er å avklare om det skal gjennomføres full judisiell observasjon eller rettspsykiatrisk undersøkelse.

Regional sikkerhetsavdeling Dikemark har en enhet som gjennomfører slike undersøkelser. Erfaringen tilsier at slike undersøkelser bør gjøres hvor det er mistanke om rusproblemer og hvor det foreligger uavklarte psykiske problemer hos gjerningsmenn. Fordelen med prejudisielle observasjoner er at de gjøres ofte kort tid etter straffbar hendelse slik at det foreligger en psykiatrisk vurdering av gjerningsperson på tidlig tidspunkt. Dette kan også bidra til den vurdering som de rettsoppnevnte sakkyndige i saken skal gjennomføre for retten.

Varslingsplikt

I NOU2014:10 kap. 24.3.7 (side 364-5) diskuteres varslingsplikten overfor fornærmede og etterlatte i straffesaken. Ansvar for varslingen er i nåværende psykisk helsevernlov § 5-6 pålagt faglig ansvarlig for den domfelles behandling. Fra helsevesenet har det flere ganger blitt påpekt at lovgiver forventer at faglig ansvarlig for behandlingen har svært mange roller

overfor den domfelte og at noen av disse oppgavene, som varlingsplikten, kan komme i konflikt med gjennomføring av god behandling.

NOU2014:10 foreslår at varsling til etterlatte og pårørende legges til Nasjonal koordineringsenhet som er organisert under Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst. Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst ser fordeler og ulemper med den ordning som NOU 2014:10 foreslår. Det er nødvendig at faglig ansvarlig gjør en konkret vurdering av om etterlatte og fornærmede skal varsles og dette krever et vedtak. For å fatte slikt vedtak må faglig ansvarlig først få informasjon fra påtalemyndigheten om fornærmede og etterlatte samt informasjon om det foreligger sikkerhetsmessige grunner til at slik varsling ikke skal foregå. Når vedtak om å varsle fornærmede og etterlatte er fattet av faglig ansvarlig vil det først være aktuelt at andre aktører kommer på banen, som Nasjonal koordineringsenhet eller påtalemyndigheten - for å ta seg av de praktiske sidene ved å sende ut informasjon til de aktuelle. En sentral instans som varsler vil ikke frigjøre den faglig ansvarlige fra å gjøre vurderinger og informere varslingsinstansen om planlagte endringer av behandlingsopplegget (overføringer) til den domfelte samt informere om eventuelle rømninger eller uteblivelser fra permisjon.

En sentral instans som varsler kan sikre lik informasjon til etterlatte og fornærmede og like rutiner ved varsling i hele landet. Det kan også sikre at informasjon om fornærmedes og etterlattes navn og adresser finnes i pasientens journal, som pasienten senere kan få innsyn i. Overføring mellom institusjoner og avdelinger må gjøres i god tid siden påtalemyndigheten har 3 ukers klagefrist og rutineene kan ivaretas. Det vil kreve noe mer organisering og samarbeid mellom helsevesenet og Nasjonal koordineringsenhet å varsle om planlagte permisjoner, siden helsevesenet ikke bestandig planlegger permisjoner mange uker i forveien. Når det kommer til rømninger og uteblivelse fra permisjoner er det noe mer vanskelig å gjennomføre varslinger via Nasjonal koordineringsenhet, da denne må inneha vaktordning for å ta seg av dette døgnet rundt og året rundt. Dette vil kreve betydelig økning i resurser og bemanning i Nasjonal koordineringsenhet.

Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, motsetter seg ikke en slik ordning, men påpeker behovet for betydelig økning i bemanning for å kunne gjennomføre dette som skissert over. Enten denne oppgaven legges til Nasjonal koordineringsenhet eller påtalemyndigheten.

Selvforstyldt utilregnelighet seponering av medisiner

I kapittel 9 i NOU 2014:10 blir selvforstyldt utilregnelighet på grunn av seponering av medisiner diskutert (kap 9.5.3.2.3 og 9.5.3.4.3, side 158 og 162). Det foreslås at personer med psykotiske lidelser som slutter å ta sine medisiner kan ha ansvaret for handlinger begått i psykotisk tilstand. Dette synet forutsetter at den psykotiske personen som sluttet å ta sine medisiner tok sin beslutning på rasjonelt vis. Det er nok ikke bestandig slik da bivirkninger av medisiner, de første symptomene på psykose, realitetsbristen som følge av psykotisk tilstand kan ha begynt tidligere en andre kan se og at atferden er mindre viljestyrt enn antatt av andre. Rasjonalet bak beslutningen kan faktisk bygge på manglede skyldbevne. Som gjør dette til et tvilsomt prinsipp.

