

Diagnoser og 22. juli-saken



I Tidsskriftet nr. 12–13/2013 drøfter Alv A. Dahl det han mener er svakheter og mangler i dommen så vel som de rettspsykiatriske erklæringene (1). Dahl kritiserer retten for å legge den 10. utgaven av den internasjonale klassifikasjonen for psykiske lidelser (ICD-10) til grunn. Dette er for meg en noe underlig argumentasjon. ICD-10 er gjeldende norsk klassifikasjon. Det ville være oppsiktsvekkende om en norsk rett skulle velge å vrake gjeldende norsk diagnostikk til fordel for amerikansk.

Dahl hevder at de diagnostiske intervjuene som de to settene av rettsoppnevnte sakkyndige brukte, ikke er tilstrekkelig validert for å vurdere en masse-morder. Det har han rett i, men det finnes ikke valideringsstudier for diagnostiske psykiatriske intervjuer for masse-mordere. At de rettsoppnevnte sakkyndige da anvender de intervjuer som tross alt finnes og som generelt er rimelig godt validerte (i forhold til diagnostiske kriterier), kan jeg vanskelig se er noen vektig innvending.

Rettens skjønn om hva en psykose er, skjemmes av svak psykiatristforståelse, mener Dahl. Han mener tilbaketrekingen var et forstadium til en psykose. Det kan det være. Men retten var godt kjent med at det finnes ikke-psykotiske lidelser der episodisk tilbaketreking også forekommer, eksempelvis gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, depresjoner og spilleavhengighet.

Dahl mener at retten ikke forankret sin forståelse i sentral psykiatrisk faglitteratur. Det mener jeg er feil. Rettens aktører hadde både tilgang til en eldre utgave av lærebok i psykiatri fra 2004 så vel som 2012-utgaven som inneholder norsk oversettelse av ICD-10-kriteriene som Dahl etterlyser.

At retten legger til grunn at ordnydning (neologisme) krever uforståelighet, blir også kritisert av Dahl. Retten drøftet dette i forhold til schizofreni. I ICD-10 står det uttrykkelig at ved schizofreni skal ordnydning gi «usammenhengende eller irrelevant tale». Forståelige ordnydninger kan, men må ikke nødvendigvis, uttrykke psykose. Slike kan også forekomme ved ikke-psykotiske tilstander, for eksempel gjennomgripende utviklingsforstyrrelser.

Et vanskelig spørsmål er vurderingen av gjerningsmannens påstand om at han tilhører en politisk bevegelse som politiet ikke har klart å identifisere, i tillegg til hans politiske begrunnelser for handlingene og overbevisningen om at han faktisk handlet til folkets beste. Må dette bety at det foreligger vrangforestillinger? Dahl påpeker at virkemidlet, bombing og nedslaktning av mennesker, er så avvikende at det må anses som psykotisk motivert. Min vurdering er at dette ikke nødvendigvis er riktig. Det er ikke første gang i historien at personer ut fra ekstreme politiske (eller religiøse) overbevisninger mener seg berettiget til å «redde» sitt folk ved massedrap og forsvarer handlingene med iskald intensitet.

Dahl mener at kvaliteten på rettspsykiatriske erklæring bør bedres. Det er jeg enig i. Spesielt vil jeg påpeke at det også må kreves at de sakkyndige har tilstrekkelig kjennskap til sjeldne genetiske syndromer, nevropsykiatriske lidelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som kan ha symptomatologi som lett kan feiltolkes som for eksempel schizofreni eller vrangforestillingslidelser. I tillegg bør de som skal gi rettspsykiatriske erklæring, i det minste i så utfordrende saker som 22. juli-saken, konsultere forskningsfronten med tilhørende drøfting av handlingene i lys av empirisk forskning.

Ulrik Fredrik Malt
u.f.malt@medisin.uio.no

Ulrik Fredrik Malt (f. 1946) er professor ved Universitetet i Oslo og avdelingsoverlege ved Psykosomatisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Oppgitte interessekonflikter: Malt var oppnevnt av bistandsadvokatene som sakkyndig i 22.juli-saken.

Litteratur

1. Dahl AA. Erklæring og dom i 22. juli-saken – hva kan vi lære? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1289–90.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 30.06.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3026750/>

A.A. Dahl svarer:

Et sentralt domstolsprinsipp er at saken skal opplyses best mulig. 22. juli-sakens alvor krevde best mulig presisjon angående psykose og tilregnelighet. Det er ikke noe prosessuelt til hinder for å be de sakkyndige i mandatet om å bruke DSM-IV, siden det er det mest valide klassifikasjonssystemet vi har. Særlig fordi alle de sakkyndige kjente systemet godt og på tross av mandatet valgte å bruke det DSM-IV-baserte SCID-verktøyet. Funnene derfra ble så med en rekke baklengs hallingkast oversatt til diagnosekriterier i «den grønne boken», ICD-10.

