

Bevisstløshet i strafferettslig forstand i Norge 1981–2000

Sammendrag

Bakgrunn. Bevisstløshet i strafferettslig forstand er en semantisk, faglig, etisk og juridisk utfordring. Det dreier seg ikke om koma i medisinsk forstand, men en tilstand av meget sterkt nedsatt/innsnevret bevissthet. I norsk lovgivning vil en slik tilstand føre til at man blir regnet som strafferettslig utilregnelig hvis årsaken ikke er selvforskyldt rus.

Materiale og metode. Vi har registrert innhold, kvalitet og videre håndtering i rettsapparatet for alle rettspsykiatriske erklæringer i årene 1981–2000 med konklusjon bevisstløshet. Disse ble avgitt i 42 saker, dvs. gjennomsnittlig to hvert år.

Resultater. Hovedårsak for bevisstløsheten var: Rusbetinget tilstand i 64 % av sakene, funksjonell/psykogen i 24 % og organisk i 12 %. Blandingstilstander var hyppige. De vanligste forbrytelser var drap og promillekjøring, henholdsvis 29 % og 21 % av sakene. I 12 av de 42 sakene (29 %) var vi uenige i konklusjonen til de rettspsykiatriske sakkynndige, og i 15 saker (36 %) var vi i tvil om konklusjonen var riktig. I 14 av 42 tilfeller (33 %) fant retten at det ikke forelå straffritakende bevisstløshet.

Fortolkning. Mange av de rettspsykiatriske erklæringene hadde ikke god nok kvalitet. Dette reiser viktige spørsmål om rettsikkerhet. Nyttige tiltak kan være at nevrologer oppnevnes som sakkynndige sammen med psykiatere, at politiet alltid rekvirerer rusmiddelanalyser i voldssaker og at det avholdes habiliteringskurs for rettspsykiatere. Faglig diskusjon, blant annet om begrepet patologisk eller atypisk rus, er viktig.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 1820

Pål Hartvig

paal@hartvig.net

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør
Aker universitetssykehus
0320 Oslo

Randi Rosenqvist

Den rettsmedisinske kommisjon

Hans Jakob Stang

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

Dersom en lovbrøyer ansees å ha hatt en bevissthetsforstyrrelse da den straffbare handling ble begått, kan dette ha betydning for straffesakens utfall. I norsk straffelov (1) reguleres bestemmelsene om bevissthetsforstyrrelse i paragrafene 44, 45 og 56. I § 44 sies det at den som av retten oppfattes som psykotisk, *bevisstløs* eller høygradig utviklingshemmet i tiden for handlingen, skal fritas for straff uten videre bevisføring. Dette er kalt «det medisinske prinsipp». Ett viktig unntak gjøres i § 45: Bevisstløshet som er en følge av selvforskyldt rus (fremkalt ved alkohol eller andre midler), utelukker ikke straff. I § 56 forekommer et beslektet begrep, «sterk bevissthetsforstyrrelse» (før 2002 kalt «forbigående sterkt nedsatt bevissthet»), som beskriver en mindre omfattende bevissthetsforstyrrelse. Dette kan gi mildere straff.

Bestemmelsen om straffrihet for bevisstløshet har vært i straffeloven i noenlunde uendret form siden 1902. Betegnelsen «bevisstløshet» er ikke lett forståelig rent semantisk, idet det jo ikke dreier seg om koma. Det skal foreligge en bevissthetsnedsettelse eller -innsnevring i så sterk grad at personen ikke er i stand til å ta inn og bearbeide sansesinntrykk og utføre kognitive oppgaver, men likevel kan handle motorisk (2). Da kan han/hun oppfattes som utilregnelig og dermed ikke rettslig ansvarlig.

I 1974, 1990 og 2002 har Straffelovrådet foreslått å endre betegnelsen til «sterk bevissthetsforstyrrelse» for begge de to gradsutgaver og innføre en «kan»-regel for straffritak. Dette ville i så fall vært mer i overensstemmelse med medisinsk diagnostikk.

