



# DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON

Justis- og beredskapsdepartementet  
Postboks 8005 Dep.  
0030 OSLO

Att. Lovavdelingen

**Deres dato**  
25.11.2014

**Deres ref**  
14/6745 ES LLE/bj

**Vår ref**  
2014/6092

**Vår dato**  
26.03.2015

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

Det vises til høringsbrev av 25. november 2014. Høringssvaret tar utgangspunkt i strukturen i utvalgets utredning.

### Innledning

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) har valgt å uttale seg om de punkter som er relevant for DRK, og DRK sin funksjon iht. straffeprosessloven og Forskrift for Den rettsmedisinske kommisjon. NOU 2014:10 er et omfattende dokument med mye bakgrunnsinformasjon som vil være en rettskilde rundt de fleste sentrale problemstillinger som omhandler strafferettslige utilregnelighetsregler, særreaksjoner og sakkyndig virksomhet i strafferetten.

Høringssvaret vil være kortfattet. DRK vil peke på hva som oppfattes som gode forslag fra Tilregnelighetsutvalgets side, peke på utfordringer ved enkelte av forslagene, hvor det eventuelt må utredes videre før eventuelt forslag kan gjennomføres, og områder som kunne vært bedre ivaretatt i NOU 2014:10.

Der lovforslagene direkte kommenteres tar DRK utgangspunkt i straffeloven av 2005 med paragrafen i straffeloven av 1902 i parentes. Da det er litt ulike formuleringer i lovforslagene vil kommentaren prøve å omfatte begge da en må anta at Tilregnelighetsutvalget i sitt forslag har prøvd å ivareta de samme hensyn i både straffeloven av 1902 og 2005.

### Kapittel 8 Utilregnelighetsregel

DRK støtter Tilregnelighetsutvalget i forslaget om å beholde det medisinske prinsipp og oppfatter at de argumenterer godt for dette. I sammenligningen med andre lands lovgivning

peker de på en overbevisende måte at det norske prinsippet fremstår strengt og av den grunn er det mindre behov for begrensende tilleggsvilkår enn i mange andre land. Spesielt ville innføring av element fra et psykologisk prinsipp i stor grad vanskeliggjøre den arbeidsdeling mellom de sakkyndige og retten som utvalget ønsker å legge opp til.

Tilregnelighetsutvalget foreslår endring av straffeloven § 20 (§ 44) og foreslår følgende ordlyd (side 380):

Straffeloven 2005 § 20 skal lyde (skrift i kursiv er endringsforslag):

- Den som på handlingstidspunktet var under 15 år, eller av retten anses for å ha vært*
- a) *psykotisk 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,*
  - b) *i en sterk bevissthetsforstyrrelse, eller*
  - c) *psykisk utviklingshemmet eller svekket i høy grad, er ikke strafferettslig ansvarlig.*

Forslaget til ny § 20 bokstav a) inneholder en innholdsmessig identisk formulering med nytt forslag til straffeloven § 44 første ledd i beskrivelsen av hvilke juridiske tilstander som kan gi straffrihet. I forslag til ny § 20 bokstav c) er formuleringen ulik fra forslaget til ny § 44 andre ledd. I § 44 står "psykisk utviklingshemmet i høy grad *eller tilsvarende svekket, ...*" mens det i forslag til ny bokstav c) står "*psykisk utviklingshemmet eller svekket i høy grad, ...*". Sistnevnte formulering er ikke like entydig da "tilsvarende" mangler.

Tilregnelighetsutvalgets intensjon er ikke å utvide grunnlaget for hvem som kan finnes utilregnelige, men ønsker å inkludere enkelte andre dyptgripende avvikstilstander i lovformuleringen, jf. 8.6.5.2 *Om likestilling av psykoser og enkelte andre dyptgripende avvikstilstander*. Straffelovens begrep både før og etter lovendringen i 2002 har av sakkyndige blitt ansett som juridiske begrep som omfatter en rekke medisinske tilstander. Av den grunn foreligger det rettspraksis at personer med dyptgripende autismespekterlidelser som alvorlig Aspergers syndrom er oppfattet som "sinnssyk" eller "psykotisk". På samme måte har alvorlige ervervede hodeskader i voksen alder og sykdommer som demens blitt oppfattet som "sinnssyk" eller "psykisk utviklingshemmet i høy grad" om funksjonsnivået er tilsvarende. Dette da psykisk utviklingshemmet i høy grad ikke har hatt det tidskriteriet for debut som ICD-10 har. Lovforslaget kan derfor oppfattes å bringe lovverket i tråd med allerede etablert rettspraksis.

Samtidig medfører presiseringene "*sviktende funksjonsevne, forstyrret tenkning og for øvrig manglende evne til å forstå sitt forhold til omverdenen*" en utfordring, spesielt med den mer tydelige arbeidsdelingen som utvalget legger opp til mellom de sakkyndige og retten. Disse juridiske begrepene må defineres tydelig og operasjonaliseres inn mot psykiatriske og psykologiske funksjonsbeskrivelser, symptomer og beskrivelse av manglende realitetsforankring. Det er mindre problematisk mht. til "*tilsvarende svekket*" ved "psykisk utviklingshemmet i høy grad" da det her allerede finnes standardiserte evnemålinger og funksjonsvurderinger egnet til formålet.