Samfunnsvernet

Samfunnsvernet er tema i del IV fra side 301 i NOU 2014:10. Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst ønsket å nevne noen poenger som fremkommer i rapporten.

Mindre voldelige hendelser kan føre til idømmelse av særreaksjon

NOU 2014:10 foreslår at terskelen for lovbruddets fare for andre blir senket hva angår særreaksjonen tvungent psykisk helsevern (Kap 24-2.5.1 og 2, side 350-1). Utvalget mener at

samfunnets behov for beskyttelse av viktige goder som liv og helse er akseptabel der hvor det foreligger gjentagelsesfare.

Det er meget sannsynlig at lavere terskel for voldelig handling vil føre til at flere personer vil kunne oppfylle kravene til å bli dømt til overføring til tvungent psykisk helsevern og til tvungenomsorg.

Minstetid

I NOU2014:10 diskuteres om retten kan idømme personer til dom på overføring til tvungent psykisk helsevern - som har minstetid på inntil 3 år - uten mulighet til å anke (24.3.5 side 362-3). Ifølge rapporten skal slik minstetid foregå i såkalte "lukkede psykiatriske avdelinger".

Begrunnelsen som gis er at dette er viktig tiltak for samfunnsvernet i henhold til personer som utgjør stor fare for andres liv og helse. Særreaksjonen dom til overføring til tvungent psykisk helsevern brukes overfor utilregnelige lovbrutere med voldsatferd, hvor det vurderes å foreligge gjentagelsesfare. På mange måter bryter minstetiden med konseptet om at særreaksjonen ikke skal fortsette etter at gjentagelsesfaren er overstått eller vesentlig redusert. Ved oppstart av særreaksjon er det ikke bestandig lett å vite hvilke personer som har nytte av behandling og hvor gjentagelsesfaren evt blir redusert eller forsvinner. Dette taler for ikke å bruke minstetid, men la pasientens kliniske utvikling styre lengden av særreaksjonen, slik som det har vært inntil nå. Hensikten med særreaksjoner er ikke å straffe, men å ivareta samfunnsvernet. En minstetid besluttet av retten kan føre til at personer som har gjennomført oppsiktsvekkende voldelige handlinger står i fare for å bli idømt minstetid uten at den kliniske tilstanden eller samfunnsvernet tilsier at dette er nødvendig.

Lukkede psykiatriske avdelinger

Siden det ikke finnes noe i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste som heter "lukkede psykiatriske avdelinger" er det ikke klart hvilken type psykiatriske avdelinger det henvises til. Det kan være nærliggende å tenke at det henvises til sikkerhetsavdelingene i landet, men dette fremgår ikke klart av rapporten. Det er dog viktig å presisere at ingen psykiatrisk avdeling er organisert slik at alle pasienter er innestengte bak låste dører. Som regel har pasienter varierende utgangstatus og det er varierende tiltak rundt hver pasient. Det praktiseres altså behandling og samfunnsvernet ivaretas for de dømte med ulike tiltak, som ikke alle nødvendigvis dreier seg om lukkede dører. Hvis Tilregnelighetsutvalget tenker seg innføring av en slags fengselslignende lukkede avdelinger, som de som idømmes minstetid skal være i, kan det være behov for omfattende endringer av psykiatrien og sikkerhetspsykiatrien i landet for å imøtekomme slik ordning.

Utvidelse av utilregnelighetsbegrepet i strl § 44

Utvidelse av tilregnelighetsbegrepet til å inkludere flere psykiske og somatiske lidelser kan prinsipielt være riktig beslutning, da de kan være uten skyldevne slik som NOU 2014:10 påpeker. Det er likevel slik at det legges opp til at personer med andre tilstander enn psykiske lidelser kan dømmes til overføring til tvungent psykisk helsevern. Dette er problematisk da det ikke nødvendigvis er god helsehjelp å dømme folk med diabetes, demens eller alvorlige hjerneskader til et opphold i psykiatriske avdelinger. Personer med slike tilstander vil kunne få bedre helsehjelp i andre deler av helsevesenet. En utvidelse av særreaksjonen overføring til dom på tvungent psykisk helsevern vil kunne føre til at personer behandles i spesialisthelsetjenesten hvor spesialkompetansen på tilstanden ikke foreligger. Dette er problematisk konsekvens av slik utvidelse av utilregnelighetsbegrepet.

