

Randi Rosenqvist
spesialist i psykiatri
Griniveien 12
0756 Oslo

Justisdepartementet
lovavdelingen@jd.dep.no

25.mars 2015

Høringssvar NOU 2014:10 Skyldene, sakkyndighet og samfunnsvern

Som psykiater med lang fartstid fra sikkerhetspsykiatrien, rettspsykiatrien og fengselspsykiatrien samt medlem av den forrige lovkommissjonen (NOU 1990:5), ønsker jeg å avgi et høringssvar angående Tilregnelighetsutvalgets utredning. Jeg finner ikke grunn til å kommentere alle forslag, men noen punkter ønsker jeg å kommentere.

Det er positivt at det ble oppnevnt et nytt utvalg i 2014, 24 år etter NOU 1990:5. Jeg mener det må være en kontinuerlig prosess å klargjøre grensesnittet psykiatri/strafferett. Selv om strafferetten skal være nokså kontant, vil psykiatrien utvikle seg hele tiden. Utfordringen i utilregnelighetssaker er å kommunisere godt mellom den til enhver tid rettspsykiatrisk sakkyndighet og straffesakskjeden. Jeg finner det derfor beklagelig at utvalget hadde så liten rettspsykiatrisk kompetanse, innstillingen er naturligvis og som forventet primært et juridisk arbeide. Jeg antar at det derfor vil dukke opp ulike rettspsykiatriske utfordringer og konsekvenser for helsevesenet og straffesakskjeden som ikke er tilstrekkelig utredet. Noen av disse utfordringene har jeg omtalt nedenfor.

UTILREGNELIGHET

Det har i alle år i Norge vært regler om utilregnelighet, noe jeg finner etisk riktig og nødvendig. Ulike land vil imidlertid identifisere de utilregnelige på ulikt vis. Jeg ser ikke grunnlag for å endre den norske praksis vesentlig, men ser at etter hvert som psykiatrisk forståelse og behandlingsresultater endres, vil det være behov for å justere de strafferettslige definisjoner og forståelse. Jeg underes imidlertid over at enkelte i den offentlige debatt tar til orde for at syke utilregnelige også bør straffes i tilfelle de blir friskere. Da har man ikke forstått begrepet utilregnelighet.

Jeg finner det riktig å sementere prinsippet om at utilregnelige faktisk er å anse som uskyldige.

Kapittel 8 utilregnelighetsregelen

Jeg tiltrer utvalgets anbefaling om å beholde det medisinske prinsipp og viser til utvalgets vurderinger i 8.3.4.

Det vises også til at i forarbeidene til dagens lov (NOU 1990:5) ble det presisert at den straffefritakende psykosen måtte ha en slik styrke at gjerningsmannen på handlingstiden dermed var uten evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen. I denne generelle presiseringen ligger naturligvis innbakt at han da heller ikke hadde evne til realistisk vurdering av sitt forhold til den påklagete handlingen, men man slipper bevisføring for hans psykotiske motivering, et tema som det er vanskelig å belyse. Den totale sykdomsutformingen kan man derimot med rimelig sikkerhet utrede i de fleste tilfellene.

Utvalget synes å videreføre dette resonnement i kap. 8.4, kap. 8.5 og kap. 8.6. Jeg finner imidlertid at disse kapitlene gir en litt forenklet fremstilling av de kliniske utfordringer som vil oppstå. Denne situasjonen blir ytterligere vanskelig i og med at lovutvalget har foreslått en lovformulering (den som retten finner *psykotisk*...) hvor det forutsettes all alle aktører skal ha forståelse for at ordet *psykotisk* slik det anvendes i psykiatrien har et annet innhold enn det juridiske begrep i straffeloven.

Det er min oppfatning at de eventuelle uheldige dommer og henleggelse i tiden fra 2002 er et resultat av at verken sakkyndige, påtalemyndighet eller domstol har forholdt seg til presiseringene i forarbeidene til dagens juridiske psykosebegrep. Jeg mener det var uheldig at presiseringen av psykosebegrepet den gangen ble utelatt fra selve lovteksten. Det er blitt hevdet i mange sammenheng, ikke minst i 22. juli-saken, at har man en psykosed diagnose, så skal man fritas for straffansvar uten at psykosen styrke er blitt (tilstrekkelig) diskutert.

Denne dessverre nærliggende feiloppfatning mener jeg har vært svært uheldig for den alminnelige rettsfølelsen. Mange vil kunne tro at en hvilken som helst klinisk psykose vil fritas for straff, og finne dette urimelig. Dessverre har jeg liten tro på at man med den foreslåtte lovformulering vil rydde opp i denne misforståelse. Det er vanskelig å forstå for jurister og legdommere og journalister at en (klinisk) psykose ikke er det samme som en (strafferettslig) psykose.

Utvalget har foreslått følgende lovformulering og jeg forstår at man da mener at grenseoppgangen mellom (klinisk) psykose og (strafferettslig) psykose er tydelig klargjort i forarbeidene:

Den som retten anser å ha vært psykotisk på handlingstiden eller i en tilstand som med hensyn på 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.

Her ser det språklig ut som *sviktende funksjonsevne, forstyrret tenkning og for øvrig manglende evne til å forstå sitt forhold til omverdenen* kun henviser til formuleringen *i en tilstand som*. Likevel ser det ut til at man har tenkt at disse presiseringene om funksjonsutfall også skal henviser til ordet *psykose*. Dette synes uklart.

Dersom man endret formuleringen litt til *...eller i en annen tilstand som...* ville dette hjelpe noe. Allikevel finner jeg det uheldig at det ikke er en klarere beskrivelse av psykosegraden i selve lovteksten eller at man hadde funnet et annet begrep som klart avviker fra det medisinske psykosebegrepet.

