

Rettspsykiatri i fortid, nåtid og fremtid

For over 150 år siden var «Handlinger som forøves af Galne og Afsindige eller af dem, som Forstandens brug ved Sygdom eller Alderdoms-Svaghed er berøvet» straffrie. Fra 1848 gjaldt dette de «sindssyke». I dette nummer av Tidsskriftet har Svein Atle Skålevåg, med utgangspunkt i en straffesak fra 1874, beskrevet diskusjonen i det medisinske og det juridiske miljø i siste del av 1800-årene om hvordan man best kan identifisere dem som skal ansees som straffrie (1). Man diskuterte de metafysiske begreper tilregnelig/utilregnelig, de medisinske begreper syk/frisk og de psykologiske normal/unormal.

For en som har arbeidet med disse spørsmål i vår tids lovgivning, er det forbløffende å se hvor tidløse disse diskusjonene er. Diskusjonen gikk høyt på slutten av 1800-tallet. Straffeloven av 1902 hadde opprinnelig videre, skjønsmessige utilregnelighetsregler, men en lovendring i 1929 endret utilregnelighetsreglene igjen. Vi fikk «det medisinske prinsipp», som tilsier at dersom man var diagnostisert som sinnssyk (nå psykotisk) på gjerningstidspunktet, skal man ikke straffes. Det er ikke nødvendig å bevise en sammenheng mellom den straffbare handling og sinnslidelsen eller å bevise at sinnslidelsen påvirket lovbrøtters vurdering av handlingen.

Fra begynnelsen av 1970-årene til i dag har disse straffelovsbestemmelsene igjen vært utredet. Det er få lover som har hatt så mange runder og endringer (2–7). Fra 1.1. 2002 gjelder nye strafferettslige bestemmelser vedrørende regler for strafferettslig utilregnelighet (straffeloven § 44) og særreaksjonsregler (straffeloven §§ 39, 39 a, b, c, d, e, f, g, h). Straffeloven § 44 har nå ordlyden: «Den som på handlingstiden var psykotisk eller bevisstløs straffes ikke. Det samme gjelder den som på handlingstiden var psykisk utviklingshemmet i høy grad.»

I løpet av utredningstiden er det blitt diskutert hvorvidt vi i Norge ønsker å gå over til et psykologisk prinsipp, der man må vurdere om den straffbare handling var et resultat av en psykotisk sykdom. Utrederne har ment at vårt medisinske prinsipp gir de feil vi best vil leve med. Det er verre å dømme en som skyldig som egentlig ikke hadde skyld pga. en psykose, men hvor rettspsykiaterne ikke klarte å bevise en sammenheng mellom sinnstilstanden og lovbruddet, enn å frifinne en person som riktignok var psykotisk, men som utførte lovbruddet uavhengig av psykosen.

I NOU 1990: 5 er det gjort rede for at utviklingen innen psykiatrien har vært slik at det går an å ha en psykosediagnose som schizofreni uten å være psykotisk til enhver

tid (3). Konsekvensen av dette er at personer med schizofreni som begår straffbare handlinger i en periode der de fungerer adekvat upsykotisk, likevel vil kunne straffes. Rettspsykiateren må derfor utrede hvilke symptomer den kroniske lidelsen gav observanden på gjerningstidspunktet og så vurdere om han dermed må oppfattes å ha vært psykotisk. Man kan hevde at dette er å innføre det psykologiske prinsipp, ved at graden og arten av lovbrøtters kognitive svikt og produktive symptomer blir vurdert. Jeg anser ikke dette som et helt riktig resonnement, og mener at dette er det medisinske prinsipp anvendt i dag. Også psykotiske lidelser må vurderes i grader og ikke bare kategorier.

Diagnostisering av de rettspsykiatriske tilstandene psykose, bevisstløshet og psykisk utviklingshemning forutsetter god klinisk kompetanse og en juridisk forståelse av begrepene. Selv om straffeloven benytter en medisinsk terminologi, er det ikke uten videre gitt at en kliniker forstår hvilke tilstander som inngår i de juridiske begrepene uten å kjenne til lovens mange forarbeider og den rettspraksis som har vært og som kommer til å bli utviklet de nærmeste årene.