Siden dette er juridiske begrep som sakkyndig diagnostikk skal omsettes til, må fordelene med endringene etter en samlet vurdering være klart større enn ulempene. Det er en fare for at det kan utvikles en praksis der flere tilstander kan oppfattes å omfattes av utilregnelighetsregelen som følge av manglende entydig forståelse av de nye begrepene som foreslås. Spesielt den juridiske betegnelsen "*sviktende funksjonsevne*" har mange paralleller til psykiatrisk diagnostikk som ikke omfatter tilstander som omfattes av straffeloven § 44. Det vises til utvalgsmedlemmene Stoltenberg og Sæther sin særmerknad til kapittel

8.9.6 om at det bør fremgå av lovteksten at de likestilte tilstander bare skal frita straff om de "åpenbart" må likestilles med å være "psykotisk". Dette for å presisere at dette må oppfattes som en meget snever utvidelse og hindre at det kan skje en utgliding. Da denne gruppen antagelig allerede er omfattet av dagens utilregnelighetsregel kan det være et argument for at denne utvidelsen ikke er nødvendig.

Et argument for å innføre denne type utvidelse som Tilregnelighetsutvalget foreslår, var om de som omfattes av de nye juridiske betegnelsene kunne dømmes til en tilrettelagt særreaksjon tilpasset deres behov, i tilfelle de straffbare handlingene kvalifiserer for en særreaksjon. Det har dessverre ikke utvalget foreslått. DRK foreslår derfor at om denne endringen vedtas, må det samtidig utredes etablering av tilrettelagte enheter som har som formål å ivareta gjennomføringen av særreaksjonen, og at bestemmelsene i straffeloven § 39 må endres tilsvarende. Dette da personer med slike "likestilte tilstander" vanligvis ikke vil tilfredsstille kriteriene for tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, eventuelt kriteriene for tvang etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven.

Når det gjelder de juridiske betegnelsene av psykiatriske avvikstilstander som de nye straffelovene §§ 80 og 78 vil kunne omhandle, må disse også defineres tydelig og operasjonaliseres inn mot psykiatriske og psykologiske funksjonsbeskrivelser. En grenseoppgang mot de juridiske begrepene som straffeloven § 20 omfatter er også nødvendig som følge av at lovparagrafene som omhandler straffeansvar og reaksjonsfastsettelse delvis har fått nye betegnelser.

## Kapittel 9 Selvforskyldt utilregnelighet

Tilregnelighetsutvalget problematiserer den tydelige ansvarliggjøring av personer som havner i en alvorlig avvikstilstand som følge av en selvforskyldt rus (kapittel 9.5.3.2.1) og den manglende ansvarliggjøring av personer som unnlater å ta medikasjon, eller såkalt "seponering" av medisiner (kapittel 9.5.3.2.2). DRK oppfatter utvalgsleder Rieber-Mohn i hans dissens (kapittel 9.5.4.3.3) dithen at begrunnelsen for å endre straffeloven § 45 kan oppfattes som, sitat: "... at forslaget om en regel om selvforskyldt utilregnelighet, ikke er en følge av presserende behov oppstått i det praktiske rettsliv. Den er snarere en følge av teoretiske og prinsipielle overveielser i utvalget, og har sin bakgrunn i ønsket om mer konsistente regler." DRK anser at en bør utvise forsiktighet med å utvide grunnlaget for ansvarliggjøring ut fra mer teoretiske betraktninger, og støtter utvalgsleder Rieber-Mohn i at det ikke synes å være et reelt behov for denne utvidelsen.

Som utvalget selv beskriver i kapittel 9.5.3.2.3 *Seponering av medisiner* er tilbakefall ved psykotiske lidelser multifaktorielt og det er derfor vanskelig selv i ettertid med sikkerhet å si hva som var årsak til et tilbakefall. Ut fra erfaringer, spesielt med bipolare lidelser, kan seponering av medikasjon like godt være et symptom på tilbakefall som en eventuell årsak. Om vi skulle ha en lovbestemmelse som åpner opp for ansvarliggjøring av personer som slutter med medikasjon, må kriteriene for ansvarliggjøring være tydelige og klare. Personen må ha vært upsykotisk da han eller hun tok beslutningen om å slutte med medikasjon, personen var informert om at det var risiko for personfarlig atferd ved et eventuelt tilbakefall og at han eller hun da eventuelt kunne bli ansvarliggjort for sine handlinger ved et tilbakefall. Det å slutte med medikasjon måtte også være imot behandlende helsepersonells råd. Men det å skulle vurdere innsikt hos personer med sårbarhet for tilbakefall av psykotiske lidelser

som tilsynelatende er gått i remisjon, er en vanskelig øvelse beheftet med betydelig grad av usikkerhet. Retten ville antagelig stort sett alltid sitte igjen med en ikke ubetydelig tvil.

Til problemstillingen rundt selvforskyldt rus savner DRK en nøyere gjennomgang og drøfting av de strafferettslige implikasjonene av forvirringstilstander og psykotiske tilstander som for eksempel delirium tremens. Tilstander som oppstår i forbindelse med opphør eller reduksjon i inntaket av alkohol. Det er så vidt berørt i kapittelet og DRK hadde ønsket at utvalget hadde tatt et klarere standpunkt. Det er ikke helt uvanlig at straffbare handlinger blir begått av en person i en slik tilstand. Tilstanden blir ofte av sakkyndige behandlet som en rusutløst tilstand. Tilstanden vil vanligvis etter ICD-10 klassifiseres under diagnosen "F10.4 *Abstinensstilstand med delirium*" i kapittelet "F10–F19 *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer*". Da tilstanden oppstår ved opphør eller reduksjon i inntak av rusmidler og ikke som en rusmideleffekt er det vanskelig å se at dette kan klassifiseres som en rusutløst tilstand. Bevismessig stiller derfor denne type tilstander seg annerledes da det kan være en rekke årsaker til et manglende alkoholinntak, bl.a. et ønske om å slutte med eller begrense alkoholbruken. Om endringsforslaget i kapittel 9 tas inn i lovforarbeidet, bør problemstillingen rundt delirium tremens avklares bedre.