En mulighet for å presisere dette nærmere uten å endre for mye på den foreslåtte lovteksten kunne være: *Den som retten finner har en psykosesykdom og var psykotisk på handlingstiden eller i en annen tilstand...*

Man vil da tydeliggjøre at en psykosesykdom ikke er tilstrekkelig for å fritas for straff, selv om det heller ikke her er helt tydelig at *psykotisk* i straffelovens betydning er noe annet enn å ha sparsomme symptomer på psykosesykdommen.

En slik formulering vil kunne endre den misoppfatning at "alle schizofrene er utilregnelige". Psykoser som ikke er et resultat av en psykosesykdom, for eksempel en psykotisk tilstand utløst av annen sykdom (malaria, syfilis og lignende) vil da kunne fanges opp under det likestilte begrepet. Det ville også si at en ren rusutløst psykose som ikke er noen psykosesykdom, klart ikke vil fritas for straff under psykosebegrepet.

Jeg støtter prinsippet om å stramme inn på utilregnelighetsbegrepet for den mer velfungerende gruppen syke, men ser ta det kan medføre utfordringer for kriminalomsorgen dersom flere med kroniske psykoselidelser dømmes til fengsel for handlinger de har begått i en "friskere" fase. Dette kan løses ved straffutmåling og ved hyppigere anvendelse av soningsudyktighetsvurderinger, men naturligvis også ved å bygge opp psykiatriske behandlingstilbud i fengsler.

Reformforslaget omhandlet i kap 8.6.5

Utvalget har understreket at det vil være en meget snever gruppe som vi frifinnes etter likestillet-regelen. Vi i kriminalomsorgen har erfaring for at noen er så syke at de tidligere nok ville ha blitt oppfattet som sinnssyke, men da de verken var psykotiske eller høygradig psykisk utviklingshemmet på handlingstiden etter moderne diagnostikk, er de blitt oppfattet som tilregnelige. Ved sterkt avvikende adferd med potensiell fare, blir de da idømt forvaring.

Dette vil etter forarbeidene stort sett dreie seg om personer som har ulike autistiske trekk, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, enkelte medfødte syndromer, hjerneskadene og/eller/uten lettere psykisk utviklingshemming som beskrevet i kap 8.4.6. Vi er imidlertid klart av den oppfatning at dette ikke er noen stor gruppe.

Vi har også erfaring med at enkelte har fremstått som meget avvikende under den vanlige rettspsykiatriske observasjonen, men hvor det ikke har kommet frem klare tegn til psykose. Disse bør undersøkes mer enn noen timer ambulant. Jeg er av den oppfatning at det er svært viktig at deres tilstand kan utredes i sykehus, under strl § 167 gjennom lengre tid.

Dette forslaget til marginale utvidelsen av utilregnelighetsbegrepet, støtter jeg helhjertet.

Bevisstløse og høygradig psykisk utviklingshemmede, kap 8.6.5.3

Jeg registrerer at utvalget ikke har gått inn på en nærmere drøftelse av disse begrepene. Det var vel dessverre utenfor deres mandat. Dette finner jeg beklagelig.

Etter min mening er det behov for å utrede hvorvidt lovbrøyttere med en **IQ på mellom 55 og 60** også burde bli funnet utilregnelige. Tidligere ble personer med en IQ på under 50-55 funnet utilregnelige. De var da ofte allerede plassert på en sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede (HVPU). Der hadde de stabile rammer og begrenset mulighet til

utfoldelse. Med nedleggelsen av HVPU ble mange plassert ut i egen bolig, med varierende grad av oppfølging fra kommunen. Disse sterkt funksjonshemmede ble eksponert for kompliserte sosiale situasjoner de hadde liten forutsetning for å mestre. Man burde se på om det var rimelig å forutsette en høyere IQ enn maks 55 for å kunne navigere i et moderne samfunn. Dette var vel også en medvirkende årsak til at den kriminelle lavalder ble hevet til 15 år. En IQ på 55 tilsvarer en "alder" på 8-9 år, selv om det ikke lenger er riktig "å oversette" IQ til alder.

Når det gjelder de **bevisstløse**, har lovkommissjonen sluttet seg til forarbeidene i den vedtatte straffelov, der begrepet "bevisstløs" ble byttet ut med "sterk bevissthetsforstyrrelse", men begrepet i den nåværende § 56 litra c forble "sterk bevissthetsforstyrrelse" med et tillegg at den ikke skulle være så sterk at det ville tilsi utilregnelighet. Jeg finner bruk av begrepene bevisstløs og sterk bevissthetsforstyrrelse vanskelig å praktisere. Man ser også at forekomsten av disse konklusjonene er sjelden, nå er det kanskje 1 eller 2 saker i året der de sakkyndige diagnostiserer en slik tilstand som kommer inn under § 44. Dette vil som regel dreie seg om somatiske tilstander (diabetes, epilepsi, hodeskader, søvnforstyrrelser med mer).

Lovkommissjonens forslag:

"...i en tilstand som med hensyn på 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" kan på mange vis være en beskrivelse av de som i dag er "bevisstløse" selv om de er handlende.

Det burde vært utredet om denne formuleringen er en fullgod erstatning for dagens "bevisstløshet" og om dette er en mer hensiktsmessig beskrivelse også for disse sjeldne tilstandene.