Farevurderinger/voldsrisikovurderinger

NOU 2014:10 diskuterer såkalte farevurderinger (kap 24). Uansett gir Tilregnelighetsutvalget inntrykk av at farlighetsvurderinger er godt egnet til å vurdere fremtidig fare for voldelige handlinger og at de av denne grunn kan brukes i rettsvesenet for å avklare om det foreligger gjentagelsesfare som tilsier idømmelse av særreaksjon og opprettholdelse av særreaksjoner. Psykiatriske fagmiljøer har gått bort fra slik terminologi og bruker voldsrisikovurderinger som terminologi. Utviklingen angående slike vurderinger går i retning av å vurdere faren for voldelige handlinger i behandlingssammenheng slik at man vurderer mer metoder for å redusere faren. Målsetningen er derfor å hindre vold, men ikke å forutse vold. Kliniske verktøy har utviklet seg bort fra rettens behov og det ser ut for at denne utviklingen fortsetter fremover.

Hva angår farevurderinger som NOU2014:10 diskuterer, så er rettsvesenets behov for slike vurderinger ikke helt i samsvar med den fokus som råder i kliniske miljøer angående voldsrisikovurderinger.

Unge lovovertredere /ungdommer

Det er en svakhet at NOU2014:10 knapt nok diskuterer de problemer som unge lovovertredere (15-18 år) utgjør. Diskusjonen som fremkommer i rapporten på side 377-8 preges av misforståelser om flere forhold. Siden strafferettslig lavalder er 15 år vil personer som gjør voldshandlinger i alderen 15-18 år kunne være gjenstand for rettspsykiatriske vurderinger - hvis det foreligger mistanke om psykiatrisk tilstand og eventuelt rusmisbruk med påfallende atferd. For det første er det viktig at det oppnevnes minst en (helst to) rettspsykiatriske sakkyndige som har erfaring med å vurdere barne- og ungdomspsykiatriske tilstander. For det andre vil det i noen tilfeller være behov for å gjennomføre observasjon etter stprl § 167 for disse ungdommene for å gjøre god og grundig vurdering der hvor det foreligger manglende samarbeid fra ungdommens side, hvor det foreligger komplekse tilstander eller tilstand hvor det er vanskelig å tolke den atferd som observeres. For det tredje vil ungdommer som blir funnet utilregnelige bli dømt til særreaksjonen dom på overføring til tvungen psykisk helsevern (eventuelt tvungen omsorg). Per i dag er det ikke mange nok behandlingsplasser i ungdomspsykiatrien som klarer å gi god behandling og sikre samfunnsvernet knyttet til voldelige ungdommer med utfordrende atferd over lengre tid. Denne situasjonen vil føre til at de psykotiske ungdommene plasseres i helseforetakenes sikkerhetsavdelinger, sammen med voksne personer med psykiske lidelser og voldsatferd, noen ganger uten at ungdommen får de aktivitets-, utdannings- og behandlingstilbudene som de burde få grunnet sin alder.

Situasjonen for unge lovbrøyttere i Norge er prekær. Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst har erfaring med behandling av noen av disse ungdommene. Vi ser med alvorlig bekymring på situasjonen for unge lovbrøyttere som ikke får god nok psykiatrisk vurdering før rettskraftig dom og som så kan dømmes til psykiatrisk behandling uten at det finnes gode behandlingssteder for disse ungdommene, hvor samfunnsvernet samtidig kan ivaretas. Det haster for samfunnet å ordne opp i slike forhold.

Konsekvenser av overnevnte forslag i NOU 2014:10

En utvidelse av tilregnelighetsbegrepet vil føre til at flere personer vil kunne bli idømt særreaksjonene tvungen psykisk helsevern og tvungen omsorg. Det er viktig at slik økning ikke vil gå på bekostning av andre pasienter som trenger psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, men at økningen møtes med økning i resurser for å gi alle gruppene gode behandlingstilbud. Dessverre er det slik at noen av de tilstander som nevnes hos pasientgruppene som kan vurderes som likestilt med rettslig psykose - som demens, hjerneskader, og utviklingsforstyrrelser - er tilstander hvor behandling som regel ikke fører til bedring i

tilstanden og hvor omsorgsbehovene vedvarer. Dette vil kunne føre til at personer med slike tilstander opptar døgnplasser i psykiatrien over lang tid og som dermed kan redusere psykiatriens muligheter til å gi andre pasienter behandlingstilbud.

Hvis retten skal ta beslutninger om minstetid i lukkede psykiatriske avdelinger kan det også føre til mer langvarig bruk av sengeplasser i psykiatrien for de som dømmes.

Ved at vilkårene for voldelige handlinger som kan føre til dom på overføring til tvungent psykisk helsevern blir utvidet med lavere kriminalitetsterskel vil flere personer kunne få dom til tvungent psykisk helsevern.