Temaet "rusutløst psykotisk" i juridisk forstand er dessverre for sparsomt behandlet. Det har oppstått en rettssikkerhetsmessig vanskelig situasjon etter praksisendringer siste 10 år. Dette gjelder hvordan det juridiske begrepet "rusutløst psykotisk" vurderes av sakkyndige og retten. I dag er det i praksis bare to grunnleggende premiss som er vurderingstema om en person skal ansvarliggjøres eller ikke. Det ene vurderingstemaet er tilstedeværelsen av en såkalt "grunnleggende psykoselidelse", som ikke tilsvarer noen klart avgrensede lidelser i moderne medisinske diagnosesystem. Det andre er et tidskriterium, tilstanden skal gå over av seg selv når rusvirkningen opphører. Dette tidskriteriet har blitt gradvis utvidet etter praksisendringen. En rekke andre faktorer som hvilket rusmiddel er inntatt, hva som kan anses å være et aktivt behandlingstiltak for tilstanden, det at personen allerede står på et antipsykotisk medikament m.m. er fortsatt uavklart. Det samme gjelder hvilke tiltak som er nødvendig for i ettertid å sikre lang nok rusfri observasjonstid etter handlingstiden.

## Kapittel 10 Bevis

Dette er et informativt kapittel og utvalget argumenterer etter DRK sin oppfatning godt for at beviskravet skal omhandle tiltaltes tilregnelighet (kapittel 10.4.7 *Sammenfatning og betraktninger...*) ikke utilregnelighet. Kapitlet har i tillegg læremessig verdi for allerede etablerte sakkyndige og ikke minst i forbindelse med opplæring i sakkyndighet. Samtidig er noen av argumentene i kapittelet av og til komplisert formulert, og ikke alltid like lett å forstå, som for eksempel 10.4.3.4 *Usikkerhet om psykosediagnose*, sitat: "Poenget er dette: Det rettslige psykosebegrepet i straffeloven § 44 er knyttet direkte til de medisinske kriteriene for psykose etter diagnosesystemet. Usikkerhet om innholdet i de medisinske diagnostiske kriteriene innebærer da samtidig usikkerhet om innholdet i det rettslige psykosebegrepet. Denne usikkerheten er av en rettslig karakter. Usikkerhet knyttet til psykosediagnostisering må derfor håndteres som et rettslig tolkningsspørsmål av utilregnelighetsregelen, og ikke som et bevisspørsmål."

Sakkyndige kan ha et godt utbytte av å lese kapitlet og spesielt være bevisst grenseoppganger mellom hva som anses være rettens oppgave og de sakkyndiges oppgave. Spesielt kapitlet "10.4.3.2 *Usikkerhet – sannsynlighet og robusthet rettslig*" er

informativt og kan danne utgangspunkt og en god basis for en tydeligere grenseoppgang mellom de sakkyndiges oppgave og rettens oppgave.

## **Kapittel 12 Sakkyndighet**

DRK har ingen kommentar til denne redegjørelsen.

## **Kapittel 13 Kritikk av den psykiatri- og psykologfaglige sakkyndighet i dagens strafferettspleie**

DRK ser ingen grunn til å kommentere dette kapitlet. Men viser til kommentarene til kapittel 16 og 17.

## **Kapittel 14 Utvalgets utilregnelighetsregel og behovet for sakkyndighet**

I dette kapitlet beskriver Tilregnelighetsutvalget ganske tydelig hvordan de ser den fremtidige oppgavedelingen mellom rettspsykiatrisk sakkyndige og retten. Det vises til følgende sitat fra kapittel 14.2 *Den sakkyndiges oppgave* side 217:

*”Utvalget mener sakkyndigrollen kun skal omfatte psykiatrisk og psykologisk faglig bistand til domstolen: Psykiateren og psykologen vil være leverandører av fagkunnskap som domstolen må vurdere den rettslige betydningen av.*

*Utvalgets forslag og anbefalinger vil gjøre de sakkyndiges arbeidsoppgaver klarere, og motvirke den tendens de sakkyndige, tilskyndet av den juridiske tradisjon, har hatt til å bevege seg over i det rettslige felt. Dette er nødvendig fordi de sakkyndige per i dag har for stor makt over spørsmål som de verken bør eller har særlige forutsetninger til å løse.”*

Videre:

*”I den foreslåtte utilregnelighetsregelens «psykotisk»-alternativ, vil psykiaterens og psykologens vurderinger og undersøkelser fortsatt ha vesentlig interesse. Det skyldes at regelen etterspør medisinske tilstander - som er symptomtunge - etter ICD-10 som psykiatere og psykologer har kunnskap om. Ikke desto mindre er det retten som, basert på symptombeskrivelsen, til slutt skal avgjøre om gjerningspersonen på handlingstiden var tilstrekkelig symptomtyngt til å omfattes av lovens uttrykk «psykotisk».”*

Det blir for omfattende for DRK å skulle beskrive eller begrunne at dette er et langt mer komplekst område enn det kapitlet tar høyde for. Fremstillingen i dette kapitlet fremstår klart mer bastant enn flere av de andre kapitlene som omhandler de samme problemstillingene. Slik fremstår kapitlet mer som en programerklæring. Selv om rettspsykiatrisk sakkyndige har i sin besvarelse av mandatet tatt stilling til de juridiske begrepene i straffeloven, har det aldri vært tvil om at det er retten som til slutt skal ta avgjørelsen. Det er retten som bestemmer om en person fyller kriteriene for det juridiske begrepet, eller om det foreligger nok tvil til at retten velger ikke å ansvarliggjøre personen. Slik er det i dag. Ved først å redegjøre for premissene for den diagnostiske vurderingen, for så å konkludere opp mot de juridiske begrepene har sakkyndige da eksponert robustheten i sin egen sakkyndige vurdering, og redegjort for hvor det eventuelt foreligger usikkerhet. Som følge av beviskravene som gjelder for de sakkyndige kan de kun konkludere med at den juridiske tilstanden er til stede når de har klare holdepunkt for dette. Sammenholdt med de strenge krav som stilles for en positiv konklusjon etter norsk

strafferett gir det i praksis retten lite handlingsrom, men det kan ikke forveksles med hvem som til slutt skal ta avgjørelsen. Det er retten som må vurdere og eventuelt overprøve om det beskrevne bildet fyller de juridiske kriteriene for en person som skal ansvarliggjøres eller ikke.

