

## Sammendrag

Oppgavens fokus er tilregnelighetsvurderinger ved spørsmål om psykose, jfr. straffelovens § 44. Hvilke faktorer kan bidra til diagnostiske utfordringer ved slike vurderinger, og hvilke tiltak kan iverksettes for å bedre dagens praksis?

Visse tilstander medfører straffefrihet i henhold til norsk lov. I Norge råder det medisinske prinsipp. Det betyr at dersom tiltalte i gjerningsøyeblikket var psykotisk (som definert i straffelovens § 44), skal vedkommende fritas fra straff. Norge er et av få land i verden som praktiserer et slikt prinsipp. I de tilfellene hvor det anses nødvendig, vil psykologspesialister eller spesialister i psykiatri vurdere tiltaltes psykiske helse, for slik å uttale seg om hvorvidt vedkommende oppfyller kriteriene for straffefrihet. De sakkyndiges uttalelser tillegges generelt stor vekt i retten. Den eneste formen for kvalitetssikring av de sakkyndiges arbeid per i dag, er Den rettsmedisinske kommisjonens gjennomlesing og kommentarer til erklæringene som avgis. Den rettsmedisinske kommisjonens rolle er rådgivende, da den ikke kan stille formelle krav til de sakkyndige.

Ustrukturert klinisk samtale er den hyppigst brukte formen for utredning blant norske sakkyndige i rettspsykiatri. Forskning viser imidlertid at ustrukturert utredning har lavere reliabilitet enn mer strukturerte utredningsmetoder. Rettspsykiatriske vurderinger kan også medføre særskilte problemstillinger som gir diagnostiske vansker. De som observeres, kan i større grad enn i vanlig terapeutisk praksis være motivert for uriktig fremstilling av symptomer. Det kan også være utfordrende å vurdere tiltaltes psyke i gjerningsøyeblikket lang tid etter handlingen skjedde. I tillegg kan utilstrekkelige rammebetingelser rundt judisiell observasjon medføre mindre pålitelige vurderinger.

Løsningsforslagene som presenteres, er økt standardisering av arbeidet som gjøres, pålagt strukturert utredning og bedre rammebetingelser for observasjon. Flytdiagram brukes for å illustrere hvordan økt standardisering kan omsettes i praksis. En skisse til datastøttet verktøy for de sakkyndige presenteres også. Hensikten med forslagene er økt kvalitetskontroll og styrket rettssikkerhet for de som vurderes. Forslagene er foreløpige ideer som krever videreutvikling.

## **Forord**

Arbeidet med dette temaet har vært givende og lærerikt. Skjæringspunktet mellom juss og psykologi er interessant. Siden Breivik-saken har jeg ønsket å lære mer om tilregnelighetsvurderinger – både hvordan praksis er i dag, samt hvilke forhold ved rettspsykiatrien som kan forbedres. Gjennom hele arbeidsprosessen har jeg hatt flere gode støttespillere som jeg ikke ville vært foruten. Min veileder, Kirsten Rasmussen, fortjener stor takk for sine klare, konsise tilbakemeldinger og for å ha penset meg inn på riktig spor når det har trengtes. Jeg er også svært takknemlig for all oppmuntring og gode innspill jeg har fått fra familien min. Dere har bidratt til å gjøre denne oppgaven bedre.

Trondheim 28. mai 2013

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b><i>Innledning</i></b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b><i>Rettspsykiatri – definisjoner og praksis</i></b>	<b>8</b>
2.1	<b>Definisjon av utilregnelighet</b>	<b>8</b>
2.1.1	Grunnet psykose	8
2.1.2	Grunnet høygradig psykisk utviklingshemming	9
2.1.3	Grunnet bevisstløshet	9
2.1.4	Praksis varierer mellom landene	9
2.2	<b>Rettspsykiatrisk sakkyndige sin rolle i straffesaker</b>	<b>10</b>
2.2.1	Den sakkyndiges muligheter for observasjon	10
2.2.2	Rettens vektlegging av sakkyndiges konklusjon	11
2.2.3	Rollen til Den rettsmedisinske kommisjon	12
2.3	<b>Rettspsykiatri under press</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b><i>Rettspsykiatrisk metode og diagnostiske utfordringer</i></b>	<b>14</b>
3.1	<b>Ulike definisjoner av psykose</b>	<b>14</b>
3.1.1	Medisinsk definisjon av psykotisk	14
3.1.2	Juridisk definisjon av psykotisk	15
3.1.3	Forvirrende med ett begrep og to ulike definisjoner?	15
3.2	<b>Metoder brukt ved utredning av psykiske lidelser</b>	<b>16</b>
3.3	<b>Reliabilitetsproblemet</b>	<b>17</b>
3.3.1	Psykosediagnosers reliabilitet	18
3.3.2	Ulike sakkyndige – ulike metoder?	19
3.3.3	Ustrukturerte utredningsmetoder	20
3.3.4	Strukturerte utredningsmetoder	22
3.3.5	Sammenligningsstudier av ustrukturert og strukturert utredning	23
3.3.6	Klinisk skjønn versus standardisering i rettspsykiatrien	24
3.3.7	Simulering eller dissimulering av symptomer	26
3.3.8	Betydningen av kontekst og tid fra handlingen er begått	28
3.4	<b>Metodiske utfordringer knyttet til rammebetingelsene</b>	<b>29</b>
3.4.1	Utilstrekkelige kompetansekrav til de sakkyndige	29
3.4.2	Mangel på egen observasjonsklinikk og forankring i fagmiljø	30
3.4.3	Den rettsmedisinske kommisjonens rolle	30
3.4.4	Ikke automatisk tilgang til helsejournaler	30
3.4.5	Manglende innleggelse til observasjon?	31
3.4.6	Vansker med å vurdere når prejudisiell observasjon er nødvendig	32
3.4.7	Ikke bruk av tverrfaglig utredningsgruppe	32
<b>4</b>	<b><i>Forslag til forbedring av rettspsykiatrisk praksis</i></b>	<b>34</b>
4.1	<b>Mangel på standardisering</b>	<b>34</b>
4.2	<b>Forslag til økt standardisering</b>	<b>36</b>
4.3	<b>Pålegge strukturert utredning</b>	<b>41</b>
4.4	<b>Bedre rammebetingelser</b>	<b>44</b>
4.5	<b>Mulige innvendinger mot forslagene</b>	<b>49</b>
4.6	<b>Datastøttet arbeidsprosess</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b><i>Konklusjon</i></b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b><i>Referanser</i></b>	<b>55</b>

## Liste over figurer

<i>Figur 1: Oversikt over fullstendig saksgang i dagens rettspsykiatriske prosess .....</i>	<i>37</i>
<i>Figur 2: Foreslått struktur i den rettspsykiatriske prosess .....</i>	<i>38</i>
<i>Figur 3: Oversikt over ulike faser i judisiell observasjon.....</i>	<i>39</i>
<i>Figur 4: Den første samtalen med observanden.....</i>	<i>40</i>
<i>Figur 5: Pålagt strukturert utredning .....</i>	<i>42</i>

## Liste over tabeller

<i>Tabell 1: Forslag til forbedring av rammebetingelser i rettspsykiatrisk praksis .....</i>	<i>45</i>
--	-----------

# 1 Innledning

Oppgavens problemstilling er:

*Diagnostiske utfordringer knyttet til tilregnelighetsvurderinger i straffesaker og forslag til forbedringer av dagens praksis*

Personer som var psykotiske i gjerningsøyeblikket for en forbrytelse, straffes ikke. Det er psykologspesialister og psykiatere som skal uttale seg om tiltaltes psyke i gjerningsøyeblikket. Disse vurderingens konklusjon har store konsekvenser for dem det gjelder. Av den grunn er det av stor betydning hvorvidt de sakkyndige anser tiltalte å ha vært psykotisk i juridisk forstand eller ikke. De sakkyndiges vurdering veier som regel tungt i retten, og derfor må det stilles høye krav til troverdigheten av disse. Det overordnede målet med vurderingene er å identifisere de genuint psykotiske, samt fange opp de som fabrikerer symptomer i forsøk på å slippe straff. Vurderingenes reliabilitet, eller pålitelighet, er vesentlig for å ivareta rettssikkerheten til de som bedømmes. Hvilke sakkyndige som vurderer og til hvilket tidspunkt bør ideelt sett ikke ha noe å si – utredningen bør være så god at konklusjonen blir den samme i ulike tilfeller. 100 % enighet er naturligvis vanskelig å få til all den tid psykologiske vurderinger til en viss grad er skjønnsbaserte. Poenget er å sikre så høy reliabilitet som mulig. Dette krever at utredningsmetodene som brukes og framgangsmåten for utredning er av høy kvalitet. Prosessen må være mest mulig lik for alle, slik at betingelsene for vurdering er de samme. Er dette tilfelle i norsk rettspsykiatri i dag? Målet med denne oppgaven er derfor å identifisere mulige kilder til diagnostiske utfordringer som kan gjøre utredningene mindre reliable, samt peke på forbedringer av disse.

Ettersom dette er en teoretisk oppgave, er materiale til oppgaven hentet gjennom litteratursøk, samt gjennom samtaler med veileder. Både fagbøker, vitenskapelige artikler, avis-, magasin- og tidsskriftartikler, forelesninger, nettsteder, samt offentlige utredninger og rapporter i tillegg til uttalelser fra Den rettsmedisinske kommisjon er

benyttet. De vitenskapelige artiklene omhandler i stor grad reliabilitet i diagnostisering. Noen av dem tar for seg reliabilitet spesifikt ved rettspsykiatriske vurderinger. I tillegg er psykologers rolle i retten et tema, samt analyse av rettspsykiatrisk praksis i Norge. Tidsskriftartiklene fra Norsk psykologforening og Den norske legeforening, dreier seg om diskusjon av dagens praksis. Avis- og magasinartikler er brukt for å få fram synspunkter i den offentlige debatten. Offentlige utredninger, rapporter og uttalelser fra Den rettsmedisinske kommisjon er benyttet for å få vurderinger av dagens system. Bøkene som er benyttet, er i hovedsak brukt for å få en mer grunnleggende innføring i rettspsykiatri, samt psykologers rolle på dette feltet. I tillegg er de brukt for å få en mer helhetlig oversikt over metoder brukt i utredning.

Oppgaven er begrenset til å handle om faktorer som kan hindre reliabiliteten på vurderingene som gjøres, samt presentere løsningsforslag knyttet til disse. Det kunne også vært interessant å diskutert validiteten av begrepet ”psykotisk” i juridisk forstand. Er det tilstrekkelig enighet om hva som ligger i dette begrepet, og hvilke tilstander som skal omfattes? Hvilke symptomer bør være vesentlige og hva skal de sakkyndige se etter? Hvis det er usikkerhet knyttet til dette, blir det vanskelig å vite hvilke metoder som er best å bruke i utredning. Dette er et viktig tema, men det ville vært for omfattende å ta for seg dette på en grundig måte i denne oppgaven. Kun et avsnitt i diskusjonsdelen tar opp dette spørsmålet.

I tillegg er det også kun vurdering av ”psykotisk” i gjerningsøyeblikket som diskuteres, selv om diskusjon av tilregnelighetsvurderinger knyttet til bevisstløshet eller utviklingshemming kunne vært like interessant. Vurdering av utilregnelighet grunnet psykose er likevel det temaet som har fått mest oppmerksomhet i senere tid på grunn av Breivik-saken. Dette er derfor oppgavens fokus.

Den innledende delen av oppgaven består av definisjoner og beskrivelse av rettspsykiatrisk praksis i dag, samt kritikk rettet mot rettspsykiatrisk sakkyndigarbeid. Hoveddelen av oppgaven omhandler diagnostiske utfordringer ved tilregnelighetsvurderinger som kan bidra til lavere pålitelighet ved vurderingene som gjøres. Flere faktorer presenteres som mulige årsaker til dette. Oppgavens siste del tar for seg løsningsforslag på problemene skissert i hoveddelen. Forslagene innebærer økt

standardisering, pålagt strukturert utredning og endring av rammebetingelsene. Flytdiagram brukes som illustrasjon på hvordan forslaget om økt standardisering kan omsettes i praksis. I tillegg blir datastøttet verktøy foreslått som en videreutvikling av dette. Forslag til endring av rammebetingelser presenteres for seg selv. Disse forslagene er en kombinasjon av egne synspunkt og ideer presentert i den offentlige debatten.

## **2 Rettspsykiatri – definisjoner og praksis**

Denne innledende delen presenterer de tilstandene norsk lov definerer som utilregnelige, og som dermed fritar for straff. I tillegg blir det gitt en grunnleggende oversikt over hvordan rettspsykiatriske vurderinger foregår i dag, hvordan de kvalitetssikres, i hvor stor grad de vektlegges i retten, samt hvilken kritikk som har rammet rettspsykiatrisk praksis.

### **2.1 Definisjon av utilregnelighet**

For å kunne straffes må personen som er skyldig i en forbrytelse ha vært tilregnelig i gjerningsøyeblikket. I følge odelstingsproposisjon nummer 90 (2003-2004) vil det si at personen har hatt ”et minstemål av modenhet, sjelelig sunnhet og bevissthet”. Det finnes (i tillegg til mindreårighet) tre tilstander som kvalifiserer til straffefrihet.

#### **2.1.1 Grunnet psykose**

I følge straffelovens § 44 vil den som var psykotisk i gjerningsøyeblikket ikke straffes. Psykose i strafferettslig forstand er ”de tilstander som psykiatrien til enhver tid regner som psykose” (ot.prp.nr. 90, 2003-2004). I forarbeidene til loven presiseres det at personen må ha vært ute av stand til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen (Larsen, 2012). En person kan oppfylle kriteriene for en psykoselidelse i henhold til diagnosesystemet ICD-10, men likevel være strafferettslig tilregnelig, ettersom psykosen må være av en viss styrke. Det er imidlertid mulig at det virker forvirrende for retten at graden av funksjonssvikt og realitetstestingsevne ikke er spesifisert i lovteksten (Rosenqvist, 2008).



### **2.1.2 Grunnet høygradig psykisk utviklingshemming**

Psykisk utviklingshemming i høy grad defineres som IQ under ca. 55 (ot.prp.nr.90, 2003-2004). Dette er imidlertid ikke en absolutt grense, ettersom funksjonsnivået totalt er viktig å vurdere (ot.prp. nr. 46, 2000-2001).

### **2.1.3 Grunnet bevisstløshet**

Bevisstløshet kan være både absolutt og relativ. *Absolutt bevisstløshet* vil være komatøse tilstander. Dette utelukker aktiv handling, men vil innebære ”unntattelsesforståelser” (ot.prp.nr. 90, 2003-2004). *Relativ bevisstløshet* dreier seg om at evnen til å ta inn og bearbeide informasjon er svekket i slik grad at det blir vanskelig å huske hva som har skjedd, og at handlinger ikke blir basert på innkommende informasjon (ot.prp. nr. 90). Eksempler på tilstander som kvalifiserer til relativ bevisstløshet kan for eksempel være å gå i søvne, være under hypnose og ha visse febertilstander. Relativt bevisstløshet grunnet selvforskyldt rus vil ikke medføre straffefrihet.

### **2.1.4 Praksis varierer mellom landene**

Hvilke kriterier som legges til grunn for straffefrihet, varierer fra land til land. Når det gjelder straffefrihet grunnet psykose, er det norske rettssystemet basert på *det medisinske prinsipp*. Dette innebærer at det er tilstrekkelig å ha tilstanden (psykose) for å slippe straff, det kreves ikke at psykosens innhold har sammenheng med forbrytelsen (Larsen, 2012). De fleste andre land baserer seg imidlertid på *det psykologiske prinsipp*, med eller uten krav til kausale forbindelser mellom handlingen og psykosens innhold. For å straffes må personen ha hatt forståelse av handlingen eller skjønt at den var ulovlig (Syse, 2006). Fornuften og evnen til å se konsekvenser av sine handlinger har vært svekket. I følge Grøndahl (2012) har både det medisinske og psykologiske prinsipp blitt forsøkt revidert flere ganger, oftest i sammenheng med

dramatiske hendelser som har vakt stor oppsikt. Det vil imidlertid være svakheter ved de ulike prinsippene, og Grøndahl mener det neppe finnes noen optimal løsning.

