
Rettsspsykiatriske utfordringer

REDAKSJONELT

ØYSTEIN MÆLAND

Øystein Mæland (f. 1960) er statssekretær i Justis- og politidepartementet, med permisjon fra sin stilling som kst. seksjonsoverlege ved Regional sikkerhetsavdeling, seksjon Dikemark, Aker sykehus.

Justis- og politidepartementet

Postboks 8005 Dep

0030 Oslo

Den siste tiden har det igjen vært satt søkelys på grenseflaten mellom helsevesen/psykiatri og rettsvesen/kriminalomsorg. Det er stilt spørsmål ved om helsevesen og rettsvesen, både hver for seg og i samspill, er i stand til å løse sine oppgaver på en slik måte at samfunnets sikkerhet blir ivaretatt på en betryggende måte.

I flere artikler i dette nummer av Tidsskriftet behandles rettsspsykiatriske og fengselspsykiatriske problemstillinger. Det er en kjent sak at fengselsinnsatte har økt sykkelighet, både somatisk og psykiatrisk, sammenliknet med normalbefolkningen. Sterk overrepresentasjon av rusmisbrukere er noe av forklaringen. Tor Gamman & Olav M. Linaker drøfter bruken av Symptom Check List-90 (SCL-90) som redskap for å fange opp behandlingstrengende psykiatriske tilstander i en situasjon der tilbudet av helsetjenester ofte er begrenset (1). Stein E. Ikdahl redegjør for hvilke krav som stilles til legeuttalelser i spørsmål om soningsutsettelse, der beslutningen tas av påtalemyndigheten (2). Arne Thorvik gir en interessant fremstilling av rettsreglene omkring sinnslidelse/utilregnelighet og straffrihet med utgangspunkt i filosofisk litteratur (3). Det såkalte medisinske prinsipp, som er rådende i Norge, medfører at en person med alvorlig sinnslidelse (psykose) er å anse som straffri uten at det kreves en årsakssammenheng mellom sinnslidelsen og den kriminelle handling. Ved bruk av det psykologiske prinsipp derimot, vil man kreve en slik sammenheng for at en person kan anees straffri. Det vil for eksempel være tilfelle hvis gjerningsmannen har vrangforestillinger, der offeret har hatt en forfølgerrolle eller hvis en imperativ hørselshallusiose gir gjerningsmannen beskjed om å drepe en bestemt person. Det kan selvsagt reises innvendinger mot at personer med alvorlige sinnslidelser automatisk er straffrie, og at de derved også fratas en mulighet for å stå til ansvar på en måte som kan være riktig, også ut fra hensynet til den enkelte gjerningsmann. Krav om årsakssammenheng reiser vanskelige spørsmål, bl.a. omkring det å bevise eller

motbeviser at slike sammenhenger faktisk finnes hos den enkelte som undersøkes. Det medisinske prinsipp er hittil blitt stående i vår straffelov. Som innvending er det blant annet påpekt at en sinnslidende person på en eller flere måter kan forårsake sin egen mangel på strafferettslig ansvar ved for eksempel ikke å ta forskrevne medikamenter eller ikke oppsøke psykiatrisk hjelp når han blir rådet til det (4). Spørsmålet er hva man faktisk vinner på denne type ansvarliggjøring. Til sjuende og sist må det gjøres en verdimessig avveining, og jeg tror våre norske bestemmelser her står seg godt i forhold til den kritikk som blant annet kan reises fra et menneskerettssynspunkt mot å dømme for eksempel schizofrene til fengselsstraff.

Det nåværende sikringssystemet som skal ivareta samfunnets sikkerhet overfor både tilregnelige og utilregnelige personer som har begått alvorlige lovbrudd, har vært kritisert gjennom lang tid. Kritikken har delvis gått på at de utilregnelige kan dømmes til sikring i sikringsanstalt, mens de egentlig burde vært behandlet i psykiatriske institusjoner. Noen av dem er derved blitt katebatter mellom psykiatri og fengselsvesen. Delvis har det vært kritisert at tilregnelige lovbrutere kan dømmes til sikring i tillegg til ordinær straff, og at dette reiser rettssikkerhetsproblemer. Kritikken av dette såkalt dobbeltsporede system har medført en ny lov om særreaksjoner, vedtatt av Stortinget i 1997. Pål Grøndahl drøfter innføringen av den nye lovgivningen i dette nummer av Tidsskriftet (5). Når loven trer i kraft, vil de som blir ansett for å være utilregnelige (psykotiske eller høygradig utviklingshemmede) og som har begått alvorlige straffbare handlinger, dømmes direkte til behandling i psykiatrien og derved bli psykiatriens ansvar. For de høygradig utviklingshemmede skal det etableres en særreaksjon i kommunal omsorgsbolig med heldøgnsstilsyn. For tilregnelige lovbrutere der fengselsstraff ikke anses å være tilstrekkelig til å ivareta samfunnets sikkerhet, kan det idømmes særreaksjon i egen anstalt.