Selv når man sover, er man ikke helt bevisstløs i den vanlige forståelse av ordet, men man mangler evnen til å forstå sitt forhold til omverdenen inntil man våkner. Men vil heller ikke bli oppfattet som å ha en sterk bevissthetsforstyrrelse. Kriminelle handlinger kan vanskelig begås i tradisjonell bevisstløs tilstand, men det finnes noen ganske få lovbrøtere som har forbigående så nedsatt evne til å ta inn sanseinntrykk og bearbeide disse (persepsjon og kognisjon) at de blir frifunnet etter § 44. De mangler da evne til å forstå sitt forhold til omverdenen. Slike lovbrøtere kan ikke ha gjort kompliserte handlinger som å kjøre en bil eller fylle bensin, men kan ha utført enkle, motoriske handlinger som å slå.

Kapittel 9 Selvforskyldt utilregnelighet

Kap 9.5.2.2

Jeg støtter utvalgets formulering:

Utvalgets standpunkt er likevel at straffens begrunnelse slår til med full tyngde overfor den som med tilstrekkelig grad av skyld utsetter sine omgivelser for en slik fare som selvpåførte utilregnelighetstilstander i alminnelighet kan medføre.

Jeg støtter dissensen i 9.5.4.3.3

Kap 9.5.4.6

Lovforslaget § 45 støttes prinsipielt.

Den som har satt seg i en tilstand som nevnt i § 44 første ledd, kan straffes. Slike tilstander som er en følge av selvforskyldt rus, utelukker ikke for straff.

Jeg finner det prinsipielt riktig at også mennesker med en velregulert psykosesykdom som slutter med medisiner slik at de blir psykotiske og deretter begår en straffbar handling, bør vurderes på lik linje med personer som ruser seg slik at de blir psykotiske.

Jeg ser imidlertid flere bevismessige problemer enn det som er behandlet i de forutgående kapitler.

Det som er den vanlige, praktiske situasjon er at mennesker med kroniske psykoselidelser som schizofreni ikke ønsker å fortsette (tvungen) behandling, jf psykisk helsevernloven §§ 3-3 og 4-4. Helseloven legger opp til at slike ønsker i mange tilfeller skal imøtekommes, i hvert fall dersom pasienten har vært underlagt tvang i over et år og det ikke er sannsynlig at en forverrelse skjer i løpet av mindre enn 3-4 måneder. Selv om pasientene nok vet at de har vært veldig syke tidligere, er det mange som har sterke oppfatninger om at behandling ikke er ønskelig. Om denne oppfatning er et utslag av et informert valg, vil jeg som psykiater ofte betvile, selv om helselovene forutsetter samtykkekompetanse.

Situasjonen kan utvikle seg slik at pasienten langsomt blir dårligere, og etter en tid på ny blir tvangsinnlagt og medisineret, eventuelt etter at han har begått en voldshandling eller en mindre alvorlig straffbar handling. Det vil i slike situasjoner være vanskelig å påstå at den psykotiske fasen kun er selvforskyldt, selv om det var i en relativt god fase pasienten fikk medhold i at han ikke lenger skulle kunne tvangsbehandles eller sluttet med frivillig medikasjon. Det kan imidlertid hevdes med styrke at da pasienten begynte å bli dårlig igjen, hadde han i alle fall ikke forståelse for at han var i behov av medisiner, noe som vil gjøre at en handling begått under en kroniske forverrelse, ikke kan tillegges straffansvar.

Det vil være svært bekymringsfullt dersom denne bestemmelsen medfører at kronisk syke personer som er negative til behandling blir oppfattet som tilregnelige fordi de ikke tar imot den hjelp de kan få. Da vil nok veldig mange av de sakene (ordensforstyrrelser, skadeverk, trusler, vinningskriminalitet med mer) som i dag henlegges med mistanke om utilregnelighet måtte føres for retten, og kriminalomsorgen vil måtte ta ansvar for syke lovbrøyttere som er i behov av, men ikke ønsker, psykiatrisk oppfølging.

Jeg antar at lovkommissjonen har tenkt seg en situasjon der en pasient med en velregulert psykosesykdom (schizofreni) ruser seg samtidig som har ikke tar medisiner. Han kan da raskt utvikle en psykotisk tilstand som ligner sterkt på rusutløst psykose og som går raskt tilbake ved seponering av rusmidler og tilførsel av nødvendig medisin.. Ved dagens lovgivning ville hans rusutløste psykose være straffritagende da man må anta et det kan oppfattes som en forverrelse av en schizofreni, mens den som ikke hadde noen grunnlidelse, men var like psykotisk ved en straffbar handling, straffes. Jeg mer at dersom man innfører denne endringen i strl § 45, så må tidsaspektet for psykoseutvikling og -tilbakegang presiseres tydeligere.

Kapittel 10 Beviskrav

Lovkommissjonen har oppsummert sin diskusjon om beviskrav slik (kap 10.4.2.4):

Gjennomgangen har vist at begrunnelsen for det alminnelige strafferettslige beviskravet har gyldighet også for spørsmålet om hvorvidt gjerningspersonen var tilregnelig på handlingstiden. Konsekvensene av en uriktig fellende straffedom vil i

alminnelighet være mye større enn en uriktig frifinnelse, også når det gjelder spørsmålet om tilregnelighet.

Samfunnet kan ikke risikere at personer, som på grunn av alvorlige mentale avvikstilstander på gjerningstiden ikke innehar den straffrettslige skyldevne og derfor heller ikke kan klandres, blir domfelt og straffet. Det er både dypt urettferdig og en lite hensiktsmessig investering i straff å pålegge slike alvorlige syke personer strafferettslig ansvar. Et godt egnet middel for å redusere risikoen for uriktige domfellelser på dette området, er å stille de alminnelige krav til bevisenes styrke også for straffbarhetsbetingelsen.