De nye bestemmelsene om strafferettslige særreaksjoner i straffeloven § 39 krever en annen klinisk kompetanse enn de gamle reglene, som bare forutsatte at de sakkyndige måtte diagnostisere de tilstander som etter rettspsykiatrisk praksis ble definert som mangelfullt utviklede eller varig svekkede sjelsevner. De nye reglene krever en utredning av lovbrøtters prognose, noe som krever klinisk kompetanse med hensyn til dagens behandlingsformer og forventet resultat. Det er her spesielt viktig også å være kjent med hva vi ikke har dekning for å ta stilling til.

Rettsmedisin, herunder rettspsykiatri, har i liten grad vært inkludert i den kurative medisinske fagutvikling. De kliniske avdelinger har ikke hatt kapasitet til å påta seg utredninger for retten, og rettspsykiatri er stort sett blitt utøvd av selvstendige praktiserende spesialister og sykehusansatte i framtiden. Det er interessant at distriktslegen, direktøren for Gaustad sinnssykeasyl og åtte professorer ved Det medisinske fakultet avgav hver sine og ulike erklæringer i en sak i 1873 (1). Har vi i 2002 en like grundig utredning av utilregnelighetssaker?

Rettspsykiatri er et meget lite fagfelt, spesialister i psykiatri får bare kunnskap og kompetanse om strafferettspsykiatri dersom de er spesielt interessert. I den obligatoriske undervisningen i psykiatriutdanningen er det ca. 6–8 timer forelesning om det å være sakkyndig for retten. Vi har intet besatt pro-

fessorat i rettspsykiatri. I 2001 kom en ny lærebok i rettspsykiatri (8), ti år etter at forrige kom i fjerde utgave (9). Akademisk forskning innen rettspsykiatri har vært beskjeden.

Mangelen på faglig aktivitet på dette feltet går igjen innen andre fagfelter innen rettsmedisin. Justisdepartementet nedsatte i 1998 Rognum-utvalget som avgav innstillingen *Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker* i 2001 (10). Det ble anbefalt et generelt løft for rettsmedisinsk virksomhet. Man ville ha en utdanningsmodell for sakkyndige (ABC-modellen) og foreslo at regionale helseforetak og universitetene må inkorporere rettsmedisinske oppgaver, herunder rettspsykiatri, i sine virksomhetsplaner. Innstillingen må ikke støve ned i departementene.

Det er beundringsverdig hvor grundig og nyansert våre forgjengere utredet og diskuterte rettspsykiatriske problemstillinger, og det i en tid uten Internett-tilgang og databaser. Vi har stadig noe å lære av dem.

Randi Rosenqvist
randirosen@senswave.com
Drammensveien 61 E
0271 Oslo

Randi Rosenqvist (f. 1951) er psykiater og mangeårig overlege ved Regional sikkerhetsavdeling Gaustad/Aker sykehus. Hun er nå overlege/stipendiat, Aker sykehus. Rosenqvist er formann for Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe og medlem av lovutvalget som utredet nye straffelovsbestemmelser.

Litteratur

1. Skålevåg SA. Sykdom og tilregnelighet – fra sakkyndighetens historie. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 65–8.
2. NOU 1974: 17. Strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1974.
3. NOU 1990: 5. Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1990.
4. Ot.prp. nr. 87 (1993–94). Om lov om endringer i straffeloven mv (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner)
5. Innst.O. nr. 34. (1996–97). Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i straffeloven m.v.
6. Ot.prp. nr. 46 (2000–2001). Om lov om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239)
7. Innst.O. nr. 113 (2000–2001). Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover.
8. Rosenqvist R, Rasmussen K. Rettspsykiatri i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
9. Eitinger L, Retterstøl N. Rettspsykiatri. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
10. NOU 2001: 12. Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2001.