Da loven om strafferettslige særreaksjoner ble vedtatt, var Stortinget opptatt av at psykiatrien måtte være i stand til å kunne påta seg sitt nye ansvar. Utbyggingen av fylkeskommunale og regionale sikkerhetsavdelinger de senere årene har gitt økt kapasitet og loven blir trolig iverksatt neste år. Det vil medføre en delvis ny rolle for overlegen ved avdelingen der den som er idømt behandling innlegges. Med dagens sikringssystem har allerede overlegen – når en person er sikret i sykehus – det sikkerhetsmessige ansvaret. Likevel kan ansvaret deles med både påtalemyndigheten og Justisdepartementet som tar beslutning om sikringsvilkår. Etter den nye loven er det opp til overlegen å vurdere hva som er et forsvarlig sikkerhetsnivå, dvs. lukket avdeling, åpen avdeling, poliklinisk behandling etc. Mitt inntrykk er at leger som har behandlingsansvar for slike pasienter allerede i dag inkluderer disse ansvarsvurderingene i beslutninger om hvilke behandlingstiltak som er påkrevd. Den reelle forskjellen blir neppe stor med det nye systemet, men legenes rolle og ansvar blir tydeligere, noe som kan kjennes som en belastning, særlig i tilfeller der noe går galt. Noe av det man vinner med reformen er en klargjøring av at syke mennesker er helsevesenets ansvar, og at man unngår dragkampen mellom fengselsvesen og psykiatri rundt noen problempasienter. Det er likevel fortsatt uavklarte spørsmål knyttet til hvem og hvordan man skal avgjøre i hvilken type psykiatrisk institusjon, og med hvilket sikkerhetsnivå, den som er idømt behandling skal plasseres. De regionale sikkerhetsavdelingene kan tenkes å få en rolle i dette. Det er viktig å anerkjenne at det er nødvendig både med spesialkompetanse og høyere pleiefaktor enn normalt for å ivareta behandlingsoppgavene for en del av disse pasientene.

Diskusjonene om grenseflaten mellom psykiatri og rettsvesen utløses gjerne av enkeltsaker som er egnet til å vekke sterke reaksjoner. Opphetede medieoppslag med krav om handling overskygger lett det faktum at det ofte er svært sammensatte årsaksforhold i den enkelte sak. Det gjør seg også gjeldende en forventning om at man kan forsikre seg mot volds- og drapssaker, noe som i mange tilfeller ikke er mulig. Like fullt er det påkrevd å ha en løpende debatt om hvordan man best mulig kan sikre seg mot at sinnslidende begår alvorlige straffbare handlinger. Dette omfatter både forebygging og reaksjoner. Legene har en viktig rolle å spille både som behandlere og som premissleverandører for beslutninger i påtalemyndighet og domstoler. En faglig diskusjon om rettspsykiatrien kan heller ikke sees løsrevet fra en bredere debatt der bl.a. avveiningen mellom den enkeltes rettssikkerhet og samfunnets trygghet står sentralt.

LITTERATUR

1. Gamman T, Linaker OM. Screening for psykiatrisk lidelse blant fengselsinnsatte Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2151 – 3.
2. Ikdahl SE. Soningsutsettelse på medisinsk grunnlag Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2162 – 3.
3. Thorvik A. Frihet som medisinsk problem – rettspsykiatri i filosofisk lys Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2154 – 8.
4. Mitchell EW. Madness and meta-responsibility: the culpable causation of mental disorder and the insanity defence. The Journal of Forensic Psychiatry 1999; 10: 597 – 622.
5. Grøndahl P. Sikring eller forvaring – refleksjoner over de nye særreaksjonene Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2159 – 61.

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.