I de fleste engelskspråklige land brukes i stedet for «bevisstløshet» betegnelsen «automatism» (3, 4).

I tillegg til de språklige vanskene er det vesentlige faglige utfordringer knyttet til «bevisstløshet» (fra nå av skrevet uten anfor-

selstegn). Dette gjelder plassering i offisiell sykdomsdiagnoseliste, å vurdere alvorlighetsgraden og å forstå etiologi og patogenese. På tross av utviklingen i nevrofysiologi og nevropsykologi uttrykker nobelprisvinner Eric R. Kandel og hans medarbeidere i 2000 (5, 6) stor ydmykhet overfor vår nåværende forståelse av de nevralt korrelater for bevissthet og hukommelse. Allerede i 1912 beskrev rettspsykiateren Paul Winge (1857–1920) (2) en inndeling av etiologi, patogenese og gradsaspekter som fortsatt er akseptert. Han delte de rettslige bevisstløshetstilstandene i tre: rusbetingede, hjerneorganiske og affektbetingede.

En viktig diagnostisk utfordring er om påstått hukommelsestap skyldes simulering, fortregning av ubehagelig hukommelsesmateriale eller manglende innprentingsevne under handlingen. Bare det siste kan kvalifisere for bevisstløshet i strafferettslig forstand. En annen utfordring er hvorvidt en russtilstand skal bedømmes som selvforskyldt eller ikke. På dette punktet er det retten, ikke de sakkynndige, som foretar en bevisvurdering.

Strafferettslig bevisstløshet er en sjelden tilstand. Som oppgitt nedenfor er konklusjonen etter rettspsykiatriske undersøkelser gitt vel to ganger årlig i gjennomsnitt siden 1980 i vårt land. Dette utgjør ca. 1 % av alle rettspsykiatriske erklæringer. Når det gjelder «sterk bevissthetsforstyrrelse», som altså kan gi straffenedsettelse, er hyppigheten ca. fem ganger så stor.

I denne artikkelen har vi villet konsentrere oss om den juridisk viktigste tilstanden og har derfor gått gjennom alle rettspsykiatriske erklæringer fra de siste 20 år med konklus-

Fakta

- Ifølge straffeloven § 44 skal personer som er bevisstløse på handlingstidspunktet, fritas for straff
- Bevisstløshet som følge av selvforskyldt rus fritas ikke
- Den rettspsykiatriske diagnose er vanskelig, men vil som regel ha rusbetinget, affektbetinget eller hjerneorganisk etiologi, ofte i kombinasjon
- I en tredel av sakene fra 1981–2000 der sakkynndige konkluderte med bevisstløshet, ble tiltalte straffedømt som tilregnelig

Tabell 1 Hovedlovbrudd for 42 observander der de sakkyndige har konkludert med «bevisstløshet»

	Konklusjon bevisstløs		Herav straffedømt	
	Antall	(%)	Antall	(andel av siktelser)
Drap/drapsforsøk	12	(29)	7	(7/12)
Legemsbeskadigelse/-fornærmelse	4	(10)	0	
Voldtekt	3	(7)	1	(1/3)
Uaktsomt bildrap	2	(5)	1	(1/2)
Nyfødtdrap	1	(2)	0	
Vold i alt	22	(53)	9	(9/22)
Kjøring i beruset tilstand	9	(21)	2	(2/9)
Brannstiftelse	3	(7)	1	(1/3)
Skadeverk	2	(5)	0	
Øvrige	6	(14)	2	(1/3)
Totalt	42	(100)	14	(1/3)

sjonen bevisstløshet fra de sakkyndige. Hensikten med undersøkelsen var å

- belyse materialet generelt, inkludert få oversikt over sosial og psykiatrisk bakgrunn hos dem som ble observert
- beskrive de medisinske og psykiatriske tilstander i tiden for handlingen som var grunnlaget for de sakkyndiges konklusjoner
- vurdere om konklusjonene bygde på tilfredsstillende undersøkelser og logiske premisser
- finne hvordan Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe, påtalemyndigheten og domstolene bedømte erklæringer og konklusjoner