Generelt kan det sies at de endringer som foreslås må vurderes i lys av faktiske forhold i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i Norge. Det har foregått omfattende nedskjæringer av døgnplasser i psykiatrien, slik at det ved årsskifte 2013-2014 var det 3867 døgnplasser i psykiatrien i Norge. Dette er spesielt fordi man i slutten av Opptappingsplanen i 2008 hadde besluttet at det var behov for 6565 sengeplasser. Siden 2008 er det ikke blitt oppdaget eller utviklet nye behandlingsmetoder for de pasientgruppene som bruker døgnplassene i psykiatrien som tilsier at det er redusert behov for innleggelser. I tillegg har flere pasienter som innlegges i psykiatriske avdelinger samsykelighet med rusmisbruk, gjerne med ulike narkotiske stoffer, som gjør at behandlingen av grunnlidelsen er mer tidkrevende og komplisert. Dette tilsier økt behov for bruk av døgnplasser enn i 2008 og ikke redusert behov. Hva angår sikkerhetspsykiatrien, fantes det 211 døgnplasser på regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i Norge i oktober 2013. Ved årsskifte 2013-2014 var det 141 person som hadde dom til tvungent psykisk helsevern i Norge og 73 av disse var innlagt i sikkerhetsavdelingene. Økning i antall dømte til tvungent psykisk helsevern vil kunne forringe sikkerhetspsykiatriens muligheter til å avhjelpe andre psykiatriske avdelinger som har innlagte pasienter med voldsatferd og som ikke har dom til tvungent psykisk helsevern. Situasjonen angående ungdommer med voldsatferd og som har utredningsbehov for rettslige og helsemessige grunner er for dårlig i Norge. Det er også behandlingssituasjonen for de ungdommer som dømmes til tvungent psykisk helsevern.

Avslutningskommentarer

Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst har valgt ikke å gå inn i alle lovformuleringer som foreslås i NOU2014:10. Det anses som mer viktig å diskutere flere prinsipielle betraktninger rundt forslagene som presenteres i rapporten.

I tillegg er det blitt vurdert som mest viktig å påpeke de forventede konsekvenser av eventuelle lovendringer for psykiatriske spesialisthelsetjenester og rettspsykiatri.

**KOMMENTARER VED SERAF
FRA SENTER FOR RUS OG AVHENGIGHETSFORSKNING (SERAF)
HAR VI SPESIELT SETT PÅ FORHOLD SOM GJELDER NYERE
FORSTÅELSER RUNDT «RUSUTLØST PSYKOSE». JØRGEN G,
BRAMNESS, PROFESSOR, DR.MED.**

Side 104: Rusutløste psykoser er psykotiske symptomer fremkalt av rusmidler. Slike symptomer kan oppstå under eller kort tid etter inntak av disse. Både friske og syke personer er i varierende grad påvirkelige for slik reaksjon. Psykotiske symptomer kan også være utløst av fravær av et stoff som har gitt avhengighet, og betegnes da som abstinensreaksjoner. Dette avsnittet synes i en medisinsk kontekst å være for omtrentlig. SERAF har følgende forslag til endring som kan gjøre dette avsnittet mer entydig og korrekt: «Rusutløste psykoser er psykotiske symptomer fremkalt av rusmidler. Slike symptomer kan oppstå under eller kort tid etter inntak av disse, *mens vedkommende er påvirket*. Både friske og syke personer er i varierende grad *utsatt* for slik reaksjon. Psykotiske symptomer kan også *bli utløst når stoffet man er tilvendt er i ferd med å gå ut eller har gått av kroppen, noe som betegnes som en abstinens.*»

Side 104: De psykotiske symptomene vil vanligvis avta etter en ukes fravær av rusmiddelinntak. Derfor er varigheten av psykotiske symptomer etter at rusbruken er stoppet, ofte anvendt som et kriterium for å skille rusutløste psykoser fra andre psykoser. SERAF vil her foreslå følgende presiseringer: «De psykotiske symptomene vil vanligvis avta etter *noen dager til én* ukes fravær av rusmiddelinntak. Derfor er varigheten av psykotiske symptomer etter at rusbruken er stoppet, ofte anvendt som et kriterium for å skille rusutløste psykoser fra andre psykoser.»

