



Justis- og beredskapsdepartementet  
[lovavdelingen@jd.dep.no](mailto:lovavdelingen@jd.dep.no)

Oslo, 16. mai 2017

## Høringssvar fra Norsk psykiatrisk forening – innspill til NOU 2016:24 Ny straffeprosesslov

Saken har vært behandlet i foreningens utvalg for rettspsykiatri og av foreningens styre. Vi har følgende kommentarer:

**Ad §15-10** om fengsling av utilregnelige. Utkastet til lovttekst sier at personer som er utilregnelige etter straffeloven §20 bokstav b til d ikke kan pågripes og fengsles med mindre det er reist tiltale om dom om overføring til tvungent psykisk helsevern. Ettersom det er retten som avgjør om det foreligger utilregnelighet antas det at mistenkte som ennå ikke er utredet med sikte på vurdering av utilregnelighet, fortsatt kan pågripes og fengsles også etter den nye straffeprosessloven. Dette kunne gjerne vært presisert i lovttekst eller forskrift.

**Ad §15-18** om fengsling i institusjon. Her ser det ut til at dagens ordning endres fra at leder på den aktuelle institusjonen i dag kan avvise innleggelse av psykotiske (i praksis vil det ofte være personer man *antar* er psykotiske, dette tar ofte tid å avklare), til at retten i fremtiden kan pålegge institusjoner å ta imot disse til fengsling. Vi ønsker å påpeke at dette kan medføre øket og endret ressursbruk i helseforetakene, fordi helseforetakene selv mister mulighet til å fordele slike innleggelses etter hvor ressursene finnes. Det må avklares om dette skal føre til endrede rammer for helseforetakene.

**Ad §16-2** om oppnevning av sakkyndige for å avklare psykose, psykisk utviklingshemming eller bevissthetsnedsettelse: «....(1) *Mistenkte kan underkastes psykiatrisk eller psykologisk undersøkelse.....(3) I alminnelighet skal det oppnevnes to sakkyndige, hvorav minst én skal være godkjent som spesialist*».

I dag er praksis at det alltid oppnevnes minst en psykiater (lege med spesialisering i psykiatri) og den andre kan være psykolog / psykologspesialist eller lege / legespesialist. Kartlegging av evnenivå gjennomføres oftest med tester psykologer foretar, disse er i mange saker allerede kartlagt og finnes i observandens helsepapirer. Det er derfor sjelden absolutt behov for psykolog.

Når det gjelder bevissthetsnedsettelse vil dette oftest være en biologisk vurdering opp mot medisinske tilstander som kan medføre bevissthetsnedsettelse (forgiftning, rus, hjerte-karsykdom, neurologisk sykdom, hodeskade mm) slik at man i disse sakene må ha en sakkyndig med medisinsk kompetanse, i praksis en lege. Når det gjelder psykose er dette i utgangspunktet noe både psykiatere og psykologer som er spesialist i klinisk voksenpsykologi skal kunne vurdere. Diagnostisering innebærer imidlertid også differensialdiagnostisering (utelukke andre lidelser med lignende symptomer) opp mot andre psykiatriske lidelser, men også opp mot andre medisinske tilstander. En rekke somatiske tilstander (hormonforstyrrelser som diabetes og høyt stoffskifte, elektrolyttforstyrrelser som hyperkalsemi, epilepsi og andre neurologiske lidelser, forgiftninger, osv). Dette er tilstander som bør vurderes av spesialist i psykiatri. Npf foreslår derfor at man kontinuerer påpekning av at minst en av de sakkyndige skal være lege med spesialisering i psykiatri, og at dette presiseres i lovtteksten.

Med vennlig hilsen

Ulrik Fredrik Malt  
leder av Norsk psykiatrisk forening

Pia Jorde Løvgren  
leder, Utvalg for rettspsykiatri