

Oslo, 5. august 2020

Legeforeningen v/Anders Sondrup

H e r

**Høringssvar fra Norsk psykiatrisk forening – Justis- og beredskapsdepartementets forslag til ny Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige og endringer i forskrift om den rettsmedisinske kommisjon**

Saken har vært behandlet av foreningens Utvalg for rettspsykiatri og av styret.

I. **Forslaget til ny forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige** bygger på den vedtatte endring i Straffeprosessloven § 165 a som ennå ikke er trådt i kraft (21.06.2019). Den bygger videre på § 142 a som gjelder mandat for sakkyndige.

Det materielle innholdet i forskriften er allerede vedtatt, i og med at lovteksten er vedtatt, og det er først og fremst den pedagogiske utformingen som forslaget gjelder.

Legeforeningen og Norsk psykiatrisk forening ved Utvalg for rettspsykiatri har tidligere deltatt i arbeid knyttet til utarbeidelse av endringen i Straffeprosessloven både i arbeidet med Prop 154 L (2016-2017, Lovproposisjonen) og gjennom arbeidet i referansegruppen til Midlertidig rettspsykiatrisk enhet (MRE) – forløperen til Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS).

Forslaget til forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige har tatt med flere av tilbakemeldingene fra Npf sammen med Nbupf og Psykologforeningen i referansegruppen til MRE og i høringen til 154 L, blant annet at forskningsvirksomhet og klinisk virksomhet sidestilles. Dette er meget positivt.

§ 2 *Krav til sakkyndiges kompetanse* er den viktigste paragrafen i forskriften, og lyder:

*Sakkyndig som oppnevnes etter straffeprosessloven § 165 a skal være lege eller psykolog og ha autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 bokstav n eller t jf. § 48 a, jf. § 53. Dette gjelder også sakkyndig som skal utarbeide en foreløpig erklæring etter straffeprosessloven § 165 fjerde ledd.*

*Den sakkyndige og minst én av de sakkyndige når de er flere, skal være godkjent spesialist på et fagområde som er relevant for den rettspsykiatriske undersøkelsen den eller de sakkyndige skal gjennomføre. Hvis det er oppnevnt flere sakkyndige, skal én av dem i tillegg arbeide klinisk som lege eller psykolog i minst 50 prosent av vanlig arbeidstid, på et fagområde som er relevant for den rettspsykiatriske undersøkelsen. Vitenskapelig stilling innen relevant fagområde kan oppfylle kravet til klinisk arbeid som lege eller psykolog.*

*De sakkyndige skal så langt det er mulig ha gjennomført Den rettsmedisinske kommisjons B- kursserie og C-kursserie som arrangeres av kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). Hver av kursarrangørene skal utarbeide en oversikt over hvem som har fullført kursseriene.*

Første ledds krav om at sakkyndige skal ha gyldig autorisasjon som helsepersonell kan synes overflødig, men det er kjente eksempler på at sakkyndige som ikke lenger har autorisasjon har opptrådt som sakkyndige, til dels med omskrevne titler («rettspsykiatrisk konsulent»). Så lenge det ikke har vært formalkrav til sakkyndige har dette ikke vært lovstridig, men det kan skape uheldige misforståelser.

Andre ledds krav om spesialistgodkjennelse er viktig. Betydningen for samfunnet og for den enkelte undersøkte er så stor, at dette er arbeid som bør gjøres av erfarne klinikere, med formell spesialistkompetanse. Arbeidets art er også slik at en må legge til grunn at sakkyndige har bred klinisk erfaring, og selvstendig og trygt kan diagnostisere de relevante kliniske tilstander. Lovteksten forskriver at «*én av de sakkyndige må være godkjent spesialist».* Her kommer forslaget til forskrift med den viktige presiseringen at *«... minst én av de sakkyndige når de er flere, skal være godkjent spesialist på et fagområde som er relevant for den rettspsykiatriske undersøkelsen ...».* Hovedregelen er at begge er spesialister, men at man har mulighet for å oppnevne ikke-spesialister, herunder utdanningskandidater i læringsøyemed og spesialister i andre spesialiteter.