Dersom Tilregnelighetsutvalgets innstilling følges, er den foreslåtte arbeidsdelingen utilfredsstillende beskrevet. Det premissgrunnlaget de sakkyndige skal overlevere retten for å beskrive observanden diagnostisk, må beskrives bedre og klart mer utfyllende enn det utvalget legger opp til. De sakkyndiges beskrivelse av observanden kliniske tilstand på handlingstiden må være presentert på en slik måte at retten da kan omsette dette til juridiske begrep. Begrepsbruk og betegnelser må kunne operasjonaliseres på en reliabel og valid måte. Diagnostisering på bakgrunn av ICD-10 gir i for liten grad beskrivelser av hvordan en psykotisk tilstand påvirker en persons virkelighetsoppfatning. Hvor psykotisk en person er, fremkommer først og fremst i personens beskrivelse av seg selv og sin oppfatning av omverdenen. Dette er element ICD-10 i liten grad ivaretar. Redegjørelsen i kapittel 18.4 *Nærmere om de sakkyndiges undersøkelser* peker på ulike instrument som kan brukes til å kartlegge dette, men det krever at sakkyndige anvender instrumentene likt og på en slik måte at det avhjelper retten i sin beslutning. Det vil kreve langt mer enn det som beskrives i NOU 2014:10 for å kunne lage en klinisk psykiatrisk eller psykologisk beskrivelse av en psykotisk person for at retten på et selvstendig grunnlag skal kunne ta en valid beslutning om de juridiske begrepene i straffeloven var til stede på handlingstiden eller ikke. Dersom de sakkyndige ikke lenger skal uttale seg om juridiske begrep må det derfor utarbeides klare kriterier for hvordan de sakkyndige skal presentere sin diagnostiske vurdering for å avhjelpe retten i sin vurdering av skyldene, jf. 8.5 *Utilregnelighetsregelen – kriteriet "psykotisk"*. Denne vurderingen må gjøres skriftlig i erklæringen. Dette for å sikre at DRK kan kontrollere de sakkyndiges skjønn. Det vil ellers være fare for at som følge av et utilstrekkelig skriftlig materiale, utvikler seg en praksis med utvidet utspørring av de sakkyndige i retten for å få klargjort rettens premissgrunnlag bedre. Om så skulle skje er det fare for økt forskjellsbehandling. Uansett vil DRK forvente at om sakkyndige uttaler seg utover det de skriftlig har gitt uttrykk for i sin erklæring, så inntre innsendelsesplikten. Uten klare kriterier for en tilfredsstillende klinisk beskrivelse av observanden vil en slik tenkt utvikling medføre at DRK sin kontroll med sakkyndige erklæringer svekkes.

## **Kapittel 15 Sakkyndige – krav til kompetanse**

DRK følger langt på vei Tilregnelighetsutvalget forslag. Hovedpoenget er at de sakkyndige har kompetanse til å besvare det mandatet spør om. Minst en av de sakkyndige bør ha klinisk erfaring med diagnostikk og behandling på området.

Ett problem med rettspsykiatrisk virksomhet sammenlignet med rettspatologi, rettstoksikologi og rettsgenetikk er at virksomheten tradisjonelt har vært utført av enkeltpersoner uavhengig av institusjonen de er ansatt i, mens de for de andre nevnte områdene er utført av institusjoner. Retten er med dagens praksis avhengig av de sakkyndiges vurdering av egen kompetanse på oppnevningstidspunktet. En mulighet er at kompetansevurderinger av sakkyndige bør legges til et egnet organ som kan sørge for en kontroll av de sakkyndiges dokumentasjon når det gjelder relevant kompetanse.

DRK anser at ved rettspsykiatriske undersøkelser bør det oppnevnes to sakkyndige. De sakkyndige bør som hovedregel være spesialist innenfor sitt fagområde, og minst en av de

sakkyndige bør ha kunnskap om rettsmedisinske problemstillinger som for eksempel gjennomgått B- og C-kurs. Ved utredning av evnenivå bør en av de sakkyndige ha kompetanse på og erfaring med formaliserte evnemålinger, eventuelt nevropsykologisk kompetanse om utredningen krever det. Om det er mistanke om en psykotisk tilstand bør en av de sakkyndige være spesialist i psykiatri. Der somatiske tilstander kan være sentrale i vurderingen som for eksempel ved diabetes mellitus (sukkersyke), hjerneorganiske tilstander som f.eks. demens, traumatisk hodeskade, eventuelt epilepsi bør den ene sakkyndige være spesialist innenfor dette fagområdet. Der toksikologiske problemstillinger er sentrale bør den ene sakkyndige være toksikolog.

DRK ser fordelen i at de rettsoppnevnte sakkyndige utarbeider en felles erklæring der det er mulig. Da kan de ulike kompetanseområdene beskrives og om mulig omforenes om en felles konklusjon vedrørende mandatets punkter eller beskrive hvor de sakkyndiges skjønn gir en ulik vurdering og konklusjon.

## **Kapittel 16 Oppnevning av sakkyndige**

Det sentrale for DRK vedrørende oppnevning av sakkyndige er at det velges rett kompetanse og at de sakkyndige får et adekvat mandat, jf. straffeprosessloven § 147a. DRK har ved tidligere anledninger gitt uttrykk for at det kan gjøres en bedre siling hos rekvirentene i forhold til hvilke saker som bør utredes rettspsykiatrisk. Dette kan som utvalget foreslår gjøres gjennom en økt bruk av foreløpige undersøkelser. Da dette er utgifter som vanligvis tilfaller politiet bør økonomiske konsekvenser av en slik økt bruk utredes.