Kjennskapet til denne boken med dens uvaliderte forslag til diagnosekriterier anser jeg som minimalt blant de sakkyndige og andre norske rettspsykiatere. Den faginstansen som rådet tingretten til å bruke ICD-10 i mandatet, ødela utrolig mye for den psykiatriske vurderingen i 22. juli-saken. Det er naturlig å sitere Prøysen: «Men største skylda, det har nå snekker'n som laga stæga tå røtne bord.»

I min kommentar henviste jeg til engelskspråklige standardverker som «sentral psykiatrisk faglitteratur». At Malt setter sine egne lærebøker i denne klassen får stå for hans egen regning. Jeg er enig med Malt i at de sakkyndige bør være oppdaterte på relevant klinisk forskning som i sin helhet er utført i DSM-systemet.

I motsetning til Malt ser jeg liten grunn til å kreve at sakkyndige skal ha «tilstrekkelig kjennskap til sjeldne genetiske syndromer, nevropsykiatriske lidelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser». At de har en klar forståelse av vrangforestillinger er for meg langt viktigere. Slike forestillinger er det helt sentrale psykosesymptomet sammen med hallusinasjoner, uansett bakenforliggende diagnose. Om personer som begår massedrap begrunnet i ekstreme politiske overbevisninger, har vrangforestillinger eller ikke, var den sentrale psykiatriske problemstillingen i 22. juli-saken. De sakkyndige viste liten evne til å penetrere problemstillingen gjennom sondring mellom vrangforestillinger og ekstremisme. De fikk heller ingen hjelp av ICD-10 som ikke har noen definisjon av vrangforestillinger. DSM-IV derimot har en svært anerkjent definisjon av vrangforestillinger, og ifølge den viste domfelte åpenbare grandiose vrangforestillinger i dagene etter gjerningsøyeblikket. Etter DSM-IV ville han vært psykotisk og utilregnelig.

Alv A. Dahl
a.a.dahl@imbv.uio.no

Alv A. Dahl (f. 1944) er lege ved Klinikken for kreft, kirurgi og transplantasjon, Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hvem vet pasientens beste?

I Tidsskriftet nr. 12–13/2013 reiser Håkon Toft spørsmålet om pårørendes rolle når det gjelder medisiner (1). I tilfeller der pasienten selv ikke er i stand til ta avgjørelser på egne vegne, bør nærmeste pårørende som regel, i møte med behandlende lege, gjøres kjent med hvilke medisiner som gis, deres virkning og hvorfor medisinen(e) anbefales. Ved eventuell uenighet bør saken tas opp i et møte med avdelingslege og behandlende lege. Legene vet mer om medikamenter enn de fleste pårørende, men bør likevel være lydhøre overfor pårørende som kjenner pasienten best. Til syvende og sist må legene avgjøre! Umedisinert kan pasienten bli ekstremt ressurskrevende.

Randi Remen
rr01@online.no

Randi Remen (f. 1944) er pensjonist.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>

Litteratur

1. Toft H. Er pårønderollen for omfattende? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1294.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 13.6. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/3027008/>

Pårørendes rett til å medvirke

Er pårønderollen for omfattende? spør Håkon Toft i Tidsskriftet nr. 12–13/2013 (1). At pårørende skal ha rett til å medvirke i pasientens behandling og omsorg, er like selvsagt som det kan være vanskelig. Utgangspunktet må være kommunikasjon og samarbeid. Målet er at pasienten skal få den beste behandling og da er det helt naturlig at pårørende og lege snakker sammen om hva dette innebærer, hvilke behandlingsalternativer man har og hva som vil være tjenlig for pasienten.

Sykepleiere og annet helsepersonell som er involvert i pasientens behandling, bør også være en del av slike samtaler. Det betyr ikke at pårørende har vetorett i forhold til medisinsk behandling, men at de skal informeres og rådføres.

Dette er det prinsipielle. Så kan det være situasjoner som er vanskelige, eller der pårørende i liten grad kan eller vil samhandle eller er kompetente til det. Men det kan også være motsatte situasjoner, der pårørende er en stor ressurs i samhandling om pasientens beste, er meget kunnskapsrike, oppdaterte og ønsker delaktighet i beslutninger.