## **2.2 Rettspsykiatrisk sakkyndige sin rolle i straffesaker**

### **2.2.1 Den sakkyndiges muligheter for observasjon**

Mistenkte i straffesaker kan ut fra sin oppførsel eller type lovbrudd gi indikasjoner om utilregnelighet. Da er det viktig å undersøke mistenktes psykiske tilstand ettersom psykisk tilstand i gjerningsøyeblikket har betydning for rettslige konsekvenser. Dersom det er tvil om full rettspsykiatrisk undersøkelse er nødvendig, kan påtalemyndigheten eller retten innhente en foreløpig vurdering av siktedes mentale tilstand, en såkalt *prejudisiell observasjon* (NOU 2001:12). En fagperson får da anledning til undersøke personen kort tid etter forbrytelsen er begått (Rosenqvist & Ramussen, 2004). Den personen som er gjenstand for undersøkelse betegnes som *observand*. Resultatet av observasjonen kan gi ulike utfall. Saken kan henlegges dersom forbrytelsen er mindre alvorlig, og det er stor sjanse for at vedkommende var utilregnelig. Rettsprosessen kan eventuelt gå sin gang dersom sakkyndige ikke finner at videre psykiatrisk utredning er nødvendig. En annen mulighet er at full rettspsykiatrisk undersøkelse, *judisiell observasjon*, igangsettes ved tvil om observandens psykiske tilstand. Vanligvis oppnevnes to sakkyndige til judisiell observasjon. Fordi erklæringene krever mye skjønn, er dette en form for kvalitetssikring (Rosenqvist & Rasmussen). Vanligvis er retten oppdragsgiver, noe som gjør de sakkyndige til nøytrale. Eventuelt kan de ulike partene ønske egne sakkyndige, noe som er mer vanlig i USA.

Det finnes ikke noe regelverk for hvordan en rettspsykiatrisk undersøkelse skal foregå (NOU 2001:12). Sakkyndige får et *mandat* – en beskrivelse av oppdraget. Mandatet er vanligvis standard, og dreier seg om å svare på om personen på tidspunktet for forbrytelsen var bevisstløs, utviklingshemmet eller psykotisk i høy grad (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Den sakkyndige kan også måtte uttale seg om personen har en alvorlig psykisk lidelse eller var bevissthetsforstyrret. Sakkyndige skal ikke si noe om

utilregnelighet, men svare på om personen på handlingstidspunktet var psykotisk. Oppdraget skal munne ut i en erklæring som skal leveres inn.

I Norge finnes ingen egen klinikk som benyttes for samtaler med observanden. Det vil si at de sakkyndige kan måtte reise hjem til siktede for å foreta undersøkelser der, eller undersøke siktede i fengsel eller på sykehus (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Den rettsmedisinske kommisjon anbefaler at to sakkyndige undersøker observanden minst to ganger hver (NOU 2001: 12). I tillegg anbefales det å treffe observanden hver for seg ved første møte for at observasjonene skal bli mest mulig uavhengige av hverandre. Dette er imidlertid ikke formelle retningslinjer ettersom det ikke finnes lovpålagte krav. Tolk bør også skaffes til de personene som ikke behersker norsk, noe som dessverre ikke alltid skjer (NOU 2001:12).

Praksisen i Norge skiller seg fra nabolandet vårt Sverige. Her utføres undersøkelsene i en egen rettspsykiatrisk klinikk av tverrfaglige team bestående av psykologer, psykiatere, sykepleiere og andre relevante yrkesgrupper i fire uker (Grøndahl, 2010). Dette gjør at ekspertene har bedre tid på seg, samt at omstendighetene for mer inngående testing er bedre. En annen forskjell er at norske sakkyndige ikke har rett til å innhente observandens tidligere sykejournaler uten samtykke fra vedkommende. I Sverige derimot, kan opplysninger innhentes til tross for at observanden motsetter seg dette. I Norge kan imidlertid observanden ved bruk av tvang innlegges til døgnobservasjon dersom personen motsetter seg samarbeid slik at den sakkyndige ikke har nok opplysninger til å besvare mandatet (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Dette foregår på et psykiatrisk sykehus, og observanden blir observert av et team som gjerne består av sykepleiere og hjelpepleiere ledet av en psykiater eller psykologspesialist (Sigursjónsdóttir & Østberg, 2012). Psykiateren eller psykologspesialisten har samtaler med observanden, og utfører også eventuelt testing eller somatiske undersøkelser. Teamet er ansvarlig for å skrive en rapport til de sakkyndige.

### **2.2.2 Rettens vektlegging av sakkyndiges konklusjon**

I følge Advokatforeningens årstale i 2012 veier de sakkyndiges uttalelser tungt i rettssalen. Dommerne vil ofte rette seg etter de sakkyndiges konklusjoner, og det er ikke lett å argumentere mot slike rapporter. Halvorsen (2000) refererer også til fagsjef i Helsetilsynet, Ellen Hagemo, sin uttalelse om at dommerne og juryen oftest følger konklusjonene til de sakkyndige.

### **2.2.3 Rollen til Den rettsmedisinske kommisjon**

Uttalelsen fra sakkyndige skal alltid sendes inn til *Den rettsmedisinske kommisjon* for ekstern kvalitetssikring (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Minst tre personer her skal lese gjennom erklæringen og kontrollere om det er sammenheng mellom innhold og konklusjon. Kommisjonen kan uttale seg om mangler eller usikkerhet i rapporten, men har ikke ansvar for å godkjenne den. For eksempel kan den påpeke at flere utredninger burde vært gjort.

## **2.3 Rettspsykiatri under press**

Tilregnelighetsvurderinger er synlige og kontroversielle former for vurderinger av psykisk helse i retten (Gowensmith, Boccaccini & Murrie, 2013). Feilvurderinger koster, både fordi det kan gi grobunn for mistro til psykisk helsevesen, og fordi feilplasseringer av personer i fengsler eller sykehus er kostbart (Gowensmith et al.). Breivik-saken utløste økende kritikk av bruken av psykiatri i retten. Kritikken har kommet både utenfra og fra psykologer og psykiatere selv. At de ulike sakkyndige kom til ulike diagnostiske konklusjoner angående Breivik, ble som Melle (2013) refererer til, brukt av mediene som grunnlag for kritikken mot rettspsykiatri. Melle viser imidlertid til en meningsmåling som viser at nordmenns syn på rettspsykiatri likevel ikke har endret seg siden Breivik-saken. Dette mener hun kan henge sammen med forståelse for at rettspsykiatri innebærer kompliserte vurderinger.

Om det er behov for ekspertuttalelser angående tiltaltes psyke var et tema i diskusjonen som fulgte etter Breiviks terrorhandlinger. Spørsmålet om hvorvidt

bruken av rettspsykiatriske sakkyndige utgjør en forskjell i rettsvesenet har blitt stilt også tidligere i litteraturen. Flere eldre studier av litteraturgjennomganger synes å vise at psykologer ikke er så flinke til å vurdere utilregnelighet (Davidshofer & Murphy, 2004). Forskningen disse artiklene viser til, tyder på at profesjonelle psykisk helsearbeidere ikke foretar bedre utilregnelighetsbedømmelser enn vanlige folk. Grøndahl (2010) sammenlignet imidlertid eksperters vurdering av tilregnelighet med lekmenns, og fant at bedømmelsene skilte seg signifikant fra hverandre. Lekmenn vurderte tiltalte som mer gal, mer behandlingstrengende og med større risiko for gjentakelse enn ekspertene. Grøndahl betrakter egen studie som en motvekt mot andre studier som har funnet at lekmenns og eksperters bedømmelser ikke skiller seg fra hverandre. Han mener også at resultatene tyder på at sakkyndige ikke i like stor grad er offer for de menneskelige feilkildene som lekmenn.

Kritikk fra psykologers og psykiateres egne rækker har gjerne dreid seg om hvilke utredningsmetoder som brukes og rammebetingelsene for rettspsykiatrisk praksis. For eksempel har det blitt diskutert om det bør stilles strengere krav til sakkyndiges kvalifikasjoner, hvordan observasjonene skal foregå og om det bør finnes en utredningsstandard. De diagnostiske utfordringene knyttet til tilregnelighetsvurderinger vil derfor være grunnlaget for oppgavens neste kapittel.

### **3 Rettspsykiatrisk metode og diagnostiske utfordringer**

Det er viktig at rettspsykiatriske erklæringer er pålitelige og av god kvalitet. Men hvilke faktorer kan bidra til diagnostiske vansker? Hvilke krav stilles egentlig til gjennomføring av undersøkelsene, og er metodene som brukes gode nok til å svare på mandatet? Bli problemstillinger som særlig er knyttet til rettspsykiatri belyst på en konsistent måte? Et annet spørsmål er hvordan rammebetingelsene rundt observasjon kan påvirke kvaliteten på vurderingene som gjøres.

#### **3.1 Ulike definisjoner av psykose**

Det medisinske begrepet psykose skiller seg fra straffelovens ”psykotisk”.

##### **3.1.1 Medisinsk definisjon av psykotisk**

Psykose kjennetegnes av at hallusinasjoner, vrangforestillinger eller forstyrrelser i tenkningen er tilstede (Rosenqvist, 2008). Det kan innebære alt fra bare ett av symptomene til alle. Psykose i klinisk forstand betyr altså at en person oppfyller kriteriene for en av psykoselidelsene i diagnosesystemet vårt ICD-10 (Larsen, 2012). Å ha en psykoselidelse som for eksempel schizofreni, trenger ikke medføre psykose hele tiden (Rosenqvist, 2008). Psykotiske tilstander kan også være av ulik styrke. Det vil si at alt fra friske personer som hører stemmer til svært syke og dårlig fungerende personer kan ha en psykoselidelse (Larsen, 2012). Selv om en person finnes tilregnelig i strafferettslig forstand, kan vedkommende likevel oppfylle de kliniske kravene (Larsen).

### 3.1.2 Juridisk definisjon av psykotisk

Psykotisk i gjerningsøyeblikket medfører i følge straffeloven § 44 straffefrihet. Psykotisk i juridisk forstand dreier seg om ”de tilstander som psykiatrien til enhver tid regner som psykose” (ot.prp. nr. 90, 2003-2004), for eksempel schizofreni, psykotisk depresjon og schizoaffektiv lidelse. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å ha en psykoselidelse, personen må også være ute av stand til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen (Larsen, 2012). Dette er imidlertid ikke presisert i straffeloven, men i forarbeidene til den. I følge ot.prp. nr. 87 (1993-1994) mangler personen ”evnen til å reagere adekvat på vanlige inntrykk og påvirkninger (...)”.

I følge Rosenqvist og Døvre (2005) tolkes § 44 av psykiatrisk gruppe i Den rettsmedisinske kommisjon som at den realistiske vurderingen har vært preget i så sterk grad at funksjonsevnen er markert nedsatt. Symptomene må altså være av en viss styrke og varighet. Dersom for eksempel en schizofreni er godt behandlet og det antas at evnen til å forholde seg til omverdenen ikke er svekket, vil observanden ikke anses utilregnelig (Rosenqvist, 2008). Den sakkyndiges oppgave blir dermed todelt: på den ene siden å utrede om vedkommende har en psykosediagnose, i tillegg til hvordan dette har påvirket evnen til å realistisk forholde seg til omverdenen (Rosenqvist, 2012).

### 3.1.3 Forvirrende med ett begrep og to ulike definisjoner?

De sakkyndiges mandat er å svare på om observanden var psykotisk i gjerningsøyeblikket i juridisk forstand. De skal også diagnostisere i henhold til ICD-10. Det vil si at en observand kan få diagnosen schizofreni, men ikke anses som psykotisk ut fra de juridiske termene. Rosenqvist (2008) beskriver hvordan det muligens kan virke forvirrende for retten at en lovbrøyer med psykosediagnose likevel kan finnes tilregnelig. I rettslig forstand vil psykosebegrepet være kategorisk, enten havner en person innenfor eller utenfor. I medisinsk forstand vil derimot psykotiske symptomer kunne variere i styrke (Rosenqvist, 2008). Rosenqvist (2012) påpeker at det kan være noe uklart når kravene til juridisk psykose oppfylles, og at det ikke er

godt nok spesifisert hvem som er så syke at de bør oppfattes som utilregnelige. Det kan også tenkes at visse personlighetsforstyrrelser kan medføre like nedsatt evne til realitetstesting og dermed betydelig svekket funksjonsevne (Rosenqvist). Disse personene vil imidlertid ikke oppfylle kravene til utilregnelighet. Rosenqvist er derfor av den oppfatning at psykose i juridisk forstand ikke kan baseres på kriteriene i ICD-10, men på psykiatere og psykologers beskrivelser. Diagnosesystemet endrer seg stadig, derfor er det behov for gode beskrivelser av tilstander som kvalifiserer til utilregnelighet.

### **3.2 Metoder brukt ved utredning av psykiske lidelser**

Ved utredning av psykiske lidelser kan flere metoder benyttes, og de kan være mer eller mindre strukturerte. Enkle sjekklister hvor den som utredes selv kan krysse av på spørsmål er en måte å gå fram på. Ustrukturerte kliniske intervju hvor intervjuer og intervjuobjekt kan snakke fritt, benyttes ofte. Dette gir mulighet til å fange opp informasjon som man ikke får tak i gjennom spørreskjema, samt å kunne observere personens atferd og framstilling av informasjonen (Davidshofer & Murphy, 2004). Atferdsobservasjon er uvurderlig for å fange opp funksjonsnivå og symptomer, og kan i rettspsykiatrisk sammenheng både foregå under intervju og i rettssalen. Observasjon kan være mer standardisert i form av sjekklister hvor ulike punkter undersøkes, eller være mer ustrukturert.

Det finnes i tillegg til ustrukturerte kliniske intervju mer standardiserte intervjuformat. SCID (the Structured Clinical Interview for DSM-IV), er utviklet for utredning av symptomlidelser basert på DSM-systemet (Davidshofer & Murphy, 2004). Det sikrer at samme spørsmål stilles til alle på samme måte. Ettersom det norske systemet diagnostiserer ut fra ICD-10, må resultatene tilpasses til dette (Melle, 2013). Mini internasjonalt nevropsykiatrisk intervju (MINI), er eksempel på et annet vanlig standardisert intervju for å fange opp lidelser beskrevet i ICD-10 og DSM-IV, og det er mindre tidkrevende enn SCID (Sheehan et al. 1998). MINI Plus er en mer detaljert versjon av MINI (Sheehan et al.). Dersom resultatene fra SCID eller MINI indikerer én eller flere psykiske lidelser, kan intervjuer utviklet for diagnostisering av spesifikke lidelser benyttes. For eksempel kan SCI-PANSS (the Structured Clinical



Interview for Positive and Negative Syndrome Scale) brukes ved utredning av schizofreni (Værnes, 2008). Dette er et strukturert intervju med hensikt å utrede alvorlighetsgrad av psykotiske symptomer.

Flere psykologiske tester har også blitt utviklet til utredning, og dette er en relativt strukturert måte å samle informasjon på. Evnetester kan brukes for intelligensutredning, nevropsykologiske tester kan brukes ved mistanke om kognitiv svikt. Personlighetstester benyttes også, og MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) er den testen som er nærmest forbundet med psykopatologi-diagnose (Davidshofer & Murphy, 2004), og den kan også brukes for å si noe om sjansen for at den som utredes svarer uærlig på spørsmålene. Det har også blitt utviklet egne sjekklister ved mistanke om at personer later som de er syke, eller overdriver sine symptomer.

Både ved vanlig psykiatrisk utredning og i rettspsykiatrisk sammenheng er det viktig å skaffe så mye komparentopplysninger som mulig, fra for eksempel familie og venner (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Gjennomgang av tidligere sykejournaler kan også være en vesentlig kilde til informasjon, i tillegg til en grundig anamnese av observandens historikk på flere områder i livet. Nåværende funksjon på ulike livsområder vurdert ut fra GAF-skalaen (global assessment of functioning) gjøres også gjerne (Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995). GAF gir et mål på hvor bra en person fungerer psykisk innen arbeid, skole og sosiale settinger.

Et vesentlig poeng er at flere metoder må kombineres for å få et mer fullstendig bilde av en person. Det er viktig å evaluere informasjon fra flere kilder før en avgjørelse tas (Davidshofer & Murphy, 2004).

### **3.3 Reliabilitetsproblemet**

Kommer ulike klinikere fram til samme diagnose ved ulike utredninger, og vil alle være enige om hvilken diagnose som skal settes? *Inter-rater reliabilitet* er et viktig begrep i denne sammenheng, og et viktig mål innen psykiatrien (Matuszak &

Piasecki, 2012). Gitt samme datasett, vil uavhengige klinikere lande på samme diagnose? Det statistiske målet *kappa* brukes for å vurdere inter-rater reliabiliteten (Todal, 2012). Jo høyere kappa, desto større grad av enighet. Kappa på 1 vil si at reliabiliteten er perfekt og klinikerne vil alltid være enige om samme diagnose til samme person. Kappa på 0,70 anses som tilfredsstillende innen medisinen (Todal). Det er umulig å få perfekt enighet, det vil alltid være en viss grad av variasjon mellom klinikere – også innen andre medisinske felt enn psykologien (Matuszak & Piasecki). *Test-retest reliabilitet* på sin side, sier noe om hvor konstante diagnosene vil være når diagnoser settes med ulike tidsintervall mellom seg (Rogers & Shuman, 2005). Vil diagnosen være den samme om en person utredes i januar eller mai?