DRK anser at "Kunnskapskløft og kommunikasjonsbehov", utredningen fra et utvalg nedsatt av Advokatforeningen, Dommerforeningen, Riksadvokaten og Regjeringsadvokaten for utarbeidelse av retningslinjer for sakkyndigarbeid i domstolene vil kunne være et godt utgangspunkt for det videre arbeidet.

## **Kapittel 17 Mandat og erklæringer**

DRK vil her påpeke at innen det rettspsykiatriske området kan dette med mandat være en utfordring. Problemet med manglende mandat eller dårlig redegjorte mandat er et mye større problem i andre rettsmedisinske områder enn i det tradisjonelt rettspsykiatriske området. DRK vil igjen vise til utredningen "Kunnskapskløft og kommunikasjonsbehov".

Kapitlet berører ikke mandat ved utredning av fornærmede i straffesaker. Det er utarbeidet forslag til mandat for denne type utredninger da dette var et område der mandatutforming var utilfredsstillende, - se vedlegg til Nyhetsbrev nr. 21 fra psykiatrisk gruppe, DRK.

DRK støtter Tilregnelighetsutvalget i at ved utarbeidelse av foreløpige erklæringer kan det som en del av mandatet være et tilleggsspørsmål dersom konklusjonen er at det bør foretas en full rettspsykiatrisk undersøkelse. Den sakkyndige bør da kunne uttale seg om hvilken kompetanse som anses nødvendig ved den rettspsykiatriske undersøkelsen.

Vedrørende kapittel 17.5.7.2 *Utvalgets utkast til standardmandat for psykiatrisk sakkyndige* anser DRK at forslaget til utvalget om standardmandat er et godt utgangspunkt for arbeidet med nye mandat ved en eventuell lovendring. Det hadde vært naturlig at Riksadvokaten i

samarbeid med DRK utarbeidet forslagene etter en eventuell lovendring er vedtatt. Dette for å ivareta det retten trenger for sakens opplysning. Samme synspunkt har DRK når det gjelder forslaget i 26.12.1. *Forskrift om utforming av mandat til sakkyndige i straffesaker (mandatforskriften)*.

## **Kapittel 18 Utførelse av sakkyndigoppdraget – enkelte særlige spørsmål**

Vedrørende kapittel 18.1 *Tilgang til journal/helseopplysninger* oppfatter DRK at utvalget grundig drøfter argumentene for og imot rettsoppnevnte sakkyndiges mulighet til å få tilgang til taushetsbelagte journal- og helseopplysninger uten observandens samtykke.

Innen DRK, psykiatrisk gruppe er det delte meninger om hvor nødvendig det foreslåtte unntaket i den profesjonsbaserte taushetsplikten er, et flertall anser dagens lovgivning som tilstrekkelig.

DRK slutter seg i det alt vesentlige til særuttalelse fra utvalgets leder, 18.1.4.5.2, og de argumenter som her fremkommer før muligheten for tilgang til taushetsbelagte helseopplysninger, men savner en diskusjon om muligheten for oppnevning av verge etter vergemålsloven kunne løst noen av problemene med nekting av tilgang til journal- og helseopplysninger. DRK er av den oppfatning at før en eventuell lovendring bør denne problemstillingen utredes nærmere.

Likeledes er DRK enig i utvalgets konklusjon at det gis tilgang til helseopplysninger i saker hvor dom på særreaksjon er aktuell.

De begrensinger som utvalget foreslår, at tilgang til journal- og helseopplysninger kun skal gjelde for enheter innen psykisk helsevern som psykiatriske avdelinger og distriktpsikiatriske senter (DPS), dvs. psykiatriske andre og tredje linjetjenester, forutsetter at disse institusjonene har oppdaterte utfyllende opplysninger fra andre behandlingsinstanser. DRK sitt inntrykk er at det ikke er tilfelle. I lys av utviklingen de siste årene er at "førstelinjetjenesten", dvs. fastleger og det kommunale behandlings- og hjelpeapparatet, i alt større grad behandler og følger opp pasienter med psykiatriske sykdommer, også pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Adgang til å innhente helseopplysninger slik utvalget anbefaler kan ikke bare avgrenses til psykisk helsevern.

Vedrørende 18.2 *Video og lyd opptak* deler DRK utvalgets syn på at verken video- eller lydopptak bør innføres som alminnelig ordning ved rettspsykiatriske undersøkelser.

Vedrørende 18.3 *Tvungen psykiatrisk undersøkelse – straffeprosessloven § 167*.

Tilregnelighetsutvalgets presisering om at døgnobservasjon etter straffeprosessloven § 167 bør kunne starte før eller i forbindelse med oppnevning av sakkyndige med tanke på å kunne få så god observasjon om mulig så nært opp til handlingstidspunktet observanden er siktet for, støttes av DRK. Som hovedregel bør allikevel de sakkyndige oppnevnes før eller samtidig.

DRK vil peke på at behovet for døgnobservasjon etter straffeprosessloven § 167 antagelig kommer til å øke. Antallet lovbrytere med rusproblematikk der det samtidig er mistanke om bakenforliggende alvorlig psykisk lidelse er relativt stort. Med dagens praksis er dette en mistanke det ofte er vanskelig å få tatt stilling til, da det ikke oppnås rusfrihet i observasjonstiden. Rusfrihet og flerfaglige vurderinger vil ved slike observasjoner være et verdifullt bidrag til de sakkyndiges vurderinger.