Dette finner jeg helt galt. Jeg mener at dersom det er en liten, men reell tvil om tiltaltes utilregnelighet, men ingen tvil om at han har begått handlingen, er det ikke gitt at det vil være dypt urettferdig med en straffedom. Det er, etter min mening, ikke automatikk i at det er til tiltales fordel å bli funnet utilregnelig.

Det vil for publikum være uforståelig dersom alle lovbrystere hvor det kan reises rimelig tvil om tilregnelighet, blir frifunnet uten straffereaksjon. Dersom dette oppfattes urimelig, vil det lett også kunne bli en generalisering om at også de meget syke "slipper for lett" når de blir funnet utilregnelige.

Ved alvorlige mentale avvikstilstander på domstiden vil man kunne diskutere nedsatt straffereaksjon, soningsdyktighet eller ved soning sørge for adekvat behandling.

Den vesentligste innvending er imidlertid: dersom lovforslaget tar sikte på å innskrenke utilregnelighet til kun å omfatte de som er meget syke med omfattende funksjonssvikt, vil man lett komme til en situasjon hvor man for *alle* med psykosesykdommer, spesielt schizofreni, ikke kan se bort fra at de har vært sykere på handlingstiden enn det som er kartlagt gjennom rettspsykiatrisk utredning. Intensjonen med innstramming av utilregnelighetsbegrepet vil derved nullifiseres.

Dagens situasjon hvor man aksepterer noe mer tvil for å frifinne, er vanskelig å beskrive. Dersom man forventer minimum 70-80 % sjans for utilregnelighet og maksimum 20-30 % sjans for tilregnelighet, for å kunne frifinne, ser dette fint ut på papiret, men usikkerheten kan ikke måles på dette vis. Det er likevel, etter min mening, klokt å videreføre det prinsippet vi har i dag selv om det ikke er helt klart. Det vil også gi retten et rom for anvendelse av skjønn i den enkelte sak.

Nedsatt straffereaksjon (26.2.4) Utvalget beskriver nye formuleringer til § 80 litra f i ny straffelov (nåværende § 56 litra c). Jeg har ikke funnet en nærmere diskusjon om dette i innholdsfortegnelsen. Det synes for meg som om de lettere psykisk utviklingshemmede (ikke § 20 litra c) er glemt her. Dette er definitivt den største gruppen hvor nedsettelse av straff kan være aktuell.

Det kan tenkes at noen som i dag kunne ha fått nedsatt straffereaksjon, jf strl § 56 litra c, er så avvikende i adferd at de blir idømt forvaring i stedet. Noen ville kanskje bli funnet utilregnelige dersom lovkommissjonen utvidelsesforslag blir tatt til følge, men en gruppe vil nok forbli tilregnelige. Da er det etter min mening påkrevet at fengslene og helsetjenesten som

dekker opp fengslene, er i stand til å gi disse lovbrysterne en verdig omsorg. Dessverre er ikke fengslene i dag hensiktsmessige arenaer for bedring av slike tilstander.

Dessverre tilsier erfaring med den gruppen at kommunene har gitt meget varierende omsorg for sine beboere før de påklaget handlinger. Det har i mange år vært en oppfatning at kommunene ikke hadde hjemmel til å begrense beboernes aktiviteter derom hensikten var å forhindre straffbare handlinger. Dette synes nå avklart, jf helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 hvor det også er forskrifter under utarbeidelse. Det kunne likevel være på sin plass at en straffesak førte til en straffereaksjon med eksplisitte sikringstiltak i bolig som ved prøveløslatelse under refusjonsordningen for forvaringsdømte, men ingen fengselsstraff,

Det hadde også vært nyttig med en diskusjon, ikke om grensetrekking mellom ny § 20 (§ 44) og ny § 80 (§ 56 c), men mellom de som kommer i denne gruppen, avgrenset mot de lovovertredere som riktignok har psykiske lidelser, men ikke adskiller seg så mye fra andre domfelte. Det er min erfaring fra Den rettsmedisinske kommisjon at både sakkyndige og i visse tilfeller retten strekker denne kategorien langt, for eksempel ved middels alvorlige depresjoner som ”man ikke kan noe for”. Til det er å bemerke at det finnes mange sykdommer man ikke kan noe for, som kan sette en i en vanskelig livssituasjon med nedsatt mestring uten at dette er noen formildende omstendighet dersom man begår straffbare handlinger.

SÆRREAKSJON

Særreaksjonen for utilregnelige forutsetter at en lovbryster med høyt farepotensiale er frifunnet etter strl § 44 (ny § 20). Det hadde vært ideelt om det ikke var behov for særreaksjon, psykisk helsevernloven kunne vært være en tilstrekkelig hjemmel for innleggelse og behandling av alvorlig sinnslidende personer med farlighet. Når dette i praksis ikke er tilfellet, så er dette stort sett et resultat av en politisk villet nedbygging av sengeplasser med den forutsetning at psykosepasienter ikke lenger skal bo i psykiatrien, men i egen bolig i kommunen og vesentlig få frivillig, poliklinisk behandling. Særreaksjonsdommen er i realiteten en dom der helsevesenet blir dømt til å gi den aktuelle pasienten adekvat oppfølging og ivareta samfunnsvernet.

Det er viktig å ha in mente at dersom man utvider særreaksjonens målgruppe, blir det ikke automatiske flere plasser i psykiatrien. Man må vokte seg for å komme i den situasjonen der alvorlig syke ikke får en behandlingsplass over tid, fordi de fleste senger er opptatt av dømte pasienter. God psykiatrisk oppfølging kan forhindre vold, og da er det ønskelig at denne oppfølgingen kan skje *før* alvorlige voldshandlinger finner sted.