Reliabiliteten ved diagnoser er fremdeles lav, mener Aboraya (2007). Klinikere forteller om pasienter som får flere ulike diagnoser i løpet av livet sitt. Torgersen hevder i intervju med Todal (2012) at reliabiliteten under kontrollerte forhold, som diagnostisering ut fra video- eller lydopptak av pasientintervju, er rimelig god. Når psykiatere selv skal intervjuer personer og diagnostisere dem, derimot, synker reliabiliteten. Studier av reliabilitet i forskningssammenheng gir muligens mer optimistiske resultater enn kliniske studier, ettersom tidspresstet og de økonomiske begrensningene kan være mindre. Dette vil si at resultater fått fra kontrollerte forskningsstudier ikke nødvendigvis kan overføres til klinisk sammenheng.

### **3.3.1 Psykosediagnosers reliabilitet**

Spitzer (1975) påpeker at reliabilitetsproblemet gjelder i medisinen generelt - også somatisk diagnostisering medfører reliabilitetsproblemer. Metodene som brukes for å utrede somatiske diagnoser, samt diagnosekriteriene, har også svakheter ved seg. I tråd med dette argumentet hevder Haavik (2012) at generelt er inter-rater reliabiliteten ved vanlige psykiske lidelser omtrent som for medisinske sykdommer. Sikkerheten ved diagnostikk kan variere fra nærmere 100 % til under 50 %, noe han mener understreker betydningen av å formidle usikkerheten ved diagnostisering.

Matuszak og Piasecki (2012) redegjør for studier som har vist sterk uenighet ved diagnostisering av psykotiske lidelser, og relativt lav inter-rater reliabilitet. Warner og

de Girolamo (1995) refererer imidlertid til de store kliniske undersøkelsene som ble gjennomført under utarbeidelsen av ICD-10. 557 klinikere og 2385 pasienter var med her, og inter-rater reliabiliteten var tilfredsstillende for schizofreni og vrangforestillingslidelser. Kappa-koeffisienten var på 0,82. Internasjonale studier finner generelt at en lidelse som schizofreni er lettere å diagnostisere enn mindre alvorlige lidelser (Todal, 2012).

### **3.3.2 Ulike sakkyndige – ulike metoder?**

Hva en rettspsykiatrisk erklæring skal inneholde og hvordan man skal gå fram i undersøkelsen av observanden, er det ingen formelle retningslinjer som sier noe om. Den rettsmedisinske kommisjon anbefaler fremgangsmåter for erklæringene, men anbefalingene kan ikke lovpålegges den enkelte (NOU 2001:12). I et nyhetsbrev fra psykiatrisk gruppe i Den rettsmedisinske kommisjon, kom det for eksempel fram at selv om to samtaler med observanden er anbefalt, så skjer ikke alltid dette (Rosenqvist & Døvre, 2005). Det har imidlertid utviklet seg en disposisjon for hva erklæringen bør inneholde (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Etersom det ikke finnes rutiner for erklæringene, betyr det at hver sakkyndig selv er ansvarlig for kvaliteten. Mangel på retningslinjer kan lede til at ulike sakkyndige vektlegger ulike metoder for å komme til en konklusjon. Professor i samfunnsmedisin, Georg Høyer forteller til Nordahl (2010) at det har eksistert uenighet om metodebruk siden psykiatriens inntog i strafferetten. Det er fremdeles komplisert å skulle vurdere psyken til enkeltpersoner i straffesaker.

Det er heller ingen klare retningslinjer for den psykiatriske utredningen. Det finnes imidlertid en tradisjon på en standardutredning som inneholder anamnese, psykologiske tester i visse tilfeller, innhentede opplysninger, sammendrag og vurdering (Rosenqvist & Rasmussen, 2004).

Grøndahl (2011) hevder at det er stor forskjell på hvor nøye og gode erklæringene som avgis er, og at vi ikke har god nok kjennskap til hvordan erklæringene arbeides med. Det er enda ikke avklart hvilke instrumenter som bør brukes når. Grønnerød (2012) er av den oppfatning at den enkelte sakkyndig ikke bør velge metode selv,

særlig med tanke på at denne friheten medfører at sakkyndige for ofte lener seg på det kliniske skjønn. Torgersen hevder i intervju med Todal (2012) at ulike psykiatriske fagmiljø spesialiserer seg på forskjellige diagnoser og er opptatt av forskjellige typer lidelser, noe som kan være uheldig for reliabiliteten. Dette kan medføre at avhengig av arbeidssted, vil psykologers diagnostiske kompetanse variere. Haavik hevder imidlertid overfor Todal at han ikke er enig i at det finnes store forskjeller innen psykiatrisk diagnostikk ut fra hvilket miljø psykologene tilhører.

I Advokatforeningens årstale for 2012 etterlyses retningslinjer for sakkyndigarbeidet, som karakteriseres som usystematisk. Hva erklæringene består av, og hvor gode de er, kan variere på grunn av manglende krav. Det burde i følge foreningen vært regler for innhenting av informasjon og for gjennomføring av undersøkelsene. Slik praksis er i dag, blir det mer utfordrende å peke på svakheter ved rapportene.

### **3.3.3 Ustrukturerte utredningsmetoder**

#### **3.3.3.1 Hvor reliabelt er det ustrukturerte kliniske intervjuet?**

Forskning i senere tid har vært opptatt av hvor gode de diagnostiske vurderingene i vanlig praksis er (Zimmerman, 2003). Den mest brukte utredningsmetoden er kliniske intervju, men problemet er at særlig ustrukturerte kliniske intervju har lav reliabilitet, og ulike klinikere kommer ofte til forskjellige konklusjoner (Davey, 2008; Pinninti, Madison, Musser & Rissmiller, 2003). Til tross for at strukturerte intervju har vist seg å være best, er likevel det ustrukturerte kliniske intervjuet mest brukt (Pinninti et al, 2003). Når kun ustrukturerte intervju benyttes, vil bare halvparten av diagnosene bli korrekte når kriteriene i DSM-IV legges til grunn (Rogers & Shuman, 2005). Klinikere vil altså ikke klare å fange opp 50 % av diagnosene.

#### **3.3.3.2 Mulige årsaker til lav reliabilitet ved ustrukturert klinisk utredning**

Klinikere kan ha fokus på de mest presserende symptomene og overse de mindre synlige (Aboraya, Rankin, France, El-Missiry & John, 2006). Risikoen øker for å

overse noe som burde blitt undersøkt. Det er også slik at noen har bedre intervjuferdigheter enn andre, og i større grad kan innby til åpenhet og tillit. Den kliniske bakgrunnen og opplæring til intervjueren kan også påvirke hvordan symptomene tolkes. Noen klinikere kan ha tendens til å overforbruke eller underforbruke visse diagnoser. Gowensmith et al. (2013) beskriver også hvordan noen sakkyndige finner tiltalte oftere utilregnelige enn andre. Subtile forskjeller mellom de sakkyndige kan hemme påliteligheten.

Andre fenomener som kan påvirke nøyaktigheten ved bruk av ustrukturerte kliniske intervju er bekreftelsesbias og selvoppfyllende profetier (Davidshofer & Murphy, 2004). Man danner seg gjerne hypoteser som forklarer den andres atferd, og når disse først er dannet vil man lete etter informasjon som bekrefter ens hypoteser. Informasjon som strider mot hypotesene blir aktivt avvist eller ignorert. Tvetydig informasjon har også en tendens til å tolkes slik at den støtter førsteinntrykket. Dette fenomenet refereres til som en *bekreftelsesfeil* (confirmation bias). Dawes, Faust og Meehl (1989) fremhever også hvordan vi er oppmerksomme på informasjon som stemmer med våre hypoteser og ikke er så opptatt av motstridende informasjon. Intervjuerens forventninger kan også påvirke atferden til den som intervjues slik at intervjuobjektene endrer sin atferd for å tilpasse seg den andres forventninger. Dette leder til en såkalt *selvoppfyllende profeti*.

Også faktorer ved den som undersøkes kan bidra til dårlig reliabilitet (Aboraya et al. 2006). Personer kan utelate viktig informasjon på grunn av skam, benektelse eller frykt for hvilke følger det vil ha i retten. Noen kan også glemme å gi viktig informasjon. I tillegg kan lidelsen framstå som utypisk, altså ikke oppfylle de spesifikke kriteriene i ICD eller DSM. Noen passer ikke inn i lærebokas definisjoner, noe Breivik kanskje er et eksempel på. Aboraya et al. mener at de fleste pasientene ikke passer inn i de klassiske diagnosene. Når man likevel tvinges til å sette en diagnose som ledd i en rettspsykiatrisk erklæring kan dette bidra til lav reliabilitet.

### **3.3.4 Strukturerte utredningsmetoder**

#### **3.3.4.1 Bruk av strukturerte utredningsmetoder i norsk rettspsykiatri**

Innføring av diagnosekriterier har gjort diagnosene mer reliable, men hvordan man samler inn og tolker data har også stor effekt på hvor sannsynlig det er at to personer vil konkludere med samme diagnose (Matuszak & Piasecki, 2012). Ettersom de sakkyndige ikke kan pålegges å følge en mal for utredning, vil det i mer eller mindre grad være opp til den sakkyndige selv hvilke metoder som brukes. Grøndahl (2010) fant at bruk av andre vitenskapelige metoder i tillegg til den ustrukturerte samtalen, som sjekklister, tester eller screeningsverktøy, ble lite brukt blant norske sakkyndige i rettspsykiatri. Rogers og Shuman (2005) påpeker hvordan klinisk forskning stiller krav til bruk av strukturerte intervju, og at det ikke er noen grunn til at ikke dette skulle gjelde innen rettspsykiatrien også.

Ikke alle er begeistret for økt bruk av standardiserte utredningsinstrumenter for å sette diagnoser, og etterlyser mer samtaletid. Pettersen (2005) beskriver hvordan trenden i rettspsykiatrien er økt bruk av standardiserte klassifikasjons- og diagnosesystemer på bekostning av menneskemøtene. Han mener den kliniske undersøkelsen reduseres til et sted hvor man ut fra sjekklister trekker konklusjoner om lovbrysterens sinnstilstand eller farlighet i framtida.

Tester har generelt hatt liten plass innen rettspsykiatrien i Norge. I samtale med Nordahl (2010) forteller Høyer om sitt inntrykk av at rettspsykiatrisk gruppe i Den rettsmedisinske kommisjon ikke har pleid å anbefale bruk av standardiserte tester. Grøndahl (2010) beskriver hvordan svenske rettspsykiatriske eksperter i større grad bruker tester og instrumenter i tillegg til det kliniske intervjuet. Den kliniske samtalen har som nevnt vært grunnstammen i den rettspsykiatriske undersøkelsen (Nordahl, 2010). Men dette er ikke alltid tilstrekkelig. Grøndahl forteller til Nordahl at i de enklere tilfellene kan grundige kliniske samtaler noen ganger være nok. Men behov for flere metoder kan gjøre seg gjeldende ved tvilstilfeller. Rosenqvist og Rasmussen (2004) mener at det oftest vil være aktuelt med testing ved mistanke om tilstander som kan gi kognitiv svikt, som psykisk utviklingshemming. MMPI-test mener de kun

bør kun benyttes ved konkrete problemstillinger man ønsker å finne ut av. Dawes, Faust og Meehl (1989) argumenter for tester sine styrker framfor kliniske intervju.

Tarjei Rygnestad var leder i Den rettsmedisinske kommisjon, og framholdt overfor Nordahl (2010) at selv om andre bruker flere metoder i utredning, trenger ikke det nødvendigvis bety at disse erklæringene er bedre. Han mener det ikke er behov for endringer dersom det viser seg at bruk av slik tilleggsinformasjon ikke gir økt kvalitet. Synne Sørheim, tidligere leder for psykiatrisk gruppe i Den rettsmedisinske kommisjon, har også hevdet at bruk av standardiserte tester i erklæringer ikke gir mer korrekte diagnoser (Nordahl).

#### **3.3.4.2 Hvor god reliabilitet gir bruk av SCID og MINI?**

SCID og MINI er to vanlige strukturerte utredningsmetoder. Forskning finner generelt at reliabiliteten er god ved bruk av disse metodene. First, Spitzer, Gibbon & Williams (1997) beskriver at hensikten med strukturerte intervju er å sikre at utredningen blir mest mulig lik. Det bidrar også til å øke diagnostisk validitet gjennom å hindre at visse symptomer blir oversett. Skre, Onstad, Torgersen og Kringlen (1991) fant at det var høy grad av diagnostisk enighet mellom tre uavhengige klinikere ved gjennomgang av lydopptak av 54 SCID-intervjuer. De var mest enige om schizofreni-diagnosen (0, 94). Segal, Hersen og Van Hasselt (1994) refererer også til at studier finner høy reliabilitet ved bruk av SCID både ved diagnostisering av symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser.

#### **3.3.5 Sammenligningsstudier av ustrukturert og strukturert utredning**

Det har vært gjennomført sammenlignende studier mellom ustrukturert klinisk intervju og mer strukturerte metoder som SCID og MINI. Disse studiene finner gjennomgående at reliabiliteten er høyere ved bruk av mer strukturerte metoder. Miller, Dasher, Collins, Griffiths og Brown (2001) sammenlignet tre ulike metoder; den kliniske intervjuversjonen av SCID (SCID-CV), CADI ("the Computer Assisted

Diagnostic Interview; en strukturert utredningsmetode som gjennomføres på data) og vanlig, ustrukturert utredning. De strukturerte metodene viste seg å være overlegne den ustrukturerte utredningen, og SCID-CV ga høyest enighet mellom de tre uavhengige bedømmerne. Forfatterne konkluderte med at diagnostisk presisjon øker når metodene er strukturerte. Zimmerman (2003) referer til at studier som har sammenlignet kliniske vurderinger med semistrukturerte intervju, har funnet at mange diagnoser blir oversett ved standard klinisk utredning. Torgersen gikk gjennom flere pasienters journaler og foretok strukturerte intervjuer av disse personene etterpå (Todal, 2012). Hans konklusjoner skilte seg fra diagnosene personene tidligere hadde fått. I følge Torgersen kan inter-rater reliabiliteten være så lav som 0,4 ved bruk av ustrukturerte kliniske intervju, mens den er opptil dobbelt så høy når psykiatere skal vurdere strukturerte intervju. Torgersen mener reliabiliteten er dårlig hvis ikke strukturerte intervju brukes i diagnostisering. En annen studie sammenlignet vanlig klinisk utredning med utredning ved hjelp av MINI, og fant at ved bruk av ustrukturert utredning var det uenighet i 42 % av tilfellene (Pinninti et al., 2003). Uenigheten var i 33 % av tilfellene av klinisk betydning.

### **3.3.6 Klinisk skjønn versus standardisering i rettspsykiatrien**

Om det er tilstrekkelig å basere seg på den menneskelige dømmekraften og erfaring ved diagnostisering har vært gjenstand for debatt. Hvor gode er klinikere til å sette diagnoser gitt tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon om ulike personer?

Problemet med lav diagnostisk reliabilitet i rettspsykiatrisk sammenheng er dersom dette går ut over rettssikkerheten. Vil diagnosen (e) en tiltalt ender opp med være avhengig av hvilke sakkyndige som observerer vedkommende? I Breivik-saken konkluderte de to sakkyndiggruppene med forskjellige diagnoser. Det var flere som undret seg over om ikke dette var et skudd i baugen for psykiatri som fag. Grøndahl understreker imidlertid at dette ikke automatisk innebærer en krise (Gøystdal & Iversen, 2012). Både juss og psykologi som fag vil medføre tolkninger. Jurister trekker heller ikke nødvendigvis samme slutninger vedrørende en sak. Hartvig setter også spørsmålsteget ved om det virkelig er krise at sakkyndige konkluderer forskjellig når dette åpenbart skjer i andre rettslige sammenhenger også (Stabell, 2012). Han



mener forøvrig at spørsmålet om grad av psykose alltid vil kreve skjønn. Ettersom det aldri vil finnes noen definitive tester som kan bekrefte spørsmålet, blir vurderingene til en viss grad subjektive. Melle (2013) fremhever også at diagnosekriterier ikke bør brukes på en regelbundet måte, men at det er viktig å forstå fenomenet som beskrives gjennom kriteriene. Hun understreker også at i mangel på objektive mål vil vurderingene alltid måtte baseres på egne refleksjoner.