For leger er først og fremst psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri relevante spesialiteter. I enkeltsaker kan rus- og avhengighetsmedisin, og nevrologi være relevante spesialiteter. Psykologene har ny spesialistordning med nye betegnelser sammenlignet med tidligere. Disse tildeles ikke av Helsedirektoratet, men av Norsk psykologforening. På samme måte som ikke alle legespesialiteter er innen relevante fagområder, er ikke alle psykologspesialiteter innen relevante fagområder. Eksempelvis organisasjonspsykologi og arbeidspsykologi vil neppe kunne anses som relevante spesialiteter, mens nevropsykologi og voksenpsykologi vil være det.

Loven forordner at minst en av de sakkyndige skal jobbe klinisk. Forskriften presiserer at dette gjelder klinisk eller vitenskapelig arbeid i minst femti prosent stilling. Med forbehold om pensjonister og enkelte ansatte i forvaltningen, ser vi ingen grunn til at dette kravet ikke skal gjelde begge/alle sakkyndige når det er flere enn én sakkyndig.

Vi vil samtidig understreke at arbeid på relevant fagområde vil være et relativt vidt begrep. Etter vår oppfatning er alt arbeid ved offentlig sykehus- og DPS-psykiatri relevant, likeså klinisk privatpraksis med driftstilskudd – selv om det for denne siste gruppen helst bør stilles krav om tilhørighet til et fagmiljø. Det viktige er et klinisk eller vitenskapelig fagmiljø, samt at man arbeider med relevante problemstillinger klinisk eller forskningsmessig, også utenfor rettspsykiatriens rammer.

Spesialister som arbeider innen samfunnsmedisin og tilsvarende fagfelt innen offentlig forvaltning har tilknytning til et fagmiljø, men jobber ofte fjernt fra relevant fagområde. Hvis den andre/minst en av de andre sakkyndige fyller kravet om klinisk/vitenskapelig arbeide, bør spesialister innen offentlig forvaltning kunne oppnevnes som sakkyndige, så lenge de fyller de øvrige kravene.

Tilsvarende bør gjelde for pensjonister. Enkelte pensjonister vil opprettholde en relevant faglig virksomhet i redusert stilling. Disse må anses å fylle kravet for relevant arbeid. Pensjonerte spesialister som ønsker å arbeide som sakkyndige er en verdifull ressurs. Vi foreslår følgende *tilføyelse* til forskriften om dette:

"Det bør ikke være mer enn fem år siden pensjonisten avsluttet sin kliniske, vitenskapelige eller annen faglig relevante virksomhet".

Begrunnelsen er at det skjer mye faglig utvikling over fem år. Hvis man som pensjonist ikke følger med utviklingen, vil man ikke være faglig oppdatert.

Det har vært en uskreven regel at når det ble oppnevnt mer enn en rettspsykiatrisk sakkyndig, skulle minst én være lege som var spesialist i psykiatri. Dette for å sikre at man hadde minst én sakkyndig med kompetanse til å vurdere også somatiske forhold og differensialdiagnoser, men også for å sikre at minst én av de sakkyndige hadde spesialistkompetanse innen psykosevurdering. Psykoseproblematikk har vært og er sentralt i rettspsykiatriske vurderinger. Slik spesialiteten i psykiatri er og har vært bygd opp, så er klinisk erfaring med psykoser, og kompetanse innen vurdering av psykoser nødvendig for å oppnå spesialiteten. Spesialiteten i psykiatri gir for eksempel automatisk vedtakskompetanse etter Psykisk helsevernloven. Mange psykologer, spesielt de som virker som sakkyndige, har også denne spesialistkompetansen, men ikke alle spesialister i psykologi, heller ikke spesialister i klinisk voksenpsykologi har dette. Vedtakskompetanse etter psykisk helsevernloven er for psykologspesialister en tilleggskompetanse utover spesialistgodkjenningen.

Vi foreslår derfor en tilføyelse om at «*Når det oppnevnes mer enn én sakkyndig bør minst én være lege som er spesialist i psykiatri eller i barne- og ungdomspsykiatri*.»