Kapittel 24 Nye regler om særreaksjon

Utvalgets flertall foreslår i 24.2.3.2 å kun angi en faregrad, *nærliggende fare*, for idømmelse av særreaksjon. Dette støttes. Det er vanskelig nok å angi en fare for nye (volds)handlingar om man ikke skal illudere et bedre presisjonsnivå. Og det er klart at det er den fremtidige fare samfunnet skal vernes mot, for så vidt uavhengig av hva den siktede allerede har begått.

Forslaget om å inkludere noen flere begåtte straffbare handlinger som inngangsbillett til særreaksjon støttes, men det må være en viss alvorlighet. Jeg ser at i noen saker har dagens

alvorlighetskrav til den begåtte handlingen vært så høy at særreaksjon likevel ikke er idømt eller er idømt under dissens, selv om den potensielle fare klart har vært alvorlig.

Vanligvis skal dette vern skje gjennom sivil lovgivning (psykisk helsevernloven § 3-3, farekriteriet), men ved allerede begåtte alvorlige lovbrudd (24.2.5) synes det i dag å være hensiktsmessig med en strafferettslig særreaksjon. Dissensen fra utvalgsleder (24.2.2.3) støttes.

Jeg tar sterkt avstand fra den mulighet å idømme særreaksjon uten begått forbrytelse. Da må psykisk helsevernloven § 3-3 farekriteriet være det som benyttes for å gi pasienten behandling. Hvis dette ikke synes tilstrekkelig, må heller helselovgivingen og sykehuskapasiteten endres.

Beviskrav særreaksjon (24.2.5.4) Det synes fornuftig at man presiserer at gjentakelsesfaren bør hvile på *sikrest mulig grunnlag*. Det er ikke mulig å operere med det vanlige strafferettslige beviskrav (all rimelig tvil) i slike saker. Det vil alltid være en viss tvil ved risikovurderinger og man må forutsette at det å få adekvat behandling for en sinnslidelse ikke skal oppfattes som et onde pasienten må skjermes fra, men faktisk som et gode.

Gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern (24.3.2). Forslag til endring av psykisk helsevernloven § 5-3 støttes.

Kap. 24.3.4 og 24.3.5 behandler forslag om at domstolen i større grad enn i dag skal bestemme gjennomføringen av særreaksjonen (i lukket institusjon eller minstetid 3 år). Det er forståelig at begge forhold er blitt belyst. Man må imidlertid vurdere om det faktisk har vært et sikkerhetsmessig problem med dagens ordning. Det er det ikke noen erfaring for. Dersom det i fremtiden skulle dukke opp flere svært farlige psykotisk gjerningsmenn, så vil neppe større grad at styring fra domstolene gi en sikrere omsorg. De farligste blir lenge i institusjon!

Det vil heller være i forhold til de mindre farlige dømte at uenighet mellom behandler og domstol/påtalemyndighet kan bli et problem. I slike saker vil kanskje media og andre reagere på at pasienten har for mye frihet etter en primitiv forståelse av at gjerningsmannen heller burde sone enn å bli friskere og derved ufarlig for samfunnet.

Det er også verd å huske at dom til tvungent psykisk helsevern ikke er noen straff, og det er helt ulogisk å tenke at behandlingens varighet på noe vis skal være proporsjonal med en straffereaksjon. Lovbryteren må få adekvat behandling og samfunnet sikres. Dersom dette kan skje raskt, pasienten blir frisk og samfunnet blir beskyttet, er det ikke på sin plass å komme med uttalelser som at *da har lovbryteren sluppet for lett*.

Klage til kontrollkommisjonen (24.3.6) Det er ingen bemerkninger til forslaget om endring av psykisk helsevernloven § 5-4.

Jeg vil likevel foreslå en regelendring som jeg ikke finner omtalt her. Etter kontrollkommisjonsbehandling er det kun pasienten som kan anke til retten (tingrett, lagmannsrett). Påtalemyndigheten bør også ha mulighet til å påklage kontrollkommisjonens avgjørelse, og en slik anke bør ha oppsettende virkning. På dette vis kan påtalemyndigheten ha sikkerhet for at overføring fra lukket avdeling til åpen avdeling eller DPS blir grundig

rettslig behandlet dersom både behandlers og kontrollkomisjonens vurdering av saken finnes utilfredsstillende. En slik endring vil også redusere behovet for at man allerede under hovedforhandling skal ta stilling til hvor lenge pasienten skal være i lukket avdeling.

Overføring til kriminalomsorgen (24.3.3). Her har utvalgte delt seg i et flertall og et mindretall. **Mindretallet** støtter ikke at det fortsatt skal være rettslig adgang til å overføre personer dømt til tvungent psykisk helsevern til kriminalomsorgen. Resonnementet i 24.3.3.3 støttes fullt og helt.

Dersom det i fremtiden oppstår situasjoner der faren er så stor at en utskrivning fra psykiatrisk institusjon ikke er betryggende selv når pasienten er ferdigbehandlet, må man heller løse problemet med å etablere "sikkerhetshjem", altså varige boliger for mennesker som må passes på gjennom mange år. Dette er det etter min mening et klart behov for også for andre pasientgrupper. Slike hjem bør etter min mening etableres under spesialisthelsetjenesten, men også andre organisatoriske løsninger kan tenkes, for eksempel å etablere interkommunale boenheter for omsorgstrengende psykisk utviklingshemmede, kronisk psykotiske eller andre som trenger omsorg og grensesettelse i dagliglivet, kanskje resten av livet. For slike permanente boliger må det utarbeides et eget lovverk, mest passende ved utvidelse av allerede eksisterende lovverk (lov om psykisk helsevern, helse- og omsorgtjenesteloven med mer) hvor det klart må komme frem hvilke tvangshjemler det er behov for, med ankeadgang, hvilken kompetanse ansatte må ha, og hvilke bygningsmessige minimumskrav som må settes til slike enheter.