Gjensidighet, åpenhet og informasjon bør være idealet. Det er uansett galt å generalisere fra enkeltsituasjoner i så kompliserte og sammensatte problemstillinger som dette.

Per Nortvedt

p.nortvedt@medisin.uio.no

Per Nortvedt (f. 1952) er anestesisykepleier, dr.polit. og professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Toft H. Er pårønderollen for omfattende? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1294.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 26.6. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/3027008/>

Pårønderollen

Er pårønderollen for omfattende? spør Håkon Toft i en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 12–13/2013 (1). Med referanse til en sak som ble omtalt i mediene, der pårørende ikke var tatt med på råd om hvilke medikamenter pasienten skulle ha, synes Toft å trekke den slutning at pårørende i den konkrete saken skulle ha bestemt medisineringsen. Han synes videre å forutsette at pårørende gjennom helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven er gitt et generelt behandlingsansvar.

Han hevder også at ett av målene med helsepersonelloven var «å rive legen ned fra pīdestallen». Det er ukjent for undertegnede, som hadde en sentral rolle ved utformingen av helsepersonelloven. Lovens formål var derimot å tydeliggjøre ansvaret for alt helsepersonell, uavhengig av profesjonstilhørighet. Profesjonspliktene som er nedfelt i helsepersonelloven skal bl.a. ivareta pasienters sikkerhet, uten hensyn til hvem som yter helsehjelpen. Verken pasienten eller pårørende skal avgjøre hvilken medisinsk behandling en pasient skal ha. Legen har, nå som før, det hele og fulle ansvaret for pasientbehandlingen. En rett til å bli informert, hørt

og tatt med på råd er ikke det samme som et behandlingsansvar. Pårørendes rett til å medvirke i tilfeller der pasienten av ulike grunner er ute av stand til å ivareta egne interesser er avledet av pasientens egen medvirkningsrett. Denne følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. I denne bestemmelsen heter det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen og kan velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Hva som er forsvarlig, beror på et medisinsk skjønn og bestemmes av legen. Retten til å medvirke fritar med andre ord ikke legen fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienten. Medvirkningen fører heller ikke til at pasienten eller dennes pårørende blir ansvarlig for behandlingen.

Parallellen som forfatteren trekker mellom pårørendes rolle og det hevdvunne prinsippet om at legen ikke skal behandle sine egne er således lite treffende.

Men god kommunikasjon mellom behandlingspersonell og pasienter og deres pårørende er ment å gi grunnlag for god behandling og antas i de fleste tilfeller å fungere i samsvar med formålet.

Bente Ohnstad

bente.ohnstad@hil.no

Bente Ohnstad (f. 1953) er jurist, pedagog og rektor ved Høgskolen i Lillehammer.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Toft H. Er pårønderollen for omfattende? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1294.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 5.7. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/3027008/>

Profesjonalitet

I Tidsskriftet nr. 12–13/2013 sto en fin artikkel av Ingrid Neteland (1). Jeg tror hun har helt rett, det er det å se pasienten som er å være profesjonell. Jeg har en nær pårørende som har vært ut og inn av sykehus de siste årene, og hun er faktisk ekstremt fornøyd med helsevesenet og den behandlingen hun har fått, og hun har vært på utallige avdelinger og med en komplisert og mangfoldig sykehistorie. Det eneste det av og til skorter på er informasjon, å få besvart spørsmål, et sted der medisinske ord og uttrykk kan forklares, der målte verdier av for eksempel blodprøver blir satt i perspektiv osv.

Men hun er heldig, hun er med på et langvarig forsknings- og oppfølgingsprosjekt, og den ansvarlige legen der er den som står for informasjonen. Så hun får dekket informasjonsbehovet sitt, i alle fall på sikt. Det er selvsagt heller ikke sånn at hun ikke får noe informasjon, men det er alltid noe som står igjen ubesvart eller uklart osv. Primærlegen har for lengst gitt opp å følge med i alt som skjer med henne.

Jeg vet nesten ingenting om hvordan helsevesenet fungerer organisatorisk, eller hvordan ansvar fordeles osv. Løsningen synes likevel enkel: Alle pasienter får tildelt en ansvarlig kontaktperson, en liaison-offiser, som ivaretar informasjonsbehovet, både under innleggelse og etter at pasienten har kommet hjem. Pasienten må ha en *person*, ikke et kontor, å forholde seg til.

Line Varskog

line.varskog@gmail.com

Line Varskog (f. 1965) er gestaltterapeut MNGF og driver egen praksis.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Neteland I. Hvor er du? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1340–1.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 15.06.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3029493/>

>>>