Materiale og metode

Etter godkjenning fra Justis- og politidepartementet har vi gått gjennom alle de oven-

Tabell 2 Hoveddiagnose (ICD-10) for 42 observander der de sakkyndige har konkludert med «bevisstløshet». Absolutte tall med prosentener i parentes

F 10.00	«Normal» alkoholrus	19	
F 10.07	Atypisk alkoholrus	6	
F 10.5	Alkoholisk psykose	1	
F 18.00	Løsemiddelrus	1	
	Rusbetingede (toksiske) i alt	27	(64)
F 44.0	Dissosiativ amnesi	7	
F 44.1	Dissosiativ «fugue»	1	
F 20.0	Paranoid schizofreni	1	
F 20.3	Udifferensiert schizofreni	1	
	Psykogene/funksjonelle i alt	10	(24)
F 06.5	Organisk dissosiativ lidelse	5	
	Organiske i alt	5	(12)
	Sum	42	(100)

fornevnte rettspsykiatriske erklæringer for årene 1981–2000. Det gjelder 42 siktede personer (observander) og samme antall opprinnelige erklæringer. I en god del av sakene er det avgitt tilleggserklæringer under forløpet, oftest som følge av kommentarer fra Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe (senere kalt kommisjonen), og gjerne med endring av konklusjonen. Noen ganger er det koblet inn nye sakkyndige. Til sammen har vi gjennomgått 70 erklæringer i de 42 sakene.

På grunnlag av erklæringene har vi skåret en rekke sosiale, kriminologiske og helsemessige variabler hos observandene. Videre har vi gitt psykiatriske hoved- og bidiagnoser etter ICD-10 (7) for å kartlegge årsaken til bevissthetsforstyrrelsen. Vi har søkt å få en konsensus for diagnosene. Det var ikke vanlig med ICD-diagnoser i rettspsykiatriske erklæringer før i slutten av 1990-årene. Diagnosene er altså forfatterens, og vi vet ikke nok om de diagnostiske vurderinger de sakkyndige har gjort. Dette forholdet kan forklare ulikhet i rettspsykiatrisk diagnostikk og vår ICD-diagnostikk.

De sakkyndiges arbeid med erklæringene når det gjelder utførte undersøkelser, innhenting av vitneopplysninger, premisser for konklusjon samt selve konklusjonen har vi vurdert inngående og gitt våre subjektive, om enn gjennomdiskuterte evalueringer av. Når det gjelder skåringer som inneholder et subjektivt bedømmelseelement, har alle tre undersøkere uavhengig av hverandre foretatt dette i de samme ti tilfeldig utvalgte saker. Etter sammenlikning av skåringene, som nesten ikke viste forskjeller, har bare én av oss i henhold til konsensus skåret de øvrige 32 sakene.

Etter at våre skåringer var gjort, har vi innhentet rettsbøkene, eventuelt henleggelsesvedtak, for alle de 42 sakene og registrert hvordan de sakkyndiges opprinnelige konklusjoner fikk gjennomslag.

Registrering av rusmiddelpåvirkning hos de observander der dette var aktuelt, er foretatt enten ved laboratorieanalyser etter pågripelse og/eller utregning etter politirapporter, vitneutsagn og observandens egenangivelser. Laboratorieanalyser foreligger i 55 % av tilfellene med klinisk alkoholpåvirkning.

Signifikansberegninger, utført ved Seksjon for medisinsk statistikk, Universitetet i Oslo, er gjort med toutvalgs t-test.

Resultater

Erklæringene. Det ble avgitt 70 erklæringer, dvs. 28 tilleggserklæringer, de aller fleste ved de samme sakkyndige. To ganger ble det oppnevnt nye sakkyndige. Til sammen deltok totalt 48 ulike sakkyndige. I åtte saker var det kun én sakkyndig, for øvrig var det to sammen. Av de 48 sakkyndige var to med i fem saker, to i fire, to i tre, mens resten hadde en eller to saker. Det var saker fra 12 av landets fylker. Oslo, Akershus, Buskerud og Vestfold med til sammen 32 % av landets befolkning hadde 62 % av sakene. I 20-årsperioden fant vi ingen økning av hyppighet i bevisstløshetskonklusjon.