Dersom det kan dreie seg om personer frifunnet etter § 44 og dømt til tvungent psykisk helsevern som er så farlig at de ikke kan håndteres innen psykiatrien eller i "sikkerhetshjem", må det bygges ut et ennå høyere sikkerhetsnivå i norsk psykiatri. Dagens regionale sikkerhetsavdelinger (Dikemark, Brøset, Sandviken) kan i beste fall sammenlignes med engelske *medium secure units*, vi har ingen *high secure units* i Norge, noe som det nok er behov for i alle fall. Det er lett å tenke seg de utfordringer det psykiske helsevern får dersom for eksempel hjemvendte fremmedkrigere eller andre meget dyssosiale personer med stort skadepotensiale utvikler paranoide psykoser.

Lovkomisjonens flertall (24.3.3.2) mener at det fortsatt må være en adgang til overføring til fengslig forvaring. Dersom dette blir den vedtatte løsningen, må det understrekes at den eneste person som i dag er overført etter denne hjemmel, lever i et fengsel og administreres etter straffegjennomføringsloven. Flertallet har i sitt forslag til ny § 5-6 (psykisk helsevernloven) siste avsnitt skrevet følgende:

*Før retten kan bestemme at domfelte skal overføres, må kriminalomsorgen ha lagt til rette for et opplegg i en avdeling som er spesielt egnet for den domfelte og dennes behandlingsbehov, og som **ikke har et straffende preg**....*

Det er min klare oppfatning at dagens omsorg for en den personen som er i ordningen i dag, ikke tilfredsstillende dette kravet. Dersom man velger å beholde ordningen som i dag, må det utarbeides et eget regelverk for denne gruppen innsatte og det må etableres en egnet avdeling med egnet personale.

For meg er det paradoksalt og klart uhensiktsmessig om en slik enhet etableres innen kriminalomsorgen og ikke innen det psykiske helsevern.

Tillegg - Valg av særreaksjon for utilregnelige

Utredningen er omfattende, og til dels vanskelig å orientere seg i. Det er et tema som jeg ikke har funnet omtalt (kan være min feil) men som jeg synes er veldig viktig for vurdering av særreaksjon, jf strl §§ 39 og 39a.

Den likestilte gruppen, personer uten helt klar psykosediagnose som kan være lettere psykisk utviklingshemmet med tilleggsproblematikk, bør ikke nødvendigvis dømmes til tvungent psykisk helsevern, men til tvungen omsorg. Det er i Sentral fagenhet personalet har kompetansen i å utrede og etablere varige botilbud også til lettere psykisk utviklingshemmede med atypisk autisme eller annen psykisk tilleggsproblematikk. **Det at man blir frifunnet etter strl § 44 første ledd kan likevel tilsi at man bør dømmes etter strl § 39a når dette er den beste løsningen.**

Senil demente og alvorlig hjerneskadete, dersom dette skulle bli aktuelt, kan derimot dømmes til tvungent psykisk helsevern og innlegges i psykiatriske avdelinger og etter hvert overføres til sykehjem dersom det er hensiktsmessig både behandlingsmessig og sikkerhetsmessig.

Personer med normal til høy intelligens, men som har omfattende autistiske trekk (ICD-10 Aspergers syndrom) og er så dårlig fungerende at dette skulle fritas for straffskyld, vil antagelig best bli tatt vare på i psykiatrien, men dette må avgjøres i hver enkelt sak etter en hensiktsmessighetsvurdering.

SAKKYNDIGS OPPGAVER, ROLLEAVGRENSNING, KONTROLL

Kapitlene 12 – 19 omhandler rettspsykiatrisk sakkyndige og forhold knyttet til den rettspsykiatriske erklæring. Jeg finner disse kapitlene de svakeste i utredningen.

Sentralt i utvalgets arbeide ligger den premiss at det er retten alene som skal konkludere om tilstanden som er beskrevet i utilregnelighetsregelen er oppfylt. Dette er et riktig prinsipp. Men det er jo slik også i dag, de sakkyndige gir retten et råd. Forslaget om å tydeliggjøre at det er *retten* som skal finne siktede psykotisk, støttes.

Det er min oppfatning at i den grad det er psykiaterne som ”har frifunnet” ved sine konklusjoner vedrørende strl § 44, så er det fordi retten ”har abdisert”. Det hadde vært interessant om man kunne lage en gjennomgang av et antall frifinnelsesdommer og sett om retten har egen reell vurdering av temaet, eller om man bare henviser til/siterer vurderinger i de rettsoppnevnte sakkyndiges erklæring. Dersom det er tilfellet, bør domstolene skoleres bedre.

I 22. juli-saken gjorde tingretten en vurdering av alle bevis i saken og trakk sin egen konklusjon. Riktignok var det mange ulike oppfatninger som fremkom under hovedforhandlingen i den saken slik at domstolen hadde ulike bevis å bedømme. Men det er min erfaring at dette ikke er så vanlig, selv om det ikke medfører riktighet et domstolen ”alltid” støtter de sakkyndiges konklusjon. Også i andre saker har det vært to sett sakkyndige med ulik konklusjon, og retten har også konkludert annerledes enn de sakkyndige, kanskje

oftere i saker om bevisstløshet, psykisk utviklingshemming og risiko for fremtidige voldshandlinger enn ved psykose.

I min tid som leder av Den rettsmedisinske kommisjon var det nesten aldri slik at de to rettsoppnevnte sakkyndige var uenige. Dette har bekymret meg, og bekymrer meg stadig, selv om jeg har et inntrykk av at det har blitt noe mer uenighet mellom sakkyndige etter 2012.