Vedrørende 18.4 *Nærmere om de sakkyndiges undersøkelser* vil DRK vektlegge at det sentrale med en undersøkelse er å få et best mulig resultat. Utvalget vektlegger uavhengighet sterkt, men det kan også finnes faglige begrunnelser for fellessamtaler. Vedrørende de sakkyndiges undersøkelse og samtaler med observanden vil DRK påpeke at de sakkyndige skal utføre uavhengige vurderinger før de diskuterer sine funn. Det betyr ikke at de sakkyndige ikke bør ha felles samtaler med observanden. Av faglige grunner kan felles samtaler ofte være ønskelig, da det kan gi en bedre vurdering av observanden da de sakkyndige kan skifte på å styre samtalen der den andre kan være observatør. Innen klinisk psykiatrisk praksis benyttes ofte fellessamtaler ved vurderingssamtaler. Dette er undersøkelser med samme formål som ved rettspsykiatriske undersøkelser; en best mulig diagnostisk vurdering.

Det finnes lite empiri på området verken til støtte for enkeltsamtaler eller fellessamtaler, men det som finnes av empiri gir støtte til fellessamtaler ved alvorlig personlighetsproblematikk. Det finnes heller ikke empiri på at samtaler hver for seg eventuelt skulle sikre bedre at de sakkyndiges vurdering av den grunn blir mer uavhengige. Siden anbefalingen er uavhengige samtaler bør de sakkyndige av den begrunne hvorfor de eventuelt velger å gjennomføre fellessamtaler fremfor samtaler hver for seg.

Vedrørende 18.4.3. *Undersøkelser i praksis*, 18.4.3.2 *Standardiserte utrednings- og testmetoder* vises det til omtalen over av kapittel 14.2. *Den sakkyndiges oppgave*.

## **Kapittel 19 Etterprøving av sakkyndige erklæringer**

DRK ser i liten grad grunn til å kommentere dette kapittelet men har noen merknader rundt kapittel 19.7 *Den rettsmedisinske kommisjon og etterprøving*. DRK oppfatter forslagene om styrking av kommisjonen med mer juridisk kompetanse som positivt. DRK er i dag sårbar som følge av at bare sekretariatsleder er jurist. Psykiatrisk gruppe er i stor grad avhjulpet av sekretariatets jurist, det er de andre gruppene i dag som får for lite bistand. Om DRK styrkes med en jurist til vil de andre tre gruppene også få bedre juridisk bistand som følge av at kapasiteten dobles. I tillegg blir sekretariatet mye mindre sårbar ved fravær, ferier m.m. Kommisjonen er også positiv til at Tilregnelighetsutvalget ser for seg en styrking av DRK med leder i 100 % stilling, og leder av psykiatrisk gruppe i 50 % stilling. DRK ønsker at en slik styrking vurderes, men da må også de andre gruppelederfunksjonene i kommisjonen vurderes på lik linje med psykiatrisk gruppe, da det er gode argumenter for en styrking av de andre gruppelederfunksjonene også. DRK ser ikke uten videre at det skal være grunnlag for å særbehandle psykiatrisk gruppe slik utvalget foreslår.

Vedrørende utvalgets forslag om ”... at det er nødvendig at det i tilknytning til oppnevningssprosessen nedsettes en fagkyndig gruppe”, så er dette noe Justis- og beredskapsdepartementet allerede har etablert i forbindelse med oppnevningen av ny kommisjon for perioden 2015-2018. Dette er en søknads- og oppnevningssprosess som omfatter hele Den rettsmedisinske kommisjon, ikke bare psykiatrisk gruppe. DRK kan ikke se at det skal være grunnlag for særbehandling av psykiatrisk gruppe slik utvalget foreslår, jf. forslaget til ny § 2 i Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon.

Vedrørende kapittel 19.7.7.4 *Kontroll av erklæringer og uttalelser* og forslag om mer kategoriserte tilbakemelding fra DRK, jf. kapittel 26.12.2. *Endring i forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon*. Forslag til endring av § 5 a (side 390) anser DRK at forslaget er et godt utgangspunkt for en vurdering av om det bør skje endringer i DRK sine

tilbakemeldinger, men at enkelte av formuleringene tar utgangspunkt i en mer teoretisk enn praktisk tilnærming til hvordan tilbakemeldingene bør være. Som ved forslaget til nytt standardmandat hadde det vært naturlig at Riksadvokaten i samarbeid med Domstolsadministrasjonen og DRK utarbeidet forslag etter en eventuell lovendring er vedtatt.

Vedrørende kapittel 19.7.7.5 *Kontroll av foreløpige erklæringer* ser DRK positivt på at utvalget støtter DRK sin anbefaling, jf. tidligere nyhetsbrev fra psykiatrisk gruppe, DRK. Inntrykket av praksis i dag er at dette er en anbefaling som ikke alltid følges. DRK støtter forslaget om, sitat: "... endringer i straffeprosessloven § 147 første ledd (endringer i kursiv):

«*Sakkyndig* i rettsmedisinske spørsmål skal straks sende Den rettsmedisinske kommisjon avskrift av den skriftlige erklæring som er sendt retten eller påtalemyndigheten. *Det samme gjelder ved foreløpige erklæringer som nevnt i § 165 fjerde ledd, når den sakkyndige skal legge erklæringen frem under hovedforhandlingen.*»"

Vedrørende kapittel 19.7.7.7 *Kontroll av erklæringer og uttalelser fra sakkyndige uten oppnevning* ser DRK klare fordeler med at partssakkyndige erklæringer kan sendes inn til kvalitetskontroll, men er usikker på omfanget av en slik endring. Det DRK er mest bekymret for er de konsekvensene dette vil ha for DRK sin kapasitet mer enn de økonomiske konsekvensene som utvalget omtaler.