Lovbruddene. Arten av disse fremgår av tabell 1. Vold i forskjellige former og alvorlighetsgrad er hyppigst, med over halvparten av tilfellene. Kjøring i beruset tilstand utgjør over en femdel. Av tabellen fremkommer også hvor mange retten dømte som straffereettslig tilregnelige. Den må da ha kommet til at lovbrøtteren enten ikke var bevisstløs eller bevisstløs på grunn av selvforskyldt rus. Ved drap/drapsforsøk skjedde dette hyppigere enn ved andre lovbrudd. Tallene er så små at signifikansberegninger ikke er gjort.

Observandene. I materialet var det 38 menn og fire kvinner. Gjennomsnittsalder var 35,9 år (16–63 år). De fire kvinnene skilte seg ikke ut når det gjelder alder eller faktorene nevnt nedenfor. Av sosiale og psykiatriske forhold nevnes: 2 % fikk sosialstønad, alle hadde fast bopel, 60 % hadde gjennomført videregående skole, 24 % hadde hatt behandling i psykiatrisk poliklinikk og 21 % hadde vært innlagt for psykisk lidelse.

Diagnostikk. Tabell 2 viser hoveddiagnoser for de 42 tilfellene etter ICD-10. Rusbetingede tilstander (F 10–19) utgjør nærmere to tredeler av hoveddiagnosene. Med «normal» alkoholrus menes her at den oppståtte bevissthetsforstyrrelse ikke bygde på såkalt patologisk eller atypisk rusreaksjon. Funksjonell/psykogen lidelse (oftest dissosiativ amnesi, F 44.0) var hoveddiagnose hos 24 %, somatisk lidelse var hoveddiagnose hos 12 %. De sistnevnte bestod av tre tilfeller av diabetisk hypoglykemi og to tilfeller av organisk hjernelidelse, alle rubrisert under organisk dissosiativ lidelse (F 06.5).

De vanligste bidiagnoser var organisk dissosiativ lidelse i åtte tilfeller, dissosiativ amnesi i seks og personlighetsforstyrrelser i ni. Alle bidiagnoser var ikke like tungtveiende i

forhold til den rettspsykiatriske konklusjon. I 14 tilfeller, en tredel av materialet, fant vi dem så viktige at vi kalte det et utpreget kombinasjonstilfelle. Hyppigst av disse var rus med hjerneorganisk tilstand, for eksempel akutt hjernerystelse eller tidligere påført skade/sykdom. Utmattelse/søvndeprivasjon var anført i 14 saker, hvorav meget uttalt i to. Halvparten av observandene hadde hatt langvarig skadelig rusbruk, svært uttalt hos ti.

Psykologiske årsaker av betydning for bevissthetsforstyrrelsen forelå i varierende form og grad i 60 % av materialet. De akutte kunne være dramatiske voldsprovokasjoner, taps- eller svikoplevelser i familie- og kjærlighetslivet. De langvarige var av samme hovedtyper, inkludert arbeidslivsproblemer og økonomiske problemer. I åtte saker (20 %) var påkjenningene meget sterke og gav opphav til hoveddiagnosen dissosiativ amnesi.

I materialet fant vi angivelse av amnesi i 39 saker (93 %), med plutselig innsettelse og opphør (ikke nødvendigvis i samme sak) i 18. Amnesien er angitt som total i 24 saker og som lakuner i 15. I tre tilfeller har de sakkyndige ikke eksplisitt beskrevet amnesi, og både kommisjonen og vi har ikke støttet deres konklusjon om bevisstløshet. Presumptiv personfremmed atferd (som betyr et markert brudd med personens typiske mønster) har vi funnet i svært varierende grad i 26 saker (62 %).