Psykologi og psykiatri er ikke eksakte vitenskaper, og mye av kunnskapen er basert på slutninger (Grøndahl, 2010). Disse fagområdene er i stadig utvikling, og det skjer kontinuerlige fremskritt. Likevel er det mye ved psykiske lidelser som enda ikke er forstått, noe som gjør det utfordrende å beskrive og diagnostisere psykiske lidelser. Ettersom psykologi er et komplekst fagfelt som består av ufullstendig viten, vil dette også påvirke hvor nøyaktige psykiatriske bedømmelser i retten vil være. Det vil alltid være rom for usikkerhet og tvil i diagnostiske vurderinger. Grøndahl (2011) er likevel opptatt av at det ikke er tilstrekkelig å bruke lang erfaring som unnskyldning for å dekke over tvil og manglende grundighet i utredningene. Grønnerød stiller i intervju med Melgård og Svarstad (2012) spørsmål ved hvorfor klinisk skjønn fremdeles er sentralt i mange utredninger når dette er en såpass svak metode. Brannon (2002) er også tydelig på at intuisjon ikke er tilstrekkelig i retten. De sakkyndiges uttalelser må være vitenskapelig fundert. Noen vil hevde at det er nytteløst med diagnosekriterier dersom de brukes variabelt. Derfor er det viktig at man utreder ved hjelp av standardiserte verktøy siden dette øker konsistensen (Warner & de Girolamo, 1995). Matuszak og Piasecki (2012) argumenterer også for bruk av systematiske screeningsinstrumenter og sjekklister, i tillegg til innsamling av data om pasienter fra flere kilder. I tillegg understreker de betydningen av å reflektere rundt hvilken informasjon som støtter en diagnose og hvilken informasjon som er avkrefteende. Kan de innhentede dataene tolkes annerledes?

Kirsten Rasmussen, medlem av psykiatrisk gruppe i Den rettsmedisinske kommisjon, leser hundrevis av rettspsykiatriske erklæringer hvert år. Hun sitter med et inntrykk av at de sakkyndige ofte ser bort fra resultater fått fra mer strukturerte utredningsmetoder, som tester, SCID og MINI (personlig kommunikasjon, 18.03. 2013). I de tilfellene hvor testingen strider i mot det kliniske inntrykket, vil likevel det kliniske inntrykket veie tyngst.

### 3.3.7 Simulering eller dissimulering av symptomer

En av grunnene til at tilregnelighetsvurderinger kan være vanskeligere enn vanlig diagnostikk, er at tiltalte kan være motivert til å holde tilbake visse tema (Todal, 2012). Dette kan ha vært tilfelle i Breivik-saken, hvor Breivik uttrykte et sterkt ønske om å oppfattes som frisk. Han modererte tidligere utsagn etter å ha fått tilgang til medias diskusjoner vedrørende hans psykiske helse. Forsøk på å framstå som friskere enn man er, refereres til som *dissimulering*. Melle (2013) mener retten ikke tok hensyn til Breiviks forsøk på å forme andres inntrykk av ham. Også Malt mener i samtale med Jakobsen (2012) at Breivik har hatt mulighet til inntrykkshåndtering etter å ha lest den første sakkyndigrapporten. Breivik-saken illustrerer, slik Melle er inne på, hvor stor betydning tidsaspektet og omstendighetene rundt vurderingene har. Å vurdere en person umiddelbart etter en forbrytelse kan føre til helt andre konklusjoner enn vurdering lang tid etter. Om observanden har hatt tilgang til vurderingene gjort av seg selv, kan også ha konsekvenser for hvilken informasjon vedkommende senere velger å gi.

Alternativt kan det å framstå som psykotisk være attraktivt for enkelte lovbrøyttere. I rettspsykiatrisk sammenheng er målet med dette åpenbart å slippe straff på grunnlag av utilregnelighet. Dette medfører at noen forsøker å late som de lider av psykotiske symptomer (*simulering*) eller overdriver eksisterende symptomer (*aggravering*).

Rosenhan sin klassiske studie fra 1973 viste hvor vanskelig det var for klinikere å avdekke at folk simulerte psykose. Åtte friske personer lot som de hadde hørselshallusinasjoner i samtale med psykiater, og ble deretter innlagt ved ulike psykiatriske sykehus i USA med en schizofreni-diagnose. Etter innleggelse oppførte de seg som normalt og fortalte personalet at hallusinasjonene hadde forsvunnet. 7 av dem fikk likevel en schizofreni-diagnose i remisjon ved utskrivning. Rosenhan mener psykiatere er mer tilbøyelige til å se en frisk person som syk enn omvendt for å være på den sikre siden.

Diagnostisering av psykiske lidelser krever at den som utredes er ærlig og nøyaktig i sine uttalelser om symptomer (Broughton & Chesterman, 2001) ettersom det ikke finnes definitive fysiske tester på psykisk lidelse. Tradisjonelt har det blitt antatt at uttalelsene til de som utredes er sanne, men dette kan være naivt å tro i rettspsykiatrisk sammenheng. I følge Rosenqvist og Rasmussen (2004) kan det virke som om sakkyndige noen ganger forholder seg for naivt til observandens utsagn. Faktum er at forekomsten av simulert psykose utvilsomt er høyest innen rettspsykiatrien (Broughton & Chesterman). Det er derfor essensielt med metoder for å kunne avsløre dette. USA har bidratt med mye forskning på dette feltet. Strukturerede og systematiske utredninger av simulering anses som en del av den rettspsykiatriske undersøkelsen i USA.

Å kun basere seg på eget klinisk inntrykk ved vurdering av simulering, kan lede til feilaktige avgjørelser (Vitacco, Rogers, Gabel & Munizza, 2007). Et godt, klinisk intervju sikrer ikke nødvendigvis at tegn til simulering avdekkes på best mulig måte (Reid, 2000), selv om det finnes beskrivelser av typiske tegn til simulering som kan være til hjelp i ustrukturerte samtaler (Vitacco et al, 2007). Vitacco og Rogers (2010) mener avdekking av simulering bør skje i flere omganger. Et godt, klinisk intervju kan gi mistanke om at personen spiller. For å undersøke mistanken nærmere, kan screeningsinstrumenter som M-FAST (Miller Forensic Assessment of Symptoms Test) og SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology) være nyttig, i følge Vitacco og Rogers. Disse er tidsbesparende og effektive. De personene som slår ut her, vil deretter gjennomgå mer omfattende utredning med bruk av for eksempel MMPI-2 og SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms). SIRS regnes som et reliabelt og valid mål på simulering (Vitacco & Rogers, 2010; Reid, 2000). Harris (2000) skisserer også en lignende stegvis framgangsmåte. Ved mistanke om simulering bør tester anvendes for en mer objektiv vurdering. Han anbefaler å kombinere et grundig klinisk intervju med SIRS og MMPI-2. MMPI-2 brukes også for å fange opp personer som later som de er friskere enn de er (Baer, Wetter, Nichols, Greene & Berry, 1995). Resnick (1999) understreker hvordan informasjon fra flere felt må kombineres ved vurdering av simulering. Både personens fortid og fungering i dag er viktig. Informasjon om fortida kan framkomme gjennom sykejournaler, komparentopplysninger og anamneseopptak. Innleggelse til observasjon kan også gi større muligheter for å avdekke om observanden overdriver

eller underdriver symptomer. Personalet får da et inntrykk av hvordan observanden oppfører seg sammen med andre, noe som kan gi viktig informasjon (Auestad, Toftaker, Moland & Andresen, 2012). Når observanden regnes som svært farlig, som Breivik, er det imidlertid ikke muligheter til å samhandle med andre enn personalet.

Malt har rettet kritikk mot de to sakkyndiggruppene i Breivik-saken fordi ingen av dem brukte metoder for å avdekke om Breivik snakket usant (Jakobsen, 2012). Han viser til at MMPI-2 burde blitt brukt for å avdekke løgn i dette tilfellet. Ettersom det ikke finnes formelle retningslinjer til hva undersøkelsen skal inneholde, kunne dette imidlertid ikke pålegges de sakkyndige.

### **3.3.8 Betydningen av kontekst og tid fra handlingen er begått**

Tidspunkt for observasjon, og omstendighetene rundt observasjonen, er faktorer som kan påvirke de diagnostiske vurderingenes reliabilitet. Å observere tiltalte kort tid etter forbrytelsen er begått, kan gi tilgang til helt annen informasjon enn dersom det er større tidsmessig avstand mellom forbrytelse og observasjon. Dersom tiltalte observeres i nær tidsmessig avstand til forbrytelsen, vil de sakkyndige kunne få direkte tilgang til psykotiske kjernesymptomer i de tilfellene hvor psykosen enda ikke har gått over. Dette vil kunne gjøre vurderingen enklere enn dersom de kun kan basere seg på beskrivelse av symptomer i etterkant.

Om observanden har hatt tilgang til de sakkyndiges beskrivelser av egen psykiske tilstand, vil som nevnt ovenfor også kunne virke inn på tiltaltes fremtoning. Observanden kan være motivert til å framstå som friskere eller sykere enn vedkommende er, noe som kan påvirke hvordan personen presenterer seg selv i samtale med de sakkyndige. Både tidspunkt for observasjon og omstendighetene rundt er altså faktorer som må tas med i vurderingen. Det er av særlig betydning i de tilfellene hvor retten avgjør at det skal gjennomføres en ny observasjon etter den opprinnelige, som tilfellet var i Breivik-saken. Som Melle (2013) refererer til, la imidlertid ikke retten i denne saken vekt på de store tids- og kontekstforskjellene mellom de to rapportene som ble skrevet.

Oppsummert kan det være flere årsaker til manglende pålitelighet ved rettspsykiatriske vurderinger. Uklarhet rundt hva som ligger i den juridiske definisjonen av psykotisk, kan gjøre det vanskeligere å fange opp de vi prinsipielt ønsker skal slippe straff. At ustrukturert utredning benyttes hyppigst selv om dette gir minst reliable resultater, kan også være en viktig faktor. Manglende retningslinjer for sakkyndigarbeidet gir også mer usystematiske fremgangsmåter og rapporter. I tillegg kommer de særskilte problemstillingene sakkyndige stilles overfor, som økt sjanseløshet for uriktig framstilling av symptomer fra observandens side. Også det å skulle vurdere mental tilstand på tidspunktet da handlingen skjedde, framfor nåværende tidspunkt, kan være utfordrende. Omstendighetene rundt observasjonsmulighetene kan også bidra til diagnostiske utfordringer, og er tema i neste delkapittel.

### **3.4 Metodiske utfordringer knyttet til rammebetingelsene**

De følgende punktene som dreier seg om rammebetingelsene for judisiell observasjon, har blitt påpekt som mulige årsaker til diagnostiske utfordringer.

#### **3.4.1 Utilstrekkelige kompetansekrav til de sakkyndige**

Utover kravet om å være psykologspesialist eller spesialist i psykiatri stilles det ingen formaliserte krav til de sakkyndige (NOU 2001:12). Sakkyndige psykologer trenger ikke ha en spesiell type kompetanse, og de må heller ikke gjennom noen form for undervisning eller godkjenning. Kompetansesentrene for rettspsykiatri har frivillige spisskompetansekurs. Norsk Psykologforening jobber imidlertid med å utvikle program for opplæring for sakkyndige (NOU 2001:12). Det stilles heller ikke krav til oppdatert klinisk kunnskap eller erfaring med dagens kliniske psykiatri, noe Rosenqvist mener kan være uheldig (Halvorsen, 2000). Diskusjonen om kompetanse er også knyttet til mangelen på organisering i et fagmiljø. Dette kunne som nevnt rettspsykiatriske poliklinikker stått for. Sakkyndige i Norge i dag har ingen plikt til å produsere et visst antall sakkyndigerklæringer hvert år, og arbeidet skjer ikke gjennom tilknytning til en institusjon. Dette kan bidra til mer varierende kompetanse hos de sakkyndige.

### **3.4.2 Mangel på egen observasjonsklinikk og forankring i fagmiljø**

Værøy mener at mangelen på faste steder for observasjon og utredning kan være uheldig med tanke på vurderingers pålitelighet (Gøystdal & Iversen, 2012). Dette kan gjøre at systemet blir for tilfeldig. I praksis kan observasjon foregå flere ulike steder, på den sakkyndiges kontor, i fengsel eller andre steder. Danmark har i motsetning til Norge en egen rettspsykiatrisk poliklinikk hvor de ansatte foretar sakkyndigvurderinger som fast jobb. Dette sikrer et fagmiljø med mulighet for diskusjoner og oppfølging. I tillegg gir det jevnlig produksjon av sakkyndigerklæringer, noe som kan bidra til å øke kompetansen. Grøndahl beskriver det i samtale med Halvorsen (2012) som uheldig at sakkyndige ikke er knyttet til en organisasjon. Med bedre organisering av praksis kunne de sakkyndige hatt fast tilhørighet og et eget fagmiljø. Psykiater Setsaas hevder også til Halvorsen at vurderingene ville blitt bedre dersom de sakkyndige var tilknyttet et fagmiljø.

### **3.4.3 Den rettsmedisinske kommisjonens rolle**

Det er ikke bare de sakkyndiges arbeid som har blitt karakterisert som lite standardisert - også Den rettsmedisinske kommisjonens kvalitetskontroll har blitt kritisert for dette. Grøndahl, Grønnerød, Stridbeck, Værøy og Brauer (2012), som har kommet med forslag til forbedring av norsk rettspsykiatri, mener det bør være fastsatte punkter en rapport skal vurderes ut fra. Kommisjonen må også gi begrunnelse for sine konklusjoner, og dersom medlemmene er uenige med hverandre, må dette kommenteres.

### **3.4.4 Ikke automatisk tilgang til helsejournaler**

Behandlere kan ikke utlevere journalmateriale til sakkyndige uten skriftlig samtykke fra observanden (Rosenqvist, 2009). At sakkyndige ikke har kjenneskap til observandens tidligere sykehistorie kan gi større usikkerhet i vurderingene (Grøndahl,

2010). Praksis i Norge skiller seg fra land som Sverige hvor sakkyndige kan innhente alle opplysninger som anses nødvendige for utredningen, selv om observanden ikke skulle ønske dette.

### **3.4.5 Manglende innleggelse til observasjon?**

Tiden som er til rådighet ved diagnostisering er ikke den samme i vanlig klinisk praksis og i rettspsykiatrisk sammenheng (Melton, Petrila, Polythress & Slobogin, 2007). Evalueringene går over lengre tid i klinikken, mens i rettslig sammenheng møtes man gjerne få ganger og over kortere tidsrom, noe som gjør rettspsykiatriske vurderinger mer kompliserte. Muligheten for reevaluering av diagnose er heller ikke tilstede i retten, med mindre en sak blir gjenopptatt etter domfellelse. Mulighet for døgnobservasjon i institusjon er en mulighet dersom observanden nekter å samarbeide eller de sakkyndige opplever at de mangler informasjon (Sigurjónsdóttir & Østberg, 2012). Innleggelse til døgnobservasjon skjer imidlertid sjeldnere i Norge enn i Sverige og Danmark, noe Sigurjónsdóttir og Østberg mener kan være uheldig med tanke på at dette kan gjøre erklæringene bedre.

Bjørkly mener at når de sakkyndige kun har sporadisk kontakt med den som vurderes, er det vanskelig å se for seg at dette er like pålitelig som å bli observert av helsepersonell i en spesialenhet for slike observasjoner (Nordahl, 2010). Det blir da lettere for en psykotisk person å framstille seg selv som frisk, og eventuelt kan friske også framstille seg som psykotiske for å unngå straff. Lengre observasjonsperioder i egne klinikker slik som Sverige har, kan være en hensiktsmessig løsning på dette problemet. Dette er også Grøndahl (2010) enig i. Avdelingsoverlege Nome mener også lengre observasjonsperiode burde innføres, ettersom dette bedrer mulighetene til å få fram viktig informasjon (Halvorsen, 2000). I Sverige går vurderingen over minst tre uker, og ansatte i klinikken observerer tiltalte i hverdagslige situasjoner (Hansen & Sæbø, 2012). Dette gir et annet innblikk i observandens fungering enn det psykiatere eller psykologer får gjennom sin utredning. En negativ side den svenske ordningen er imidlertid at klinikkene koster mye penger ettersom de er døgnbaserte og krever høy sikkerhet (Hansen & Sæbø). I de tilfellene hvor rusutløst psykose er en mulighet, fortalte Rognestad i et intervju med Storvik (2010) at diskusjon om lengde på

observasjonstiden er særlig relevant. Psykose utløst av rus gir ikke straffefrihet, men det kan vise seg ved lengre fengselsopphold uten rustilgang at den dømte hadde en underliggende psykose og dermed ikke burde blitt dømt.