Allerede i dag har DRK unntaksvis valgt å behandle partssakkyndige erklæringer. Det har vært i situasjoner der det allerede foreligger rettspsykiatriske erklæringer og der retten vurderer å legge den partssakkyndige erklæringen til grunn, men er usikker på den faglige kvaliteten på erklæringen.

I forslag til endring i straffeprosessloven § 149, med et nytt andre ledd er igjen DRK skeptisk til at det å uttale seg bare skal gjelde "... *psykiatriske forhold*...". I tillegg til at dette er en presisering som ikke blir lett å avgrense da en rekke somatiske lidelser også har symptom fra sentralnervesystemet, så er DRK av den oppfatning at det ikke foreligger saklig grunn for å særbehandle partssakkyndige erklæringer som omhandler psykiske lidelser. DRK er derfor enig med Tilregnelighetsutvalget i at det er mye som taler for at dette burde være en generell utforming som gjelder alle medisinske sakkyndige. Skriftlige erklæringer til påtalemyndigheten er som kjent allerede underlagt innsendelsesplikten med unntak av foreløpige erklæringer.

## Kapittel 24 Nye regler om særreaksjoner

Gjennom argumentasjonen i kapittel 24.2.3.1 *Vern om rettsgoder* og kapittel 24.2.3.2 *Faregrad* oppfattes Tilregnelighetsutvalget å argumentere for å utvide grunnlaget for særreaksjoner gjennom også å kunne idømme særreaksjon "for mindre alvorlige integritetskrenkelser" og gjennom at "mindre alvorlige forbrytelser skal kunne gi grunnlag for strafferettslige særreaksjoner". Dette skal bl.a. skje ved å "endre utformingen" av loven og "senke terskelen noe." Dette bl.a. gjennom at "Hensynet til samfunnsvernet knytter seg sterkere til de rettsgoder som er truet, og faren for disse rettsgoder beror ikke nødvendigvis på grovheten av den begåtte forbrytelsen."

Hvilke konsekvenser disse endringene i praksis vil medføre er det ikke så lett å se for seg da det ikke fremgår klart hvor mange flere som vil omfattes av endringene i særreaksjonsordningen. Hvor store ekstra utgifter dette vil medføre for psykisk helsevern fremstår uavklart, men dette kan bli omfattende og vil også kunne kreve totalt sett en økning i antall sengeplasser avhengig av hvor mange flere som dømmes.

Vedrørende 24.3.3 *Overføring til kriminalomsorgen*, støtter DRK argumentasjonen til mindretallet 24.3.3.2 *Utvalgsmedlemmene Gröning, Leer-Salvesen, Nøttestad og Vetlesen*. Det vises bl.a. til *"Adgangen til overføring er et klart brudd med den prinsipielle tenkningen som er konsekvent gjennomført i utredningen for øvrig: Den utilregnelige kan ikke klandres for sine handlinger, og skal derfor ikke straffes. Han eller hun har intet i et fengsel å gjøre."* Det er også vanskelig for DRK å se for seg hvilke tilstander som i virkeligheten skulle passe med beskrivelsen av de tenkte tilstandene som skulle medføre behov for en slik overføring. I de tilfeller enkeltpersoner på dom til tvungent psykisk helsevern skulle ødelegge for medpasienter eller lignende begrunnelser, må heller psykisk helsevern finne løsninger innenfor egne institusjoner og innen rammen av eget lovverk. DRK støtter mindretallet i at lovgiver oppfordres til å oppheve psykisk helsevernloven § 5-6.

Vedrørende kapittel 24.3.4 *Opphold i lukket institusjon* har DRK følgende kommentar: Kravet om at den dømte skal oppholde seg minimum tre uker i institusjon må anses å være et minimumskrav som i praksis fremstår som et formalkrav. Oppholdet som heldøgns pasient bør vare så lenge som tilstanden tilsier det, men at på sikt skal de aller fleste dømte overføres til et planlagt tilbud ute i samfunnet, og skal være underlagt særreaksjonen så lenge kriteriene for denne er til stede. Planlegging av et tilbud med lavere sikkerhetsnivå bør alltid skje i nær dialog med påtalemyndigheten. Hvilket nivå den dømte til enhver tid skal oppholde seg på må være faglig begrunnet i særreaksjonens intensjon.

Tilregnelighetsutvalget foreslår at retten skal kunne bestemme at særreaksjonen skal gjennomføres i en lukket psykiatrisk institusjon, og begrunner det med samfunnsvernet. Utvalget mener at den faglig ansvarlige ikke skal kunne bestemme rammevilkårene for gjennomføring av dommen hos personer med *"en lang sykdomshistorikk"* og *"som på doms- og gjennomføringstidspunktet har tunge symptomer."* Dette for å sikre et stabilt *behandlingsopplegg for den dømte, og for også å verne samfunnets øvrige borgere, ..."* Tilregnelighetsutvalget foreslår derfor at straffeloven § 39 på denne bakgrunn blir *"gitt følgende tredje ledd:*

*«Dersom det ikke er utsikt til snarlig og vesentlig bedring, og hensynet til vern av tungtveiende interesser taler for det, kan det i dommen bestemmes at lovbryteren skal anbringes i lukket institusjon som nevnt i psykisk helsevernloven § 5-3.»"*

DRK kan ikke se at det skal være behov for denne lovendringen. Endringen i fjerde ledd anses derfor heller ikke nødvendig.

Så lenge den faglig ansvarlige for vedtak følger adekvate retningslinjer for gjennomføring av særreaksjonen, og gjør dette i nært samarbeid med påtalemyndigheten, vil en person i behov av en lukket post få det. At retten skal kunne sette en slik ramme er et klart brudd med det utvalget selv legger til grunn for gjennomføringen av dom til tvungent psykisk helsevern. DRK har i tillegg problem med å se hvordan retten og eventuelt sakkyndige med noen som helst sikkerhet kan predikere behov for et slikt tiltak som eventuelt den vedtaksansvarlige ikke selv da ville se behovet for. Som ved ovenstående begrunnelse for hvor lenge et heldøgnsopphold i institusjon bør vare, bør vurderingen av hvilket sikkerhetsnivå dette oppholdet bør være på, måtte være begrunnet i den dømtes tilstand og hvorvidt et alternativt tilbud vil være tilfredsstillende for å ivareta samfunnsvernet.