Rusmiddelpåvirkning. Dette var klinisk registrert hos 31 av de 42 observander, mens de øvrige 11 ble ansett som upåvirket. I åtte tilfeller var personen påvirket av to eller flere substanser. Alkohol var eneste eller viktigste påvirkningsstoff hos 29 observander, hvorav 16 (55 %) var verifisert med kjemiske analyser. For øvrig ble det registrert påvirkning av benzodiazepiner i fem tilfeller, cannabis i tre, opiater i to og løsemidler i ett tilfelle. Av øvrige psykotropt virkende medikamenter var det antiepileptika i to og antidepressiver i ett tilfelle.

Patologisk rus. Denne tilstanden (som skal regnes for å være ikke selvforskyldt og dermed straffritakende) var konklusjonen til de sakkyndige i 12 saker (29 %), alle forårsaket av alkohol. Av sentral interesse for en slik konklusjon er alkoholkonsentrasjonen i blodet. Vi har derfor sammenliknet promillen (der den kunne beregnes; hos 11) i denne gruppen med 12 av de 13 som ble funnet å være bevisstløse med «normal» rus. I «atypiskgruppen» var gjennomsnittspromillen 1,96, mens den i «normalgruppen» var 2,18. Forskjellen er ikke statistisk signifikant ($p = 0,36$ ved t-outvalgs t-test).

Forfatterens evalueringer av erklæringene. Denne fremgår av tabell 3. Vi bedømte altså de utførte undersøkelser som *helt* utilstrekkelige i 7 % av erklæringene, diskusjon og premisser for konklusjon som ikke bra nok i 19 % av erklæringene og selve konklusjonen som klart feilaktig i 29 %.

Øvrige instansers vurderinger. Tabell 4 beskriver hvordan kommisjonen, påtale-

myndigheten og domstolene har behandlet sakene. Kun 48 % av sakene ble godkjent av kommisjonen uten kommentar. Påtalemyndigheten henla 57 % og reiste tiltale i 43 % av sakene. 14 av de 18 personene som det ble reist straffesak mot, ble straffedømt. Totalt ble altså 33 % av materialet straffedømt, til tross for rettspsykiatrisk diagnose (jf. tab 1).

Diskusjon

Skjønn fra sakkyndiges side spiller en stor rolle i saker med mulig strafferettslig bevisstløshet. Tilstanden er åpenbart ikke til stede under observasjonen. Skjønnnet må utøves ved kritisk vurdering av opplysninger fra observand, komparenter og vitner til handlingen. Dette må kombineres med vurderingen av psykologisk og organisk disposisjon for nedsettelse/innsnevring av bevisstheten hos observanden. Ved konklusjonen bør det refereres til oppsatte kriterier for bevisstløshet i straffelovens forstand (8).

Diagnostiske forhold. Vi anser det for uheldig at sakkyndige kun har diagnostisert i forhold til rettspsykiatriske begreper og ikke satt ICD-diagnose, noe som først fra 1999 er blitt et krav. Dette gjør det vanskelig å følge deres diagnostiske resonnering i en del tilfeller.

Åtte observander fikk av oss hoveddiagnose dissosiativ lidelse. Slike lidelser antas etter ICD-10 (7) å «ha psykogen opprinnelse, ... nær forbundet med uløselige og utholdelige problemer...». Dissosiativ lidelse har vært ansett som ganske hyppig gjennom tidene, men har i de siste 20 år vært gjenstand for betydelig økt oppmerksomhet (9), kanskje med fare for generell overdiagnostisering. Likevel godtok altså vi (i likhet med kommisjonen) ganske mange hoveddiagnoser med dissosiasjon.