### **3.4.6 Vansker med å vurdere når prejudisiell observasjon er nødvendig**

En rapport undersøkte de 68 sakene som ble gjenåpnet av Gjenopptakelseskommissjonen fra 1. januar 2004 til og med mai 2009, i tillegg til 52 tilfeldig utvalgte saker som ikke ble innvilget gjenåpning (Dullum, 2010). Det viste seg at 25 av de tidligere dømte ble vurdert som utilregnelige i gjerningsøyeblikket som følge av gjenåpning av saken. At de var utilregnelige var ikke kjent da de først ble dømt. 80 % av sakene ledet til at personen ble frifunnet. Det viste seg at sakkyndig ofte ikke var blitt oppnevnt ved første domfellelse. Dullum stiller dermed spørsmål ved hvordan systemet for oppnevningen av sakkyndige foregår, og om det ivaretar rettssikkerheten godt nok. Det er påtalemyndigheten, dommere og forsvarere som ber om gjennomføring av observasjon, men har de god nok kompetanse til å vurdere når det er nødvendig? Dullum spekulerer i om tydeligere regler for når judisiell observasjon skal iverksettes, kunne minsket sjansene for feilvurderinger.

Stridbeck og Grøndahl (2012) fant lignende resultater som Dullum i sin studie av 49 gjenopptatte saker som innebar ny vurdering av tilregnelighet. Også her viste det seg at tilregnelighet ikke hadde vært et tema i den første rettssaken. Forfatterne mener derfor at det er risiko for at psykose ikke fanges opp i retten.

### **3.4.7 Ikke bruk av tverrfaglig utredningsgruppe**

Sverige har utredningsteam bestående av flere faggrupper; vernepleiere, psykolog, rettspsykiater og sosionom (Hansen & Sæbø, 2012), noe som gir stor variasjon i kompetanse. Alle har dessuten ansvar for sin del av utredningen. Denne ordningen skiller seg i stor grad fra Norge, hvor de sakkyndige gjør hele jobben selv.

Virksomhetssjef i Rättsmedicinalverket i Stockholm, Kristiansson, beskriver at det



ikke ville skjedd i Sverige at rettspsykiaterne sitter for seg selv og trekker slutninger på egenhånd (Hansen & Sæbø, 2012). Her er det tverrfaglig samarbeid, og fagpersonene må konstant forsvare sine konklusjoner.

Det synes altså som om både metodene som brukes, de formelle kravene som stilles og rammebetingelsene rundt observasjonene, er faktorer som kan bidra til dårligere rettspsykiatriske vurderinger. Spørsmålet er hva som kan gjøres for å forbedre de svakhetene som er påpekt overfor, og det er dette den neste delen av oppgaven vil dreie seg om.

## 4 Forslag til forbedring av rettspsykiatrisk praksis

Ut fra litteraturgjennomgangen peker tre hovedproblemer knyttet til tilregnelighetsvurderinger seg ut; det er mangel på standardisering av arbeidet som gjøres, for lite bruk av strukturert utredning, samt utilstrekkelige rammebetingelser som setter begrensninger ved vurderingene som gjøres. I dette kapittelet vil løsningsforslag på de nevnte problemene presenteres, samt begrunnelse av hvorfor dette er hensiktsmessige forslag. Flytdiagram brukes for å illustrere hvordan noen av løsningsforslagene kan manifesteres i praksis. I tillegg skisseres forslag til utvikling av datastøttet arbeidsprosess. Mulige innvendinger mot forslagene blir også presentert.

### 4.1 Mangel på standardisering

Den gjennomgåtte litteraturen viser at feltet mangler en standardisering av arbeidet som gjøres. Manglende retningslinjer åpner for stor variasjon i utredningene og erklæringene som skrives. At rettspsykiatrien mangler en enhetlig metode for gjennomføring av tilregnelighetsvurderinger, kan medføre dårligere rettssikkerhet for observandene. Det stilles større krav til etterprøvbarehet og minst mulig tilfeldig variasjon i vurderingene som gjøres ved spørsmål om tilregnelighet, sammenlignet med vanlig terapeutisk praksis. Derfor er det vesentlig å sikre en mest mulig korrekt vurdering. De sakkyndiges konklusjon på spørsmålet om tiltalte var psykotisk eller ikke i gjerningsøyeblikket, har store konsekvenser for observanden. Samtidig skjer vurderingene over et kortere tidsrom enn i klinisk praksis. I terapिसammenheng er det mulig å stadig revidere diagnostiske hypoteser basert på ny informasjon eller hva som fungerer av behandling. Tilregnelighetsvurderinger gjøres i løpet av en kortere tidsperiode, og oftest med langt mindre kontakt med den som vurderes. Derfor er det essensielt å etterstrebe nøyaktighet i rettspsykiatriske vurderinger.

Problemet med mangel på felles metode er manglende *kvalitetssikring*. Det sikrer kvaliteten å kunne vise til at visse problemstillinger er undersøkt og behandlet.

Kvalitetssikringssystemer er noe næringslivet og helsevesenet generelt benytter seg mye av. Det bidrar til en kvalitetsstandard, og fungerer som en støtte for de som arbeider innen et bestemt felt. Det gir også et felles språk blant de som arbeider med det samme, og kan lette arbeidet for de sakkyndige. Det er vanskelig å forbedre en metode når metoden man benytter seg av ikke er enhetlig. Når det i stor grad er opp til den enkelte sakkyndige hvilke problemstillinger som skal belyses, og hvilke metoder som skal brukes i utredningen, kan dette medføre reliabilitetsproblemer. Avhengig av hvilke sakkyndige som oppnevnes, kan konklusjonene skille seg fra hverandre på en måte som er betydningsfull for observanden. Standardisering vil sikre at alle observander vurderes etter de samme kriteriene, uavhengig av hvilke sakkyndige som er oppnevnt.

Mangel på standardisering vil også medføre at rapportene er bygd opp på forskjellig måte. Dette kan gjøre det vanskelig for retten å vurdere ulike rapporter opp mot hverandre, samt vurdere kvaliteten av dem. Dermed blir det vanskeligere å peke på svakheter i arbeidet som er gjort. Som sett tidligere i oppgaven mente Advokatforeningen (2012) at rapportene til de sakkyndige burde være mer systematiske. Kritikkk ble rettet mot at innholdet i rapportene kan variere på grunn av manglende krav. Det blir vanskeligere for retten å følge gangen i observasjonene når rapportene er bygget opp på forskjellig måte. Dersom en straffesak blir gjenopptatt, eller det viser seg å være behov for en ny sakkyndigvurdering i en pågående straffesak, vil det være fordelaktig dersom rapportene er bygget opp på samme måte. Det gjør det lettere å stille de to rapportene opp mot hverandre og sammenligne. Det kan også bli lettere for de to sakkyndige å sammenligne sine inntrykk på en strukturert måte når oppbygningen er lik.

Oppsummert synes det klart at behovet for minst mulig tilfeldigheter i vurderingene er stort av hensyn til rettssikkerheten, og at kvalitetssikringen er uholdbar når det mangler en standardisering av arbeidet som gjøres. Løsningsforslag på dette presenteres derfor i det neste underkapittelet.

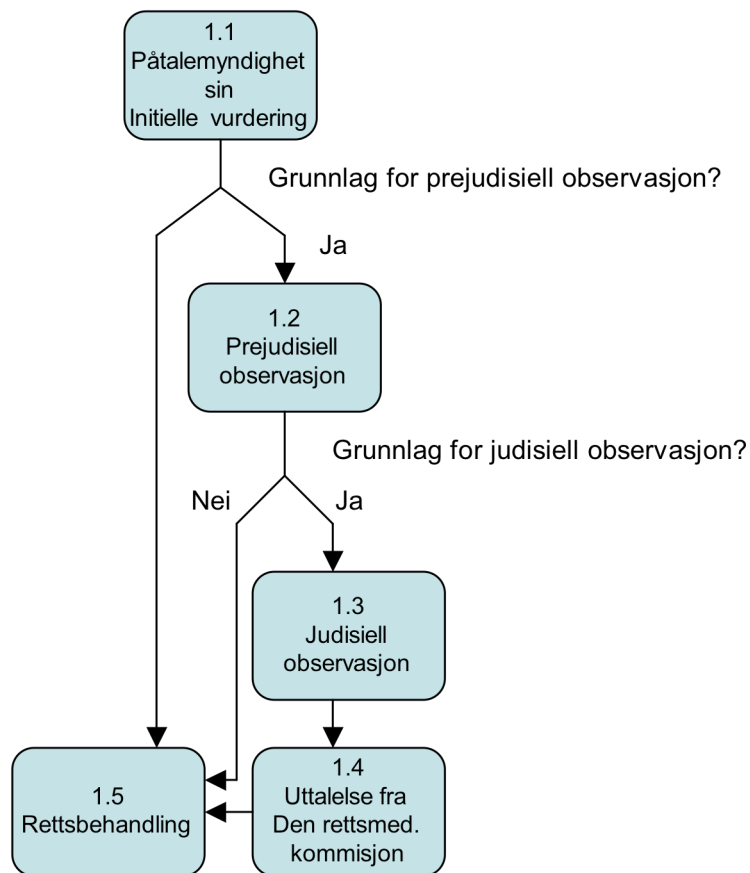
## **4.2 Forslag til økt standardisering**

Innføring av flytdiagram vil bidra til løsning på problemet med manglende standardisering. Flytdiagrammer er en teknikk som benyttes for å definere og visualisere de ulike stegene som skal gjennomføres i en arbeidsprosess. I diagrammene fremgår det hvilke *aktiviteter* gitte aktører skal gjennomføre og hvilken *sekvens* de skal gjennomføres i. De vil også kunne illustrere *valg* som den sakkyndige kan ta underveis i prosessen. I tillegg til å definere aktiviteter og flyt, vil diagrammene representere en visualisering som gjør at det er enklere å forstå og kommunisere arbeidsprosessen mellom ulike aktører. Flytdiagrammer er også nyttig ved en utvikling av databasert støtteverktøy for utføring av judisiell observasjon da de vil fungere som et verktøy for å kunne navigere mellom ulike aktiviteter og støttefunksjoner.

Diagrammene representerer en strukturert tilnærming som er en viktig del av økt kvalitetssikring. Hensikten er altså å vise hvilke problemstillinger som skal være vurdert. Det sikrer også dokumentasjon, da alle de oppsatte punktene skal dokumenteres. Dette står i kontrast til dagens situasjon hvor det kun finnes en disposisjon for psykiatrisk utredning som følges. Til flytdiagrammene kan man også knytte informasjon om hvilke utredningsmetoder som det er aktuelt å benytte seg av.

De ulike aktivitetene i diagrammene kan brytes ned til mer detaljerte diagrammer med nye underaktiviteter.

Diagrammet på neste side illustrerer hovedpunktene i den rettspsykiatriske prosessen i dag.



**Figur 1: Oversikt over fullstendig saksgang i dagens rettspsykiatriske prosess**

Figur 1 viser at hovedaktivitetene i den rettspsykiatriske prosessen er påtalemyndighetens initielle vurdering, prejudisiell observasjon, judisiell observasjon, uttalelse fra Den rettsmedisinske kommisjon og rettsbehandling. Disse er nummerert ut fra den rekkefølgen de utføres i. Beslutningene som skal tas, hvorvidt det er grunnlag for henholdsvis prejudisiell og judisiell observasjon, er ikke nummerert. Hvert av de nummererte punktene (aktivitetene) i diagrammet kan brytes videre ned i nye underpunkter og diagrammer, illustrert i følgende oversikt:

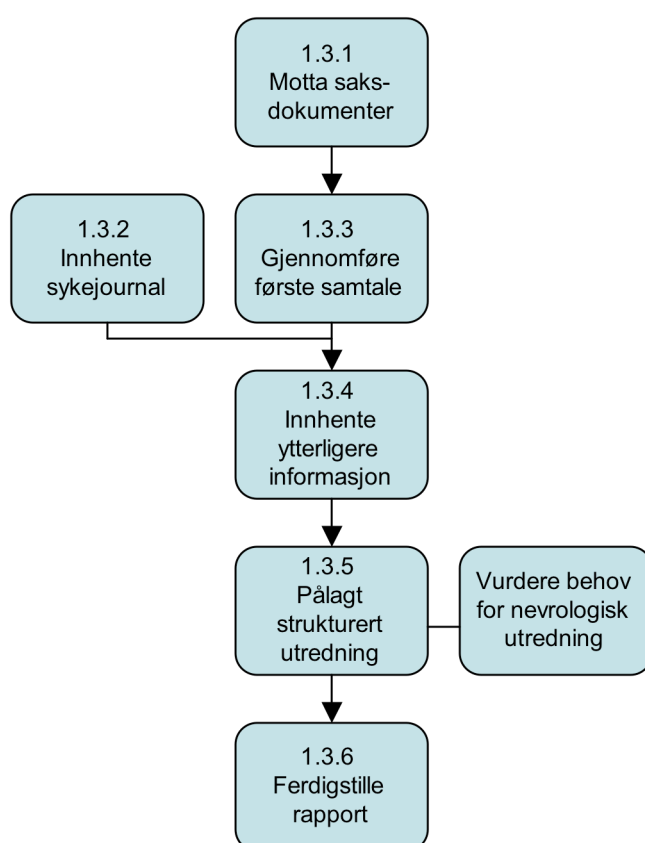
## Rettspsykiatrisk prosess

- 1.1 Påtalemyndighetens initielle vurdering
  - .....(ikke videre spesifisert)
- 1.2 Prejudisiell observasjon
  - .....(ikke videre spesifisert)
- 1.3 Judisiell observasjon
  - 1.3.1 Motta saksdokumenter
  - 1.3.2 Innhente sykejournal
  - 1.3.3 Gjennomføre første samtale
    - 1.3.3.1 Standardinformasjon til observand
    - 1.3.3.2 Anamneseopptak
    - 1.3.3.3 Fokus på psykotiske kjernesymptomer
    - 1.3.3.4 Mulighet for simulering eller dissimulering
    - 1.3.3.5 Dokumentasjon av ovenstående punkter
  - 1.3.4 Innhente ytterligere informasjon
  - 1.3.5 Pålagt strukturert utredning
    - 1.3.5.1 SCID-I, MINI Plus og GAF
    - 1.3.5.2 Lidelsesspesifikk utredning
    - 1.3.5.3 Screening: M-FAST, SIMS
    - 1.3.5.4 MMPI-2
    - 1.3.5.5 MMPI-2
    - 1.3.5.6 Omfattende utredning: MMPI-2, SIRS
    - 1.3.5.7 Psykosespesifikk utredning
    - 1.3.5.8 Konklusjon med begrunnelse
  - 1.3.6 Ferdigstille rapport
- 1.4 Uttalelse fra Den rettsmedisinske kommisjon
  - .....(ikke videre spesifisert)
- 1.5 Rettsbehandling
  - .....(ikke videre spesifisert)

**Figur 2: Foreslått struktur i den rettspsykiatriske prosess**

Ikke alle aktivitetene i figur 2 er videre utdypet. Dette gjelder påtalemyndighetens initielle vurdering, prejudisiell observasjon, uttalelse fra Den rettsmedisinske kommisjon og rettsbehandling. Tanken er imidlertid at også disse stegene i prosessen kan brytes ned i egne flytdiagrammer.

Den neste figuren, figur 3, viser hvordan den judicielle observasjonen (1.3) er brutt ned i underpunkter som sier noe om hva observasjon skal inneholde. Hvert av disse punktene kan også utdypes videre, men det er kun 1.3.3 (første samtale) og 1.3.5 (pålagt strukturert utredning) som utdypes senere i nye diagrammer.

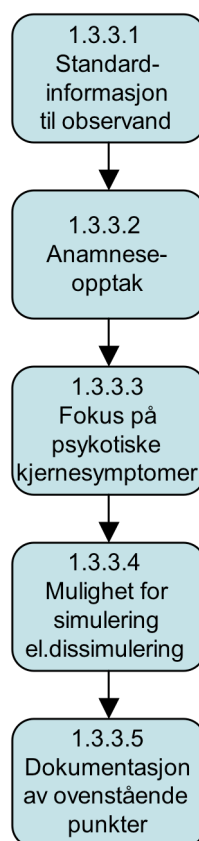


**Figur 3: Oversikt over ulike faser i judisiell observasjon**

Denne oversikten reflekterer i stor grad hvordan utredning faktisk foregår i dag. Saksdokumenter mottas, sykejournal innhentes, første samtale gjennomføres og ytterligere informasjon innhentes. Det som imidlertid skiller seg fra dagens praksis, er punkt 1.3.5 – pålagt strukturert utredning. Det er ikke noe krav til dette i dagens

system. Forslag til hvordan strukturert utredning kan foregå på mer spesifikt nivå, er illustrert i et eget flytdiagram i figur nummer 5 (pålagt strukturert utredning).