Når det gjelder tredje ledd, så støtter vi kravene til utdanningsprogram slik det er formulert i forslaget til forskrift.

De øvrige paragrafer i utkastet til forskrift vil vi berøre mer summarisk:

§ 3 om Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) er en kodifisering av aktuell praksis, der blant annet Npf og Nbupf har deltatt i evalueringsarbeid tidligere.

Vi *støtter* dette forslaget og har ingen ytterligere kommentarer til det.

Vi *støtter* forslaget i § 4 om egenerklæring. Punktene a – g i egenerklæringen er relativt statiske, og vil gjelde alle oppdrag innen en periode. Punktene h – j er spesifikke for den enkelte sak. Faren vil være at hvis alle aktuelle sakkyndige skal sette seg inn i saken grundig nok til å kunne besvare disse punktene, så kan dette forsinke oppdaget med dager/uker. Det er ikke nødvendigvis hensiktsmessig. Når det gjelder punkt i) , antall saker med andre aktuelle sakkyndige, så kan dette gi inntrykk av at det ikke er ønsket at sakkyndige har hatt saker sammen tidligere. Grunnen til at dette punktet har kommet med, er at det har vært skapt et inntrykk av at det opptrådte «faste par» av sakkyndige, noe som kunne være uheldig. Vi mener det ikke bør oppfattes å være noe forbud mot at man har arbeidet sammen med andre sakkyndige tidligere, og det bør heller ikke settes noen fast grense på antall saker man kan ha hatt sammen, eller prosent av antall saker. Selv om bostedsforbeholdet vanligvis ikke praktiseres for sakkyndige, vil det ofte være hensiktsmessig eller ønskelig med sakkyndige som ikke kommer for langt unna. Tilgangen på sakkyndige er ikke like god alle steder, slik at samarbeid mellom de samme sakkyndige ikke kan unngås. Eksempelvis er det for øyeblikket kun fire sakkyndige bosatt i Møre og Romsdal som tar saker på NERS’ liste over sakkyndige.

§ 5 gjelder mandat. Visse punkter i denne paragrafen og i § 6 gjelder også privatantatte sakkyndige og sakkyndige som avgir foreløpige rettspsykiatriske erklæringer, hvis disse senere blir lagt frem i retten. Vi *støtter* dette.

I § 5 d bør begrepet voldsrisikovurdering, og ikke risikovurdering brukes. Det må her presiseres at det forutsettes bruk av anerkjente instrumenter. Det er videre positivt at det legges vekt på at det bør brukes standardmandater. Dette er viktig for å sikre rettslikhet.

§ 6 om erklæringers innhold har vi *ikke noen kommentarer* til, utover at det også bør presiseres at det straffbare forholdet, slik det foreligger av saksdokumenter, bør fremkomme av erklæringen, likeså tidligere straffbare handlinger, spesielt i de sakene der det gies mandat etter § 5 d om prognose og voldsrisikovurdering. Videre bør det presiseres at relevante helseopplysninger skal innhentes i den grad det finnes og er mulig, for å sikre at vurderingen bygger på all tilgjengelig relevant informasjon.

§ 7 om ikrafttredelse inneholder en bestemmelse om overgangsordning, som vi *slutter oss til*.

II.

Når det gjelder endringen i **forskriften til Den rettsmedisinske kommisjon**, er vi ikke kjent med hvilket graderingssystem for tilbakemelding til retten som DRK skal utarbeide forslag til, og vi *forutsetter* at dette kommer ut på høring før det implementeres.

III. Endringene i **forskrift om forvaring** er kun en direkte konsekvens av en allerede vedtatt lovendring: dom på overføring til tvungent psykisk helsevern kan ikke gjøres om til en tidsubestemt plassering i fengsel lenger. Dette var en bestemmelse som – så langt vi kjenner til – kun har vært anvendt én gang, og som både teoretisk og rettssikkerhets-messig ikke var uproblematisk. Endringen gjør at forskriften nå samsvarer med gjeldende lov. Vi har *ingen kommentarer* utover det.

Ulrik Fredrik Malt Øyvind Erik Duguid Jensen Leder av Norsk psykiatrisk forening leder, Utvalg for rettspsykiatri