Det var kanskje noe overraskende at alkohol i så stor grad dominerte rusmiddelpå-

Tabell 3 Forfatterens evaluering av komponenter i de sakkyndiges erklæringer i 42 saker med konklusjon om «bevisstløshet»

	Antall	(%)
<i>Undersøkelsenes mengde og kvalitet</i>		
Tilstrekkelig, godt	25	(60)
Noe mangelfullt	14	(33)
Klart mangelfullt	3	(7)
<i>Diskusjon og premisser</i>		
Meget bra	15	(36)
Rimelig bra	19	(45)
Ikke bra nok	8	(19)
<i>Konklusjon</i>		
Enig	15	(36)
Tvil	15	(36)
Uenig	12	(29)

virkingen. Det dreide seg jo om to tiår med sterk økning i bruk av «nye» illegale rusmidler og B-preparater, noe som i liten grad kommer frem her. Vi har heller ikke funnet helt kortvarige, psykoseliktende tilstander utløst av rus, noe vi selv har sett ganske ofte i akuttpsykiatriske avdelinger. Kun ett tilfelle med mulig utløsende virkning av moderne antidepressiver ble funnet.

Det viktigste funn knyttet til rusmidler gjelder patologisk/atypisk alkoholrus. Denne tilstanden har vært anerkjent lenge og bygger på spesielle kriterier: plutselig inntrøden og opphør, personfremmed atferd og *beskjeden* rusmiddelpåvirkning (9). Vi fant at det ikke er praktisk forskjell på promillen hos dem de sakkyndige har funnet å ha henholdsvis patologisk og «normal» rus. Gjennomsnittlig 1,96 % skulle teoretisk være altfor høy for patologisk rus. Vi er da også uenige i halvparten av de sakkyndiges angivel-

Tabell 4 Videre behandling i forskjellige instanser av 42 saker med konklusjon om «bevisstløshet»

	Antall	(%)
<i>Av Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe</i>		
Godkjent erklæring og konklusjon uten forføyning	20	(48)
Godkjent etter tilleggsopplysninger	5	(12)
Godkjent etter anmodning om endring av konklusjon	8	(19)
Ikke godkjent til tross for tilleggserklæringer	7	(17)
Forslag om nye sakkyndige	2	(4)
	42	(100)
<i>Av påtalemyndigheten</i>		
Saken henlagt ved presumptiv straffritakende bevisstløshet	24	(57)
Straffesak reist	18	(43)
	42	(100)
<i>Av domstolene (ved behandling i høyere rett, n = 2, anført siste avgjørelse)</i>		
Observanden frifunnet ved straffritakende bevisstløshet	2	(4)
Frifunnet for straff, dømt til sikring	1	(2)
Frifunnet av andre grunner	1	(2)
Straffedømt som ikke-bevisstløs	10	(24)
Straffedømt som bevisstløs, men med selvforskyldt rus	4	(9)
	18	(41)

velser av patologisk rus. Dette er bemerkelsesverdig, og vi mener det bør komme en faglig diskusjon om begrepets kriterier.

Innhold og kvalitet. Vi bedømte mengden og arten av undersøkelser som basis for erklæringene som å holde brukbar standard i gjennomsnitt. I saker vi mente hadde definitivt forbedringspotensial, savnet vi oftest tilstrekkelig somatisk undersøkelse eller innhenting av ulike objektive data.

Både når det gjelder premisser/diskusjon og konklusjon var det i mange erklæringer vesentlig rom for forbedring. Når det gjelder diskusjon og premisser, fant vi at dette ikke var bra nok der det mGPGOanglet et trinnsvis resonnement. Resonnementet måtte lede logisk frem til den gitte konklusjonen, som vi så vurderte selvstendig. Man kan hevde at de sakkyndige ved å ha sett observandene hadde et bedre vurderingsgrunnlag enn vi hadde. Dette påvirker imidlertid ikke vår mulighet til å vurdere den logiske oppbygging mot konklusjon i erklæringene. Vår fordel er i tillegg at vi unngår for nær identifikasjon med observanden, noe som i enkelttilfeller kan svekke nøytraliteten i sakkyn-digrollen.

Mange saker ville blitt bedre belyst dersom det var blitt tatt blodprøver for rusmidde-lanalyse umiddelbart etter det straffbare forhold, ikke bare i veitrafikksaker. Politiet bør rekvirere slik analyse også i alle voldsaker der mistenkte blir identifisert kort tid etter handlingen. Et annet tiltak som kan bedre utredninger i disse sakene, er at nevrologer i større grad blir oppnevnt som sakkyn-dige sammen med psykiatere.