Neste flytdiagram i figur nummer 4 gir en spesifisert oversikt over den første samtalen med observanden. Diagrammet illustrerer hvordan det første møtet bør foregå. Dette nivået av den judisielle observasjonen inneholder kun aktiviteter, ingen beslutninger skal tas i denne fasen.



**Figur 4: Den første samtalen med observanden.**

Å gi informasjon til observanden om hva som skal skje, ta anamneseopptak og ha fokus på å fange opp de psykotiske kjernesymptomene på en relativt løs og ustrukturert måte er standard. Det er imidlertid verdt å merke seg at muligheten for simulering eller dissimulering skal være vurdert allerede på dette tidspunktet. Dette er en vesentlig problemstilling i rettspsykiatrisk sammenheng som må belyses. Muligheten for simulering eller dissimulering fanges ikke nødvendigvis opp dersom ikke fokus er spesielt rettet mot å vurdere dette. Som tidligere nevnt hevder



Rosenqvist og Rasmussen (2004) at sakkyndige noen ganger forholder seg for naivt til observandens uttalelser. I tillegg viser litteraturen som er gjennomgått at vurderingen av dette bør skje stegvis; først gjennom en klinisk vurdering, deretter ved mer strukturert screening og omfattende utredning (Vitacco & Rogers, 2010). Av den grunn bør sakkyndig allerede i denne fasen dokumentere at en klinisk vurdering av denne muligheten er gjort.

Flytdiagrammene er presentert som løsning på den manglende kvalitetssikringen av judisiell observasjon. Til trinnene i diagrammene kan det knyttes lovpålagte krav, dokumentasjonskrav og forslag til metodebruk. Potensielle fordeler med et slikt forslag er som nevnt sikring av dokumentasjon, samt at visse problemstillinger blir belyst i alle tilfeller. I tillegg vil det kunne fungere som en støtte for sakkyndige i arbeidet. Det er imidlertid viktig å understreke at eksemplene presentert her er ufullstendige og kun må regnes som skisser til forslag som kan videreutvikles.

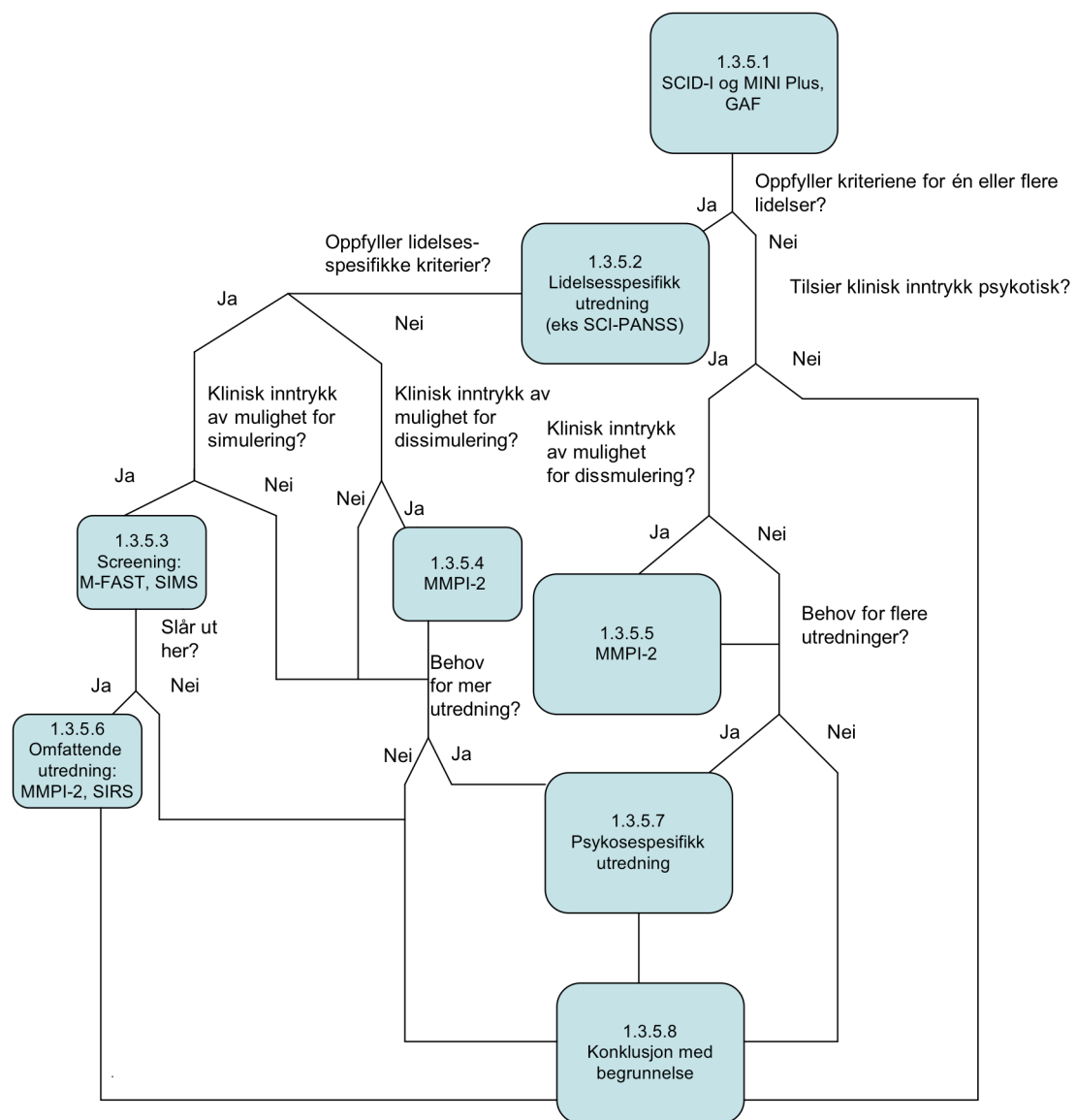
En annen faktor som kan bidra til å gjøre de diagnostiske vurderingene mindre pålitelige, er som påpekt usystematisk bruk av strukturert utredning. Dette gir grunnlag for neste forbedringsforslag; pålagt strukturert utredning.

### **4.3 Pålegge strukturert utredning**

Som sett tidligere i oppgaven er ustrukturert klinisk intervju hyppigst brukt i rettspsykiatriske vurderinger, samtidig som det er den minst reliable utredningsmetoden (Davey, 2008; Pinninti et al., 2003). Forskingen som er gjennomgått, finner generelt at strukturerte intervju som SCID og MINI har god reliabilitet. Strukturert utredning gir også, som First et al. (1997) beskriver, en form for kvalitetskontroll som sikrer at utredningen blir mest mulig lik. Det kan hindre at visse symptomer blir oversett. De sammenligningsstudiene av strukturert og ustrukturert utredning som er gjennomgått, viser at reliabiliteten er høyere ved bruk av mer strukturerte metoder. Litteraturen viser også at problemstillinger som er av særlig relevans i rettspsykiatrisk sammenheng, som risikoen for simulering eller dissimulering, muligens ikke dekkes godt nok ved ensidig bruk av klinisk vurdering. Avdekking av simulering bør skje i flere omganger og med bruk av både ustrukturerte

og strukturerte metoder (Vitacco & Rogers, 2010; Harris, 2000). Som Malt påpekte burde MMPI-2 ha blitt utført i Breivik-saken fordi en klinisk vurdering her tilsa at det var sjanse for simulering (Jakobsen, 2012). Dette ble imidlertid ikke gjort, og kunne heller ikke pålegges de sakkyndige.

Ut fra problemstillingene knyttet til ustrukturert utredning som er belyst, synes det fornuftig å foreslå krav om innføring av strukturert utredning. Idé til hvordan den strukturerte utredningen spesifikt kan foregå, presenteres i figur 5, forslag til pålagt strukturert utredning.



**Figur 5: Pålagt strukturert utredning**

Før fasen med strukturert utredning igangsettes, er allerede observanden vurdert på andre måter. Ustrukturert klinisk samtale, innhenting av opplysninger fra andre kilder som sykejournal, samt anamneseopptak, skal være gjennomført.

Av diagrammet fremgår det at alle skal gjennomgå en felles, generell utredning ved hjelp av SCID, MINI Plus og GAF. Som tidligere nevnt gir utredning ved bruk av SCID og MINI generelt god reliabilitet, og bedre reliabilitet enn ved klinisk vurdering alene. Det er ingen krav i dagens system at en generell, strukturert utredning som dette gjennomføres. Med tanke på den gode reliabiliteten disse metodene kan gi, samt at strukturerte utredningsmetoder er minst brukt i rettspsykiatrien, vil det være hensiktsmessig å innføre utredning med SCID og MINI Plus som et felles første ledd i alle saker. Ettersom en kombinasjon av ulike metoder og informasjon fra ulike kilder regnes for å gi mest mulig sikker utredning (Davidshofer & Murphy, 2004), vil forløpet skissert sikre at den strukturerte formen for utredning ivaretas. Som First et al. (1997) vektla hindrer strukturert utredning at visse symptomer blir oversett. Det blir ikke opp til den enkelte sakkyndige hvilke problemstillinger som skal belyses eller hvilke utredningsmetoder som skal benyttes.

En systematisk funksjonsvurdering av observanden i form av GAF er også vesentlig i denne fasen. Det sikrer at alle observander vurderes ut fra de samme kriteriene, og sikrer at de ulike funksjonsområdene dekkes. I tillegg kommer det faktum at psykose i klinisk forstand og psykotisk i henhold til straffeloven, ikke er synonyme. Observandens funksjonsnivå er vesentlig for vurdering av tilregnelighet, og systematisk funksjonsvurdering vil i så måte være nyttig.

For å avdekke simulering og dissimulering viser den gjennomgåtte litteraturen at det ikke er tilstrekkelig å basere seg på det kliniske inntrykket (Vitacco et al., 2007; Reid, 2000). Det kliniske inntrykket kan imidlertid vekke mistenksomhet overfor observandens troverdighet. Slike mistanker bør undersøkes videre gjennom screeningsverktøy, hvorav M-FAST og SIMS er referert til som nyttige hjelpemidler (Vitacco & Rogers, 2010). Screening kan hindre unødig bruk av tid på mer omfattende utredning i tilfeller hvor dette ikke er nødvendig. Dersom screeningen avdekker lav troverdighet, vil det være grunn til å gjennomføre en mer tidkrevende og

omfattende utredning. MMPI-2 og SIRS vil kunne være gode tester i den sammenheng, ettersom de i litteraturen er beskrevet som reliable og valide mål i slike sammenhenger (Vitacco & Rogers).

Med unntak av den generelle strukturerte utredningen alle må gjennom (SCID-I, MINI Plus og GAF), er det likevel slik at forslaget innebærer en veksling mellom skjønn og mer fastsatt struktur. Som Grøndahl (2010) har hevdet er mye av den psykologiske kunnskapen basert på slutninger, og psykologi er ikke en eksakt vitenskap. Dette medfører behov for skjønnsbaserte tolkninger. Slik figur 5 er lagt opp, kan det kliniske inntrykket til en viss grad styre valg av strukturerte metoder, noe som hindrer at systemet blir rigid. Bruk av skjønn er viktig ved flere faser i utredningen. Selv om observanden ikke oppfyller kriteriene for hovedlidelsene i den pålagte første utredningen, kan det kliniske inntrykket tilsi at vedkommende er psykotisk. Dette inntrykket vil være styrende for hvor veien går videre. Den sakkyndige vil også måtte vurdere på ulike tidspunkt, avhengig av problemstilling, om det kliniske inntrykket tyder på at simulering eller dissimulering kan være en mulighet. En skjønnsmessig vurdering vil også ligge til grunn for beslutningen om å gjennomføre flere utredninger eller ikke. Flytdiagrammet skal gi sakkyndig en oversikt over hvilke utredningsinstrumenter som regnes som best for å undersøke ulike problemstillinger. Hensikten er å sikre at den strukturerte utredningen som gjennomføres er av best mulig kvalitet.

#### **4.4 Bedre rammebetingelser**

Betingelsene for rettspsykiatriske vurderinger kan variere i stor grad. For eksempel varierer det hvor utredningen foregår ettersom det ikke finnes egne rettspsykiatriske klinikker. Dessuten kan det variere fra sakkyndig til sakkyndig hvilken kompetanse vedkommende har. Mindre likhet knyttet til omstendighetene rundt undersøkelsene kan ha betydning for observandenes rettssikkerhet. Det kan sette begrensninger ved utredningene. Ved å forbedre rammebetingelsene rundt judisiell observasjon kan kvaliteten på vurderingene heves.

Følgende oversikt illustrerer forslag til løsninger på utilstrekkelige rammebetingelsene som har kommet fram i den offentlige debatten:

<i>Problem</i>	<i>Løsning</i>
Det stilles utilstrekkelige kompetansekrav til de sakkyndige.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spesialistutdanning i rettspsykiatri.</li> <li>▪ Krav om å levere et visst antall rapporter årlig.</li> </ul>
Sakkyndighet er en privat virksomhet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opprette egne rettspsykiatriske klinikker.</li> </ul>
Den rettsmedisinske kommisjon fungerer ikke godt nok som kvalitetskontroll.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Standardiserte kriterier for vurdering av erklæringer.</li> </ul>
Ikke automatisk tilgang til helsejournaler.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sikre automatisk tilgang uten samtykke.</li> </ul>
Døgnovervaking skjer for sjelden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klarere kriterier for når innleggelse er aktuelt.</li> </ul>
Ulik juridisk og medisinsk definisjon av begrepet psykotisk.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klargjøring av lovteksten.</li> <li>▪ Bytte ut ordet psykotisk.</li> </ul>
Ikke alle psykotiske får prejudisiell observasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psykologspesialist eller psykiater inne fra starten av, og/eller</li> <li>▪ Screening før prejudisiell vurdering, og/eller</li> <li>▪ Sjekkliste for påtalemyndighet</li> </ul>

**Tabell 1: Forslag til forbedring av rammebetingelser i rettspsykiatrisk praksis**

Det stilles utilstrekkelige kompetansekrav til de sakkyndige.

Problemet med at det stilles utilstrekkelige kompetansekrav til de sakkyndige, kan løses ved å innføre en spesialistutdanning i rettspsykiatri, slik Grøndahl et al. (2012) er tilhengere av. Dette vil medføre at alle går gjennom samme type kurs før de godkjennes som sakkyndige. Gowensmith et al. (2013) mener også at krav til samme type opplæring av de sakkyndige vil øke påliteligheten i vurderingene. Alle må ha vært gjennom opplæring av de instrumentene som skal eller kan brukes i utredningen. Grøndahl foreslår også i samtale med Halvorsen (2012) at de sakkyndige bør levere et visst antall rapporter årlig.

### Sakkyndighet er en privat virksomhet

Sakkyndighet er en privat virksomhet, og det har som nevnt vært påpekt som en svakhet. En naturlig løsning på dette vil være opprettelsen av egne rettspsykiatriske observasjonsklinikker, som Grøndahl et al. (2012) er for. Rasmussen har pekt på viktigheten av å ha flere klinikker i landet (personlig kommunikasjon, 18.03.2013). Norge er et land med store avstander, og det kan være problematisk å frakte svært syke personer med fly. Derfor bør flere klinikker opprettes. Det er flere fordeler knyttet til å ha egne klinikker, blant annet at de sakkyndige blir del av et fagmiljø hvor flere jobber med de samme problemstillingene. De kan da diskutere seg i mellom og få oppfølging. Det vil også sikre større grad av standardisering i utredningsprosessen, da alle observeres under like betingelser. Mulighetene for forstyrrelser og støy utenfra minsker. I tillegg vil kanskje vurderingenes pålitelighet bedres når de sakkyndige jevnlig arbeider med rettspsykiatriske problemstillinger. En mulig ulempe er mangelen på behandlingserfaring de sakkyndige da får. Det kan hevdes at klinisk praksis fører til større utredningskompetanse. Det kreves imidlertid spesialistutdannelse av psykologer for å kunne virke som sakkyndig, og dette vil ha sikret den enkelte klinisk erfaring. I tillegg vil det nok sjelden være slik at psykologer og psykiatere virker i samme stilling gjennom hele sin karriere.

### Ikke automatisk tilgang til helsejournaler

Det kan være et problem de gangene sakkyndige ikke får tilgang til observandens helsejournaler. Vesentlig informasjon kan da gå tapt og gi dårligere vurderinger. Som Aboraya et al. (2005) hevder er det viktig å få tak i all tilgjengelig informasjon om en person; historie, sykdomsforløp, familieinformasjon og resultater fra tester. Å få automatisk tilgang til denne informasjonen er derfor en løsning, slik blant andre Grøndahl et al. (2012) ønsker at det skal være.