Kommisjonen har derimot hatt bemerkninger som var av betydning for erklæringenes konklusjon i en god del saker. I noen av disse sakene møtte leder for kommisjonen i retten og redegjorde for uenighet mellom de sakkyndige og kommisjonen. Det har da vært tydeliggjort at domstolen måtte vurdere alle uttalelsene i saken selv.

Et forslag som vil gi domstolen ulik informasjon som de selv må vurdere, er at de to rettsoppnevnte sakkyndige får i oppdrag å utferdige observasjonsdokumentet hver for seg og forbud mot å samarbeide. De sakkyndige blir bedt om å utrede observanden klinisk, beskrive funksjonsnivå, sykdomsutvikling, sykdomssymptomer (type, intensitet) og så skive en begrunnet "oversettelse" av den kliniske diagnostikk (ICD-10, ICD-11?) til det rettslige begrep (juridisk psykotisk). Dette vil gi retten en reell mulighet til å følge ulike sakkyndige resonneringer.

Dersom sakkyndige ikke skal utrede hvorvidt sykdommen de beskriver fyller den rettslige standard til utilregnelighet er jeg er bekymret for at domstolen vil føle seg ganske hjelpeløs. Jeg ser derfor ikke på noe vis bort fra at man i retten da vil ønske en udykning av de sakkyndiges vurdering, slik at de sakkyndige i realiteten gir en muntlig veiledning som ikke er kvalitetssikret på samme måte som om den var formulert skriftlig.

Jeg vil minne om situasjonen i 2002 da det var intensjonen at man før idømmelse av forvaring primært skulle ha en personundersøkelse, ikke en full rettspsykiatrisk vurdering av risiko. Dette klarte ikke straffesakskjeden å følge opp. Både statsadvokater og domstoler ville ha en full rettspsykiatrisk erklæring å bygge sitt videre arbeide på, og dette er nå regelen.

Jeg vil også tilføye at jeg mener det er lettere å skolere 200 sakkyndige psykologspesialister og psykiatere i de juridiske begrepene enn å forutsette at 5000 dommere, størsteparten legdommere, skal forstå psykiatriske diagnostikk og hva ulike diagnoser kan innebære. Det er nok slik at forståelse av hva det innebærer å være psykotisk er liten hos mennesker som aldri har hatt noe forhold til slike syke.

Erfaring tilsier at straffesaksjurister heller ikke alltid vet hva det innebærer å ha en psykose, uansett om det er en juridisk eller medisinsk psykose. Lagmannes rettsbelæring i slike saker vil jo også da måtte forutsette både kunnskap om klinisk diagnostikk og om den rettslige standard. Dersom dette forslaget blir gjeldene rett, finner jeg det nødvendig å skolere juridiske dommer i psykoseforståelse.

Forslag til forskrift og standardmandat (17.5.4 mm)

Det minnes om det arbeidet som allerede er utført i Sivilavdelingen etter Rognumutvalget. Det er behov for **forskrift om rettsmedisinsk sakkyndige og deres mandat**. Etter min mening bør dette være mer omfattende enn det som er foreslått i forskriftsutkast. Arbeidet i Sivilavdelingen bør fortsette og man bør lage et forskriftsutkast som behandler spørsmål som vil dukke opp for alle de rettsmedisinske fagområdene.

Det er min oppfatning at psykiatrisk sakkyndige i straffesaker stadig bør omtales som **rettspsykiatrisk sakkyndige** eventuelt strafferettspsykiatrisk sakkyndige. Utvalgets intensjon om å alminneliggjøre de sakkyndige til å *bare* være klinikere, finner jeg ikke i tråd med internasjonale trender og er dårlig fundert. Internasjonalt er *Forensic psychiatry* en egen spesialitet og i Norge et spisskompetanseområde (jf 14.3). Jeg finner også utvalgets avvisning av behov for sertifisering eller lignende for rettspsykiatrisk sakkyndige (jf 16.6.4) for rask. Dette bør komme inn i en forskrift, i hvert fall som et ønskelig mål. Den nye organiseringen av rettspsykiatrisk sakkyndighet med utgangspunkt på St. Olavs hospital, Brøset, er interessant, og bør følges opp.

Utvalget vurderer også at sakkyndiges behov for **rettspsykiatrisk kompetanse** blir redusert dersom sakkyndige ikke skal uttale seg om de rettslige begrep (15.6.2). Som det fremkommer over, fraråder jeg en slik endring av gjeldene praksis. Men selv om denne endringen blir gjennomført, mener jeg det er behov for C-kurs. Det å utrede og risikovurdere aggressive personer og andre med store adferdsavvik, krever kunnskap som det ikke er gitt at kliniske spesialister har.

Utvalgets forslag til **mandat for psykiatrisk sakkyndige (17.5.7.2)** er i diskusjoner med utvalgets leder beskrevet som en disposisjon som skal fylles ut av rekvirenten (domstolen eller påtalemyndigheten) tilpasset den enkelte sak.

Siden 2002 er det benyttet standardmandat utarbeidet i samarbeide mellom Riksadvokaten og Den rettsmedisinske kommisjon. Disse standardmandat bør sikker gjennomgås og revideres noe. Riksadvokatens standardmandat består av flere punkter, og settes sammen ved behov. Det som har vært det største problemet med disse mandatene er at i en god del tilfeller har verken påtalemyndighet eller domstol gått gjennom saken og kun rekvirert de mandatpunktene som har vært aktuelle i den enkelte sak. Jeg er da ikke helt sikker på om mandat som blir utferdiget med bakgrunn i den disposisjonen som utvalget har foreslått, vil være hensiktsmessig. Det kan tenkes at utvalget kom i tidsnød, da burde det heller bare ha anført at mandatene bør revideres.