De sakene der vi var uenige i eller i tvil om de sakkyndiges konklusjon (tab 3), var stort sett de samme som kommisjonen hadde bemerkninger til (tab 4). Kommisjonen godkjente kun 48 % av de først innsendte erklæringene, og selv etter en eller flere tilleggs-erklæringer forble fortsatt 21 % ikke godkjent. Forfatterne var enige i de sakkyndiges opprinnelige konklusjoner i bare 36 % av sakene, i tvil i ytterligere 36 %. Funnene i tabell 3 og tabell 4 indikerer et svært ujevnt kvalitativt nivå hos de sakkyndige.

De fleste eksempler på konklusjoner vi mente ikke holdt mål, var der de sakkyndige ikke godtgjorde at bevissthetsforstyrrelsen var sterk nok til å tilfredsstille kriterier for bevisstløshet. De tre erklæringene som ikke eksplisitt hadde beskrevet amnesi, er av de mest uttalte. Der kunne det se ut til at de sakkyndige ikke kjente til kriteriene for rettspsykiatrisk diagnose. Den hyppigste korrek-sjon fra kommisjonens side i materialet var at «bevisstløshet» burde endres til «sterk bevissthetsforstyrrelse».

Når det er så stor klarhet omkring hold-barheten av de sakkyndiges konklusjon ved-rørende bevisstløshet, kan også følgende spørsmål stilles: Er det mulig at man i en del andre erklæringer i perioden ikke har konkludert med bevisstløshet når det burde vært gjort? Noen sakkyndige kan ha foregrepet at bevisstløshet ved selvforskyldt rus ikke gir straffrihet, og dermed konkludert med «bare» sterk bevissthetsforstyrrelse. Dette og andre forhold vil vi kunne få nærmere innsyn i ved en gjennomgang av erklæringer med en slik konklusjon, noe som er planlagt.

Avslutning. Bevisstløshetstilfeller er så sjeldne i strafferetten at de trenger spesiell oppmerksomhet psykiatrisk og juridisk for at rettssikkerheten skal ivaretas. Det er fra 2002 igangsatt en serie habiliteringskurs for rettspsykiatere (10). Her vil bevissthetsforstyrrelser bli et prioritert område, noe vår undersøkelse understreGoker behovet for.

Vi takker Tron A. Moger for statistiske utregninger og Alv A. Dahl for kommentarer til manuskriptet.

Litteratur

1. Norges Lover 1687–2001. Straffeloven. Oslo: Det juridiske fakultet, 2002: 41–3.
2. Rosenqvist R, Rasmussen K. Rettspsykiatri i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2001: 54–60.
3. Fenwick P. Automatism, medicine and the law. *Psychol Med Monogr Suppl* 1990; 17: 1–27.
4. Falk-Pedersen JK. Automatism in non common law countries. *Med Law* 1997; 16: 359–65.
5. Kandel ER, Kupferman I, Iversen S. Learning and memory. I: Kandel ER, Schwartz JHGO, Jessell TM, red. *Principles of neural science*. New York: McGraw-Hill, 2000: 1227–47.
6. Schwartz JH. Consciousness and the neurobiology of the twenty-first century. I: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, red. *Principles of neural science*. New York: McGraw-Hill, 2000: 1317–9.
7. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Genève: World Health Organization, 1992.
8. Stang HJ. Bevissthetsforstyrrelser i rettspsykiatrien. I: Årsberetning for Den rettsmedisinske kommisjon. Oslo: Justisdepartementet, 1989: 10–9.
9. Kringlen E. Seksuelle overgrep, gjenvunnet hukommelse og multipel personlighetsforstyrrelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 202–8.
10. Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Oslo, Bergen og Trondheim. Utdannelsesprogram i rettspsykiatri – «C-kurs». *Felles-Nytt* 2002; nr. 3: 14.