Side 104: Ved vedvarende rusmiddelmissbruk krever ICD-10 at personen med psykotiske symptomer skal ha delvis bedring etter en måned og full bedring etter 6 måneder. SERAF mener denne setningen (selv ikke når lest i sammenheng) er mulig å forstå. Antagelig vises et her til rusutløst psykose, og at ICD-10's og andre diagnosesystemers stiller strenge krav til lang avholdenhet (4-6 uker) før man kan stille en diagnose med psykose (primærpsykose). Hovedhensikten med dette kravet er å unngå overdiagnostisering av primær psykose, og med en slik intensjon er diagnosesystemenes kriterier antagelig ikke særlig brukbare med hensyn til å avgjøre om man står ovenfor en rusutløst eller primær psykose. Klinisk (altså ikke formelt i forhold til diagnosesystemene, men i praktisk hverdag) vil man anta at en psykose som er utløst av amfetamin og som varer i f.eks. én uke med sikker avholdenhet, er sterkt mistenkelig med hensyn til at vi her har å gjøre med en primærpsykose. Det er nok å minne om at 20-40 % av dem som har sikre rusutløste psykoser (diagnostisert selv med ovenstående strenge systemer) i.la. 1-2 år får en like sikker diagnose med primærpsykose. Det er altså en betydelig overgang. En person som er psykotisk 6 uker etter inntak av et rusmiddel vil i klinisk praksis anses som å ha en primærpsykose inntil det motsatte er bevist. Således er gammel rettsforståelse noe på kollisjonskurs med klinisk kunnskap.

Side 104: Kunnskap om tidligere sykehistorie knyttet til psykiatriske symptomer og rusmiddelbruk, og kunnskap om lengre fravær av rusmiddelbruk, er sentrale momenter i vurderingen av om det dreier seg om en uavhengig psykoselidelse eller om det er sekundære virkninger av rusmiddelbruken som man står overfor. I Helsedirektoratets retningslinjer er det

også fremhevet at utredningsresultatet må tolkes i lys av om pasienten under utredningen brukte rusmidler, hadde abstinensreaksjon eller opplevde en uttalt trang til å ruse seg. Det antas å være flere sammenhenger i tid mellom psykoselidelser og rusmiddellidelser. Personen kan ha en primær rusmiddellidelse og sekundær psykoselidelse, primær psykoselidelse og sekundære rusmiddelproblemer, eller de kan oppstå samtidig gjennom felles utløsende faktorer.

SERAF ønsker å bemerke at det ofte er en feilslutning (også klinisk) at man legger til grunn at denne personen har kjent tilbøyelighet til å presipitere rusutløste psykoser, som et argument for at det er rusutløst og ikke en primærpsykose. Antagelig er det motsatt (men her er evidensen enda ikke sterk): desto flere rusutløste psykoser man har, desto større er risikoen for at det dreier seg om en primærpsykose.

Side 146: Også i rettspraksis er det lagt til grunn at rusutløst psykose som går over etter at virkningen av rusmiddelet er opphørt, ikke omfattes av straffrihetsregelen i § 44.12 Den rettsmedisinske kommisjon har antydnet at man vil være tilbøyelig til å anse lovbrøteren straffri etter § 44 dersom psykosen varer mer enn en måned etter at stoffet er ute av kroppen, og at rusutløste psykoser som varer klart mindre enn en måned etter at rusen opphører, vil medføre straffansvar etter § 45. Dette er fulgt opp av Høyesterett. Samtidig er det forutsatt at dette, rimelig nok, må bero på et konkret skjønn.

SERAF vil her reitere betraktningen om at en lang varighet av psykosen taler sterkt for at vi snakker om en primærpsykose. I våre øyne er én måneds varighet altfor lenge som et generelt tidsrom hvor det er sannsynlig at det er rusutløst psykose. Mange som har psykose som varer opp mot en måned vil ha en sterk sårbarhet for primærpsykose. De vil ha stor sannsynlighet for å ha en primærpsykose og burde behandles klinisk som en primær psykose. Men det er også slik at dette avhenger av rusmiddelet (type og mengde). En person som har en psykose av noen ukers varighet etter stort inntak av amfetamin har mindre sannsynlighet for å ha en primærpsykose enn en med samme lengde på psykosen som har tatt litt cannabis. Det er i det hele en dynamisk relasjon mellom rusutløst psykose og primærpsykose, hvor noen med lav sårbarhet vil kunne bli psykotiske bare etter høye inntak (som i dag vil oppfattes som rusutløst og selvforskyldt – og da ikke straffefritagende), mens andre vil få psykose på veldig lave inntak (som i dag – i hovedregelen – men her er det også unntak – blir ansett å være primærpsykose). Med dette dynamiske forhold kommer man i problemer når man ser på rusutløst vs. primærpsykose som et enten-eller fenomen. Dette er en meget vanskelig diskusjon og kanskje spesielt vanskelig så lenge man velger å legge det medisinske prinsipp til grunn for tilregnelighetsvurdering.