### Innleggelse til døgnobservasjon skjer for sjelden

En annen svakhet som har blitt påpekt ved systemet i dag, er som nevnt at innleggelse til døgnobservasjon skjer for sjelden. Det bør ikke være slik at alle konsekvent legges

inn til observasjon, ettersom dette åpenbart ikke vil ha noe for seg i visse saker. Dette vil bare føre til sløsing av ressurser. Klare retningslinjer for når innleggelse er aktuelt, bør utarbeides. For eksempel synes det som om tilfeller der rusutløst psykose er en mulighet, oftere bør lede til innleggelse. Også personer som risikerer særreaksjon på grunn av særlig alvorlige forbrytelser, bør observeres over lengre tid.

### Den juridiske og medisinske definisjonen av psykose skiller seg fra hverandre

Litteraturen som er gjennomgått viser at det kan være problematisk at den juridiske og medisinske definisjonen av psykose skiller seg fra hverandre. Det kan diskuteres om det er behov for bedre presisering i lovteksten av hva det juridiske begrepet innebærer. Rosenqvist (2012) ønsker bedre beskrivelse av hvilken funksjonssvikt som gir grunnlag for utilregnelighet. Skre er også for en bedre definisjon av hva juridisk psykose innebærer (Melgård & Svarstad, 2012), og en klarere lovtekst er nødvendig. Et annet alternativ kan også være å bytte ut ordet psykotisk og heller ha en god klinisk beskrivelse som fanger opp de tilstander vi prinsipielt mener bør være utilregnelige. Dette er tanker også Melle (2013) skisserer. Gjennom en slik beskrivelse vil essensen i hvilke tilstander vi ønsker skal fritas for straff, komme frem. Dermed slipper de sakkyndige å basere seg på diagnosebegreper som stadig skiftes ut.

### Ikke tverrfaglig utredningsgruppe

Et annet tiltak som har blitt foreslått, er bruk av tverrfaglig utredningsgruppe ved judisiell observasjon. Dette er et tiltak som ikke er inkludert i oversikten over forbedringsforslag, av grunner som beskrives nedenfor.

Judisiell observasjon utføres vanligvis kun av psykologer eller psykiatere. Ved innleggelse til døgnobservasjon vil observanden bli observert av andre yrkesgrupper, som sykepleiere. Dette vil imidlertid ikke være tilfelle dersom observanden ikke legges inn. Er det uheldig at psykologer og psykiatere har ansvar alene for vurderingene som gjøres? Rettssystemet i dag baserer seg på psykiatrisk diagnostikk ved tilregnelighetsvurderinger, og dette krever utdanning som psykolog eller psykiater. Det vil i de fleste tilfeller derfor ikke være avgjørende med innspill fra andre faggrupper i selve diagnoseprosessen. Dagens sakkyndige skal være kvalifiserte

til å gjennomføre de diagnostiske vurderingene som kreves. I visse tilfeller vil det naturligvis være behov for vurderinger fra andre fagfelt, men psykologer og psykiatere er best egnet til å uttale seg om observandens psykiske helse. Hvis dette ikke var tilfelle, ville det undergravd behovet for psykologisk ekspertise i retten. Grøndahl (2010) fant imidlertid som tidligere nevnt at ekspertenes vurderinger utgjorde en forskjell i tilregnelighetsvurderinger.

### Ikke alle psykotiske får prejudisiell observasjon

Påtalemyndighet skal vurdere om en tiltalt har behov for prejudisiell vurdering. Bedømmelse av når psykiatrisk vurdering er nødvendig, kan være vanskelig. Ved gjenopptakelse av straffesaker vedrørende spørsmål om tilregnelighet, viser det seg ofte at den straffedømte ikke har fått judisiell observasjon i utgangspunktet. Spørsmålet blir hvordan man best mulig fanger opp de som er psykisk avvikende i en grad som krever utredning. En mulig løsning på dette kan være at alle tiltalte gis en enkel avkrysningsliste (screening) før prejudisiell observasjon vurderes. Dette betyr at en psykolog eller psykiater må være inne i prosessen fra et tidligere tidspunkt enn i dag. En slik liste vil naturligvis ikke være tilstrekkelig som vurderingsgrunnlag, men kanskje være et skritt på veien til å fange opp flest mulig. Eventuelt kan det utvikles sjekklister for hva påtalemyndighet skal se etter ved vurdering av om prejudisiell observasjon er nødvendig.

Hensikten med de presenterte forslagene har vært å foreslå gjennomførbare løsninger på de identifiserte hovedutfordringene knyttet til tilregnelighetsvurderinger i dag. Flytdiagram kan være et ledd i prosessen med å utvikle en mer enhetlig tilnærming til gjennomføring og dokumentasjon av tilregnelighetsvurderinger. Likeledes vil pålagt bruk av strukturert utredning kunne heve kvaliteten på de diagnostiske vurderingene. Tiltak for bedring av rammebetingelsene rundt judisiell observasjon er også et viktig aspekt, og er ikke nødvendigvis svært ressurskrevende sett i lys av de store fordelene dette kan gi. Til tross for et tilsynelatende åpenbart behov for bedringstiltak innen dette feltet, kan enkelte motargument mot forslagene identifiseres på forhånd.



## **4.5 Mulige innvendinger mot forslagene**

### Tvungen bruk av strukturert utredning er for tidkrevende

Et argument mot pålagt bruk av strukturerte utredningsinstrumenter, kan være at mange tilfeller er så ukompliserte at det vil være tilstrekkelig med klinisk samtale. Det er ofte de kompliserte tilfellene som havner i medias søkelys, mens svært mange tilfeller er åpenbare. Dette kan gi et feilaktig inntrykk av at de fleste utredningene er metodisk vanskelige. Ved lette tilfeller kan det argumenteres for at gjennomføring av strukturert utredning være sløsing av tid og ressurser. Likevel kan det hevdes at et par timers ekstra utredning er en liten pris å betale gitt de metodemessige fordelene knyttet til strukturert utredning. Det sikrer at ulike personer gjennomgår de samme formene for utredning. Slik systemet er i dag, er det mer tilfeldig hva slags type utredning en observand gjennomgår. Som tidligere nevnt mener Kirsten Rasmussen å se at de sakkyndiges kliniske inntrykk veier tyngre enn informasjon fått gjennom mer strukturert utredning. Det kan godt tenkes at den skjønsmessige vurderingen fremdeles vil veie tungt ved bruk av metodeforslaget som er presentert i dette kapittelet. Likevel vil utredningen bli mer systematisk og gi større muligheter for sammenligning. Ved for eksempel gjenopptakelse av straffesaker hvor tidligere judisiell observasjon har blitt foretatt, vil det være en fordel å kunne vise til at visse typer undersøkelse ble gjennomført. Da er det også mulig å sammenligne observandens psykiske helse på daværende tidspunkt med dagens tilstand. Selv om subjektive vurderinger også er viktige i tolkning av strukturert utredning, sikrer det større objektivitet enn ensidig bruk av kliniske beskrivelser.

### Standardisering gir et rigid system

En annen innvending mot en standardisering av forløpet for judisiell observasjon, er at framgangsmåten kan bli for rigid. De sakkyndiges vurderinger vil til syvende og sist være subjektive, og strukturerte metoder må alltid kombineres med faglig skjønn. Det skal være rom for å foreta egne vurderinger uten at rammeverket skal begrense den enkeltes bedømmelsesevne. Selvstendig tenkning er vesentlig all den tid psykologiske bedømmelser ikke kan reduseres til ren matematikk. Poenget er å sikre

at de samme problemstillingene vurderes i ulike tilfeller. Hvilke momenter *skal* være vurdert? I tillegg må også alle vesentlige punkter dokumenteres på en ryddig og oversiktlig måte. Dette vil gi en kvalitetssikring av arbeidet. Som gjennomgått ovenfor, viser fasen med strukturert utredning (figur 5) hvordan arbeidet hele tida vil veksle mellom strukturerte metoder og skjønsmessige vurderinger. Det kliniske inntrykket er styrende for hvilke utredningsmetoder som benyttes, på samme måte som strukturerte utredningsmetoder påvirker det kliniske inntrykket.

### Hvorfor fokusere på reliabilitet når validiteten er så viktig?

Bruk av pålitelige vurderingsmetoder er vesentlig, og det er viktig å sikre at ulike personer gjennomgår sammenlignbare utredninger. Likevel kan det diskuteres hvorfor reliabiliteten tillegges så stor vekt, når *validitet* er et like viktig tema. Validitet dreier seg om begrepers gyldighet. Er det for eksempel enighet om hva som ligger i lovtekstens ”psykotisk”? Vi må vite hvordan ”psykotisk” defineres og hvilke tilstander som skal kvalifisere til dette, før vi kan fokusere på å utvikle arbeidsmetoder som best mulig fanger opp slike tilstander. Det har blitt argumentert for at det mangler gode kliniske beskrivelser av hvilke tilstander som bør omfavnes av straffefrihet. Dette er en gyldig innvending, og det er behov for diskusjon om hvilke fenomener som skal inkluderes i utilregnelighetsbegrepet. Dette er likevel et annet tema, og oppgavens avgrensning ligger i å fokusere på dagens diagnostiske utfordringer i tilregnelighetsvurderinger som kan medføre reliabilitetsproblemer. Selv om beskrivelsene av hva utilregnelighet på grunn av psykose er skulle være perfekte, er det likevel behov for kvalitetssikring av utredningen som gjøres, og det er her de presenterte forslagene vil komme inn i bildet.

### Forslagene er ikke praktisk nyttige

Uten praktisk erfaring med diagnostisering kan det være utfordrende å anbefale hvilke utredningsverktøy som skal brukes når, samt hvilke utredninger som skal gjøres. Forskningslitteraturen som er gjennomgått, er imidlertid retningsgivende for de forslagene som er presentert, i tillegg til de synspunktene som har kommet frem i den offentlige debatten av rettspsykiatrien i Norge. Litteraturen sier noe om hvilke utredningsverktøy som er reliable og anbefalt, og disse er derfor innlemmet. Hvilke

utredningsinstrumenter som brukes, og hvilke kriterier observanden vurderes etter, vil sikkert endres. Forslagene er foreløpige, og må arbeides videre med. Dette vil mest sannsynlig innebære revideringer og oppdateringer utført av mer erfarne fagfolk. Hensikten med forslagene er å skape et mest mulig praktisk og gjennomførbart system for å kvalitetssikre den diagnostiske prosessen ved tilregnelighetsvurderinger.

#### **4.6 Datastøttet arbeidsprosess**

Etter at skissen til flytdiagram blitt videreutviklet slik at det er faglig enighet om felles fremgangsmåte ved tilregnelighetsvurderinger, vil det være naturlig å utvikle et databasert verktøy som kan understøtte fremgangsmåten. Hovedhensikten med et slikt datasystem vil være å støtte de sakkyndige i tilregnelighetsvurderinger, i tillegg til å knytte sammen ulike aktører i prosessen. Systemet skal bidra til en enhetlig gjennomføringsmetode. Ved arbeidet med et slikt datasystem, er det viktig å beskrive ønsker til hva systemet skal løse uten å si for mye om hvordan det rent systemmessig blir løst. Derfor er det brukeren som må stille kravene. Følgende overordnede krav bør stilles til et slikt verktøy:

1. Systemet må kunne definere og understøtte en arbeidsprosess for gjennomføring av rettspsykiatriske vurderinger. Dette må inneholde flytdiagram som beskriver aktiviteter som gjennomføres, hvem som utfører de og i hvilken sekvens. Systemet må være oversiktlig og visualisere arbeidsprosessen på en slik måte at det er enkelt for brukeren å forstå gangen i saksbehandlingen. Det må også være enkelt å navigere frem og tilbake i arbeidsprosessen.
2. Systemet skal bidra til å sikre omfattende dokumentasjon av alle trinn i prosessen. Slik vil det ideelt sett fungere som en kvalitetskontroll i tillegg til Den rettsmedisinske kommisjon. Det skal gi rom for utarbeidelse og dokumentasjon av kliniske vurderinger, samt sikre dokumentasjon av de strukturerte utredningene som gjennomføres. Alle valgene sakkyndige har tatt i ulike faser av arbeidet, skal dokumenteres. Systemet skal også sikre at

lovpålagte krav og avtalt praksis er gjennomført.

3. Systemet må kunne gi sakkyndige mulighet til å opprette nye saker, samt gi tilgang til tidligere saker. At tidligere rapporter er samlet, gir fordeler knyttet til sammenligning av saker. Dette kan være hensiktsmessig ved gjenopptakelse av straffesaker hvor sakkyndige får tilgang til andres vurderinger, noe som kan være til hjelp ved egen utredning. Det gir også fordeler ved gjenopptakelse av tidligere straffesaker hvor det på nytt stilles spørsmål ved om dømte var utilregnelig. Det blir da mulig å gå tilbake og se hva som ble gjort i den aktuelle saken.
4. Systemet må legge til rette for ulike statistiske analyser på dataene som kan brukes i forskningssammenheng. Dette vil være hensiktsmessig med tanke på behovet for mer norsk rettspsykiatrisk forskning.
5. Systemet skal inneholde en samling strukturerte metoder som sakkyndig kan benytte seg av. Det bør også gi en oversikt over hvilke metoder som er brukt nasjonalt.
6. Systemet må ha referanser til norsk lovverk og forskrifter som er relevant for den rettspsykiatriske prosessen.
7. Systemet må også kunne integreres med pasientjournaler i helsevesenet slik at de journalene som gjøres tilgjengelige kan nås fra dette systemet.
8. Ettersom et slikt datastøttet system innebærer at svært sensitiv informasjon er samlet på ett sted, er det behov for et høyt sikkerhetsnivå. Kun autorisert personell må gis tilgang til sakene. Den rettsmedisinske kommisjon må også få direkte tilgang til rapporter når de er ferdige, samt kunne legge inn sin vurdering.
9. Til enhver tid skal systemet kunne generere en rapport som dokumenterer det som er utført så langt. Ved avslutning av en judisiell observasjon skal systemet kunne generere en ferdig rapport i standard form.

## 5 Konklusjon

Oppgaven viser at det finnes flere potensielle kilder til diagnostiske utfordringer ved tilregnelighetsvurderinger som kan lede til lavere reliabilitet i vurderingene. Mange av disse kan forbedres slik at rettssikkerheten øker. Løsningsforslagene presentert i denne oppgaven kan innebære et skritt i riktig retning i denne sammenheng. Økt standardisering, pålagt strukturert utredning og endring av rammebetingelser kan kvalitetssikre vurderingene og øke påliteligheten. Skissen til enhetlig fremgangsmetode bør videreutvikles ut fra praktiske og vitenskapelige hensyn, og kan understøttes ved hjelp av et databasert system.

Den gjennomgåtte litteraturen viser at ustrukturert klinisk intervju, som er den minst reliable formen for utredning, brukes hyppigst i norsk rettspsykiatri. Samtidig brukes mer strukturerte metoder i liten grad, kombinert med mangel på formelle retningslinjer for sakkyndigarbeidet. Poenget med oppgaven har ikke vært å nedvurdere klinisk vurdering til fordel for rigid bruk av strukturerte metoder og standardisering. Selv om tester og strukturert utredning er viktig, krever dette også skjønnsbasert tolkning. Hensikten er å sikre at en kombinasjon av metoder benyttes på en forutsigbar måte i alle tilfeller.

Kriteriene for straffefrihet i Norge skiller seg fra mange andre land, og de metodiske utfordringene ved tilregnelighetsvurderinger vil derfor være annerledes andre steder. Dette gjør det vanskelig å finne internasjonal faglitteratur som spesifikt omhandler utfordringer i norsk sakkyndigvirksomhet. Litteraturen som er brukt i oppgaven, har derfor dreid seg om mer generell psykologisk utredning. I tillegg til at det ikke finnes internasjonal forskning på norsk rettspsykiatri, er det også lite norsk forskning knyttet til dette temaet. Det har vært mye offentlig debatt rundt tilregnelighetsvurderinger, men ikke mye vitenskapelig arbeid vedrørende praksis. Dette har gjort det nødvendig å kombinere flere informasjonskilder; forskningen som finnes, oppsummering av dagens praksis i magasiner og tidsskrift, samt innspill fra enkeltpersoner i debatten om norsk rettspsykiatri.