NB! Etter å ha prøvd å sette meg inn i NOU'en, er det ikke klart for meg hvorledes de sakkyndige skal utrede klinisk uten å bruke begrep som *psykotisk*. Hvis de bruker det, må de da redegjøre for hvordan de bruker begrepet og hvordan deres begrepsbruk adskiller seg fra straffelovens bruk av samme ord. Da må de kunne forskjellen. Det vil også være vanskelig å beskrive klinisk og kvantifisere begrep som *sviktende funksjonsevne, forstyrret tenkning og for øvrig manglende evne til å forstå sitt forhold til omverdenen*, uten å bruke de termer som straffeloven setter. Det å sette en ICD-10 diagnose er ikke på noe vis tilstrekkelig for å opplyse retten.

Dette kommer ikke frem av utvalgets redegjørelser eller forslag til standardmandat.

Utvalgets vurderinger vedrørende hvorledes observasjoner skal gjennomføres og om det skal **standardiseres undersøkelsesmetoder (18.4.4)** støttes i det at det ikke bør være en obligatorisk "pakke" av standardiserte undersøkelser/skåringar/tester. De sakkyndige skal nettopp være sakkyndige på hva som vil være relevant å utrede i det enkelte tilfellet.

Etterprøving av sakkyndige erklæringer

Utvalget mener at Den rettsmedisinske kommisjon bør videreføres (19.7.7) Dette tiltrer jeg.

Hittil er medlemmer i kommisjonen oppnevnt av Justisdepartementet etter at departementet har hørt diverse aktører, blant andre riksadvokat, universiteter og helsedirektorat. Erfaring tilsier at det i stor grad kun har vært den kommisjonen som er oppnevnt som har kommet opp med nye navn som så departementet har vurdert. Det kan derfor være en fordel å gå ut offentlig og invitere interesserte fagpersoner til å melde sin interesse, noe som er gjort ifm oppnevnelise fra 1. april 2015.

Det er også fornuftig at interesserte vurderes av et **faglig råd som foreslått i 19.7.7.2**. Jeg finner imidlertid at det ikke er nødvendig med å si at *minst en skal ha professorkompetanse*. Dette ligger allerede i setningen over *høy vitenskapelig og sakkyndig kompetanse*. Dersom man så gjentar viktigheten av professorkompetanse i neste setning, kunne det forstås som at dette er viktigere enn sakkyndigkompetanse. Det vil være bekymringsfullt om noen medlemmer i en slik gruppe blir oppnevnt utelukkende fordi de har professorkompetanse uten å kjenne til kommisjonens arbeidsoppgaver.

Utvalget har diskutert **kommisjonens sammensetning (19.7.7.3)** Kommisjonen må etter min mening kun bestå av medisinsk sakkyndighet. Praksis til nå er at jurister fra Sivilrettsforvaltningen har bidradd med råd om utforming av svar fra kommisjonen og deltatt på kommisjonens interne møter. Svakheten med denne ordningen har vært at det ofte har vært nokså nyutdannede jurister med relativt kort funksjonstid. Jeg finner det mer hensiktsmessig at den juristen som fungerer som sekretariatsleder for kommisjonen er stabil og gjerne har erfaring fra straffesakskjeden, enn at oppgavene skal fordeles på flere jurister i den sentrale forvaltningen (forslaget: styrke dagens sekretariat med ytterligere en jurist).

Da det ikke lenger var et eget kapittel i Statsbudsjettet for Den rettsmedisinske kommisjonen (2009), ble pengene inkorporert i Sivilrettsforvaltningens budsjett, noe som medførte at flere jurister kunne ansattes der. Dersom man virkelig ønsker å styrke kommisjonen, vil det etter min mening være hensiktsmessig å frigjøre Kommisjonen fra Sivilrettforvaltningen organisatorisk og ha en egen jurist som sekretariatsleder. Det er min oppfatning at en juridisk sekretariatsleder på full tid og en leder for kommisjonen på full tid, hadde gjort kommisjonen sterk og styrket dens uavhengighet.

Etter min mening er det **ikke behov for presisering i forskrift (19.7.7.4)** om hvorledes psykiatrisk gruppe i fremtiden må utforme sine brev. Utvalgets betraktninger er fornuftige, men å forskriftsfeste dette synes å gjøre systemet for rigid.

Kontroll av erklæringer og uttalelser fra sakkyndige uten oppnevning (19.7.7.7)

Forslaget om at også partsengasjerte sakkyndige skal legge frem en skriftlig erklæring som kvalitetssikres av Den rettsmedisinske kommisjon støttes. Jeg har erfaring med at enkelte fagpersoner kommer i retten etter anmodning fra forsvarer og har heller originale synspunkter. Den parten som ønsker en ny sakkyndig vurdering må formulere et mandat og saksbehandlingen må skje i forkant av hovedforhandling.

I denne sammenheng vil jeg påpeke situasjonen vi ofte ser i rettssaker, siktedes behandler fremstilles som sakkyndig vitne uten å være blitt fritatt for taushetsplikt før saken. Når behandler så uttaler seg om risiko for ny kriminalitet, må dette oppfattes å være av strafferettslig relevans. Dette medfører at aktor ikke har hatt mulighet til å forholde seg til

behandles vurderinger i forkant, og den muntlige fremstillingen blir ikke kvalitetssikret og behandler oppfyller ikke habilitetskrav. Dette er etter min mening et problem som best løses ved at behandlere alltid avhøres som vitner (de skal forklare seg om et behandlingsforløp) og at partene og domstolen blir mer aktpågivende for å stanse uttalelser som har strafferettslig relevans.

Randi Rosenqvist
psykiater