Vedrørende kapittel 24.3.5 *Minstetid* har DRK samme prinsipielle standpunktet til dette punktet som til punktet om at domstolen skal kunne beslutte opphold i lukket institusjon.

DRK støtter således flertallet i utvalget jf. kapittel 24.3.5, sitat: "Utvalgets flertall anbefaler ikke bruk av minstetid uten adgang til for domfelte til å begjære opphør."

Vedrørende kapittel 24.3.7 *Fornærmede og etterlattes interesser* anser DRK at denne oppgaven primært bør ligge til påtalemyndigheten som allerede har en etablert rolle overfor fornærmede og etterlatte. Dette er en ordning som allerede fungerer godt i Sør-Trøndelag, der det er etablert et godt samarbeid mellom psykisk helsevern og påtalemyndigheten. Subsidiært støttes forslaget om at denne plikten overføres til den nasjonale koordineringsenheten.

Vedrørende 24.5 *Særlige grupper av utilregnelige lovbrøtere* kapittel 24.5.2 *Unge lovovertridere* har DRK valgt å svare litt mer utfyllende som følge av at Tilregnelighetsutvalget har valgt å fatte seg i korthet. Utvalget er av Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening gjort oppmerksom på at det reises særskilte problemstillinger ved vurdering av unge lovovertridere, men finner at det faller utenfor utvalgets mandat å drøfte denne gruppen særskilt. DRK mener denne gruppen reiser problemstillinger som klart kommer innenfor utredningsgruppens mandat både når det gjelder skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern.

Alvorlige voldshandlinger og drap kan ha svært unge gjerningspersoner. Mindreårige utilregnelige lovbrøtere kan være både svært behandlingstrengende og potensielt svært farlige. De vil således kunne dømmes til tvungent psykisk helsevern om de er over 16 år. Sikkerhetsavdelinger innen psykisk helsevern er ikke tilpasset så unge pasienter. DRK mener at utvalget kunne ha adressert denne problemstillingen mer i detalj. Mindreårige lovovertridere kan være utilregnelige både på grunn av alder, på grunn av alvorlig psykisk lidelse eller begge deler. Enkelte kan til og med være for unge til å komme inn under tvungent psykisk helsevern.

Det er en statistisk betydelig økning av kriminelle handlinger utført av barn fra 11-12 års alder. Og barn som begår straffbare handlinger kan på samme måte som voksne ha psykiske lidelser eller svake kognitive evner som styrer handlingene deres, lidelser og vansker som må utredes og erkjennes, ikke bare behandles med påtaleunntatelse eller straffrihet der loven gir grunnlag for dette. Å vurdere alvorlig psykisk lidelse versus atferdsforstyrrelse krever særskilt kompetanse både når det gjelder barns utvikling og utvikling av ulike sykdomstilstander. Tilregnelighetsutvalget ønsker ikke å ta stilling til om det er behov for spesialisering innen psykiatrien for å imøtekomme de særlige behov som unge lovbrøtere har. Det er heller ikke nødvendig, da barne- og ungdomspsykiatri allerede er en egen spesialitet. Men utvalget har heller ikke på de punkter i utredningen hvor det hadde vært naturlig, påpekt de forskjeller som gjør seg gjeldende, for eksempel ved bruk av testmateriale i utredningsøyemed. DRK ser stadig at mindreårige lovbrøtere blir utredet med tester godkjent for voksne, til tross for at det foreligger egnet testmateriale for aldersgruppen.

Den sakkyndige erklæringen skal gi retten et tilstrekkelig grunnlag for å kunne vurdere tilregnelighetsspørsmålet. Da må også særlige aldersrelevante forhold belyses. Fra 2014 har Stortinget vedtatt innføring av en ny straffart for tilregnelige mindreårige, ungdomsstraff med ungdomsplan. I forbindelse med vedtaket er det også innført en obligatorisk personundersøkelse av mindreårige under 18 år. Denne skal imidlertid gjennomføres av Kriminalomsorgen (Kif), og det er ingen garanti for at vedkommende personundersøker har tilstrekkelig kunnskap om psykiske lidelser hos ungdom.

Det kunne vært et punkt for utvalget å drøfte om en full rettspsykiatrisk undersøkelse av alle mindreårige tiltalte ved sakkyndig med kompetanse innen psykisk helsevern for barn og unge. Blant annet kunne en da differensialdiagnostisk drøfte psykotiske lidelser opp mot alvorlig atferdsforstyrrelser, som ville gitt retten et riktigere grunnlag for sin beslutning enn en personundersøkelse.

## **Kapittel 25 Økonomiske og administrative konsekvenser**

Tilregnelighetsutvalget har omtalt dette over to sider. Det er lite DRK kan tilføye utover at det først og fremst vil være knyttet en betydelig usikkerhet over hvilke endringer i kostnader de ulike forslagene vil ha.

Hvor mange som eventuelt dømmes til særreaksjonen tvungent psykisk helsevern er som utvalget påpeker den potensielt største kostnaden. Før en eventuell lovendring som medfører en utvidelse av grunnlaget for å kunne idømme utilregnelige særreaksjon, bør sentrale myndigheter prøve å gjøre et estimat av hvor stor utvidelsen blir og hvilke merkostnader dette vil gi i form av investeringskostnader og kostnader til drift.

For Den rettsmedisinske kommisjon

Karl Henrik Melle  
leder