Mer forskning på hvordan utredning foregår, og hvor ofte sakkyndige er uenige om en konklusjon, er nødvendig. Reliabilitetsstudier av diagnoseverktøy i den rettspsykiatriske populasjonen i Norge er det også vært behov for. Det vil også være interessant med studier som undersøker om mer strukturerte og standardiserte utredninger i rettspsykiatrien bedrer kvaliteten på vurderingene. I de tilfellene hvor saker gjenopptas på grunn av spørsmål om tilregnelighet (og hvor det ble foretatt judisiell observasjon i utgangspunktet), er det interessant å se på hvordan vurderingen ble gjort den gangen. Hvilke momenter ved utredningen kan ha bidratt til mulig feilaktig konklusjon? Ved vurdering av om en person var psykotisk i gjerningsøyeblikket lang tid etter forbrytelsen fant sted, bør det også forskes på hvilke metoder som brukes, og hvordan de kan sikre best mulig utredning i slike kompliserte tilfeller. Her har Stridbeck og Grøndahl planlagt en studie som skal undersøke hvilke metoder som faktisk brukes for vurdering av tilregnelighet i forbrytelser som skjedde for mer enn ti år siden.

Det bør også arbeides med å utvikle gode kliniske beskrivelser av hva ”psykotisk i gjerningsøyeblikket” egentlig skal innebære. Når det er enighet om fenomenet som skal fanges opp, vil det være lettere å utvikle utredningsmetoder tilpasset problemstillingen.

## 6 Referanser

- Aboraya, A., France, C., Young, J., Curci, C. & LePage, J. (2005). The Validity of Psychiatric Diagnosis Revisited: The clinician's guide to improve the validity of psychiatric diagnosis. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(9), 48-55. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2993536/>
- Aboraya, A., Rankin, E., France, C., El-Missiry, A. & John, C. (2006). The reliability of psychiatric diagnosis revisited. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(1), 41-50. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990547/>
- Aboraya, A. (2007). The reliability of psychiatric diagnoses. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(1), 22-25. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922387/>
- Advokatforeningen (2012). Sakkyndighet i rettspleien – hjelp for dommeren eller fare for rettssikkerheten? Hentet fra [http://www.advokatforeningen.no/PageFiles/23968/Advokatforeningens\\_arstale\\_2012.pdf](http://www.advokatforeningen.no/PageFiles/23968/Advokatforeningens_arstale_2012.pdf)
- Auestad, G. E., Toftaker, J., Moland, A. & Andresen, I. (2012, 10.02). Difor må Breivik-observasjonen skje i fengselet. Hentet fra <http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.7990924>
- Baer, R. A., Wetter, M. W., Nichols, D. S., Greene, R. & Berry, D. T. R. (1995). Sensitivity of MMPI-2 validity scales to underreporting of symptoms. *Psychological Assessment*, 7(4), s. 419-423. doi: 10.1037/1040-3590.7.4.419
- Brannon, M. P. (2002). General principles of forensic assessment. *The Bottom Line*, 2(3). Hentet fra [www.forensic-experts.net/files/Newsletter%202-3.doc](http://www.forensic-experts.net/files/Newsletter%202-3.doc)

- Broughton, N. & Chesterman, P. (2001). Malingered psychosis. *The Journal of Forensic Psychiatry, 12*(2), 407-422. doi: 10.1080/09585180110056795
- Davey, G. C. (2008). *Psychopathology – Research, Assessment and Treatment in Clinical Psychology*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Davidshofer, C. O. & Murphy, K. R. (2004). *Psychological testing – principles and applications* (6. utgave). Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Dawes, R. M., Faust, D. & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science, 243*, 1668-1674. Hentet fra [http://apsychoserver.psych.arizona.edu/JJBAREprints/PSYC621/Dawes\\_Faust\\_Meehl\\_Clinical\\_vs\\_actuarial\\_assessments\\_1989.pdf](http://apsychoserver.psych.arizona.edu/JJBAREprints/PSYC621/Dawes_Faust_Meehl_Clinical_vs_actuarial_assessments_1989.pdf)
- Dullum, J. (2010). Justisfeil i straffesaker. En analyse av saker behandlet av Kommissjonen for gjenopptakelse av straffesaker (Gjenopptakelseskommissjonen) i perioden 2004-2009. Hentet fra [http://www.jus.uio.no/ikrs/forskning/aktuelle-saker/2010/Dullum\\_materie\\_20100521\\_web.pdf](http://www.jus.uio.no/ikrs/forskning/aktuelle-saker/2010/Dullum_materie_20100521_web.pdf)
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders*. Hentet fra [http://books.google.no/books?id=H91VmCO\\_\\_O0C&printsec=frontcover&hl=no#v=onepage&q&f=false](http://books.google.no/books?id=H91VmCO__O0C&printsec=frontcover&hl=no#v=onepage&q&f=false)
- Gowensmith, W. N., Boccaccini, M. T., & Murrie, D. C. (2013). How reliable are forensic evaluations of legal sanity? *Law and Human Behavior, 37*(2), 98-106. doi: 10.1037/lhb0000001
- Grøndahl, P. (2010). *A comparative and empirical analysis of practices in Norwegian forensic psychiatry*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/grondahl2010.pdf>



- Grøndahl, P. (2011). Trøbbel med tester. Hentet fra  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=140370&a=4](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=140370&a=4)
- Grøndahl, P., Grønnerød, C., Stridbeck, U., Værøy, H. & Brauer, H. (2012). En tipunksplan for bedre rettspsykiatri. *Tidsskrift for norsk legeforening*, 15, 1727-1728. doi: 10.4045/tidsskr.12.0675
- Grøndahl, P. (2012). A never ending story. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 1232-1234. Hentet fra  
<http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/grondahl2012-1.pdf>
- Grønnerød, C. (2012). Hva psykologer kan bidra med. Hentet fra  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=264758&a=4](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=264758&a=4)
- Gøystdal, A. M. & Iversen, B. (2012, 24.08). Rettspsykiatrien vil bli endret. *Dagsavisen*. Hentet fra  
<http://www.dagsavisen.no/samfunn/rettspsykiatrien-vil-bli-endret/>
- Halvorsen, P. (2000). Rettspsykiateren – dommer uten kappe? *Tidsskrift for norsk legeforening*, 120(7), 859-860. Hentet fra  
<http://tidsskriftet.no/article/24162/>
- Halvorsen, P. (2012, 26.09). Vil profesjonalisere sakkyndigarbeidet. Hentet fra  
<http://www.psykologforeningen.no/Foreningen/Nyheter-og-aktuelt/Aktuelt/Vil-profesjonalisere-sakkyndighetsarbeidet>
- Hansen, A. & Sæbø, S. H. (2012, 26.08). Utenkelig i Sverige. *Dagbladet*. Hentet fra  
[http://www.dagbladet.no/2012/08/25/nyheter/innenriks/22\\_julidommen/psykiatri/rettspsykiatere/23121949/](http://www.dagbladet.no/2012/08/25/nyheter/innenriks/22_julidommen/psykiatri/rettspsykiatere/23121949/)
- Harris, M. R. (2000). The malingering of psychotic disorders. *Jefferson Journal of Psychiatry*, 15(1), 12-24. Hentet fra  
<http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1422&context=jeffjpsychiatry>

- Hennum, R. (2008). Tilregnelighet. Hentet fra <http://www.materialisten.no/fulltekst/hennum-nett.pdf>
- Haavik, J. (2012). Hva er en diagnose? Hentet fra <http://www.innsikt.org/index.asp?id=33484>
- Jakobsen, H. Ø. (2012, 09.06). Har ikke dobbeltsjekket Breiviks diagnose godt nok. Hentet fra <http://www.forskning.no/artikler/2012/juni/324137>
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M. & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654-659. doi: 10.1192/bjp.166.5.654
- Larsen, T. K. (2012, 09.05). Psykose. Hentet fra <http://www.tips-info.com/images/stories/dokumenter/om%20psykose%20ABB%20tk%20arsen.pdf>
- Matuszak, J. & Piasecki, M. (2012). Inter-rater reliability in psychiatric diagnosis. Collateral data improves the reliability of diagnoses. *Psychiatric Times*, 29(10). Hentet fra <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/2106362>
- Melgård, M. & Svarstad, J. (2012, 30.12). Ekspertter hilser Faremos utspill velkommen men advarer samtidig. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Ekspertter-hilser-Faremos-utspill-velkommen-men-advarer-samtidig-7080262.html#.UYO0BJt7Alk>
- Melle, I. (2013). The Breivik case and what psychiatrists can learn from it. *World Psychiatry*, 12(1), 16-21. doi: 10.1002/wps.20002
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts – a handbook for mental health professionals*

*and lawyers*. Hentet fra  
[http://books.google.no/books?id=Osfl9dAVFvcC&pg=PA201&hl=no&source=gbs\\_toc\\_r&cad=4#v=onepage&q&f=false](http://books.google.no/books?id=Osfl9dAVFvcC&pg=PA201&hl=no&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false)

Miller, P. R., Dasher, R., Collins, R., Griffiths, P. & Brown, F. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Research*, 105(3), 255-264. doi: 10.1016/S0165-1781(01)00317-1

Mæland, Ø., Revis, E., Sagfossen, B. & Weisæth, S. (2008). Etterkontroll av reglene om strafferettslig tilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring. Hentet fra  
[http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Rapporter/G-0400\\_Maeland.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Rapporter/G-0400_Maeland.pdf)

Nordahl, M. (2010, 17.09). For lite vitenskap i rettspsykiatrien? Hentet fra  
<http://www.forskning.no/artikler/2010/september/265052>

NOU 2001:12 (2001). *Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker*. Oslo: Justis-og politidepartementet. Hentet fra  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2001/nou-2001-12.html?id=377603>

Ot.prp. nr. 87 (1993-1994). *Lov om endringer i Straffeloven m.v. (strafferettslig utilregnelighetsregler og særreaksjoner)*. I Ot. prp. nr. 90 (2003-2004), Om lov om straff (straffeloven). Oslo: Justis-og politidepartementet. Hentet fra  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/20032004/otprp-nr-90-2003-2004-.html?id=179300>

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)*. Oslo: Justis-og politidepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/20002001/Otprp-nr-46-2000-2001-.html?id=164358>

Ot. prp. nr. 90 (2003-2004). *Om lov om straff (straffeloven)*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/20032004/otprp-nr-90-2003-2004-.html?id=179300>

Pettersen, H. D. (2005). Om galskap og rett – jakten på den nye tids demoner. *Samtiden*. Hentet fra [http://www.idunn.no/file/ci/1854830/samtiden\\_2005\\_03\\_samtiden\\_nr\\_3\\_2005.pdf](http://www.idunn.no/file/ci/1854830/samtiden_2005_03_samtiden_nr_3_2005.pdf)

Pinninti, N. R., Madison, H., Musser, E. & Rissmiller, D. (2003). MINI international neuropsychiatric schedule: clinical utility and patient acceptance. *Psychiatry*, 18(7), 361-364. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.03.004

Rasmussen, K. (2008). Psykologens plass i rettspsykiatriske vurderinger. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(9), 1180-1184. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=60382&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=60382&a=2)

Reid, W. H. (2000). Malingering. *Journal of Psychiatric Practice*. Hentet fra <http://www.reidpsychiatry.com/columns/Reid07-00.pdf>

Resnick, P. J. (1999). The detection of malingered psychosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(11), 159-172.

Rogers, R. & Shuman, D. W. (2005). *Fundamentals of forensic practice – mental health and criminal law*. Hentet fra [http://cdn.preterhuman.net/texts/law/forensics/Fundamentals%20of%20Forensic%20Practice%20-%20Mental%20Health%20and%20Criminal%20Law%20-%20R.%20Rogers,%20D.%20Shuman%20\(Spring.pdf](http://cdn.preterhuman.net/texts/law/forensics/Fundamentals%20of%20Forensic%20Practice%20-%20Mental%20Health%20and%20Criminal%20Law%20-%20R.%20Rogers,%20D.%20Shuman%20(Spring.pdf)

- Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane In Insane Places. *Science*, 179(4070), 250-258. doi: 10.1126/science.179.4070.250
- Rosenqvist, R. & Rasmussen, K. (2004). *Rettspsykiatri i praksis* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosenqvist, R. & Døvre, A. T. (2005). Nyhetsbrev nr. 14 fra Den rettsmedisinske kommisjon, høsten 2005. Hentet fra <http://www.justissekretariatene.no/upload/DRK/Nyhetsbrev%20mm/Nyhetsbrev%2014.pdf>
- Rosenqvist, R. (2008). Innspill fra Den rettsmedisinske kommisjon til utredningsgruppen. I Ø. Mæland, E. Revis, B. Sagfossen & S. Weisæth (red). Etterkontroll av reglene om strafferettslig tilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring. Hentet fra [http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Rapporter/G-0400\\_Maeland.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Rapporter/G-0400_Maeland.pdf)
- Rosenqvist, R. (2009). *Rettspsykiatri – en introduksjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosenqvist, R. (2012). Utilregnelighetsregelen – moden for revisjon? *Tidsskrift for norsk legeförening*, 132(7), 843-844. doi: 10.4045/tidsskr.12.0247
- Segal, D. L., Hersen, M. & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 316-327. Hentet fra <http://www.uccs.edu/~faculty/dsegal/pdfs/Reliability-SCID-review-1994.pdf>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E.,.....Dunbar, G. C. (1998). The Mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 [Abstrakt]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33. Hentet fra

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9881538>

- Sigurjónsdóttir, M. & Østberg, B. (2012). Judisiell observasjon etter straffeprosessloven paragraf 167. *Tidsskrift for norsk legeforening*, 132(20), 2297-2299. doi: 10.4045/tidsskr.11.0901
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S. & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the structured clinical interview for DSM-III-R axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 84(2), 167-173. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03123.x
- Spitzer (1975). On pseudoscience in science, Logic in Remission, and Psychiatric Diagnosis: A Critique of Rosenhan's "On Being Sane In Insane Places." *Journal of Abnormal Psychology*, 48(5), 442-452. Hentet fra [http://facstaff.bloomu.edu/jleitzel/classes/introabnormal/spitzer\\_1975.pdf](http://facstaff.bloomu.edu/jleitzel/classes/introabnormal/spitzer_1975.pdf)
- Stabell, P. (2012, 18.04). Kontroversiell kompetanse. *Universitas*. Hentet fra <http://universitas.no/kultur/57169/kontroversiell-kompetanse>
- Storvik, A. G. (2010, 17.09). Norske rettspsykiatere bruker færrest undersøkelsesmetoder. *Dagens Medisin*. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/norske-rettspsykiatere-bruker--farrest-undersokelsesmetoder/>
- Stridbeck, U. & Grøndahl, P. (2012). Utilregnelighet "under radaren"? *Lov og rett*, 51(5), 301-312. Hentet fra [http://sifer.no/images/article\\_images/08\\_-\\_2012\\_-\\_Utilregnelighet\\_-\\_under\\_radaren.pdf](http://sifer.no/images/article_images/08_-_2012_-_Utilregnelighet_-_under_radaren.pdf)
- Syse, A. (2006). Strafferettslig (u) tilregnelighet – juridiske, moralske og faglige dilemmaer. *Tidsskrift for Strafferett*, 6(3), 141-175.
- Todal, P. A. (2012, 22.06). Kan vi stole på psykiatrene? *Dag og tid*. Hentet fra <http://old.dagotid.no/nyhet.cfm?nyhetid=2309>

- Vitacco, M. J., Rogers, R., Gabel, J. & Munizza, J. (2007). An evaluation of malingering screens with competency to stand trial patients: a known-group comparison. *Law of Human Behavior*, 31(3), 249-260. doi: 10.1007/s10979-006-9062-8
- Vitacco, M. J. & Rogers, R. (2010). Assessment of malingering in correctional settings. I C. L. Scott (red.), *Handbook of correctional mental health* (kapittel 10). Hentet fra <http://books.google.no/books?id=6zYf7pxg-O0C&printsec=frontcover&dq=handbook+of+correctional+mental+health&hl=no&sa=X&ei=SYOHUdTDJobpswaNvIDYBg&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=handbook%20of%20correctional%20mental%20health&f=false>
- Værnes, T. G. (2008). Veileder for utredning av pasienter med førstegangpsykose i Helse Sør-Øst. Hentet fra [http://old.sykehuset-ostfold.no/dok/Behandlingslinje\\_Schizofreni/Utredning%20og%20diagnostikk/TIPSHSO\\_Utredningspakke/utredningsveileder1\[1\].pdf](http://old.sykehuset-ostfold.no/dok/Behandlingslinje_Schizofreni/Utredning%20og%20diagnostikk/TIPSHSO_Utredningspakke/utredningsveileder1[1].pdf)
- Warner, R. & de Girolamo, G. (1995). *Epidemiology of Mental Problems and Psychosocial Problems: Schizophrenia*. Hentet fra [http://whqlibdoc.who.int/publications/1995/9241561718\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1995/9241561718_eng.pdf)
- Zimmerman, M. (2003). What should the standard of care for psychiatric diagnostic evaluations be? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(5), 281-286. doi: 10.1097/00005053-200305000-00002