

Femårsmelding for Den rettsmedisinske kommisjon 2002- 2006

De siste fem årene er det skjedd mye i Den rettsmedisinske kommisjon. Vi har ikke fulgt opp den tidligere tradisjon med å lage en utvidet årsmelding som er sendt til ulike samarbeidspartnere. Justisdepartementet er fortløpende orientert om kommisjonens virksomhet. Vi ønsker herved å gi ut en fem-års melding hvor utviklingen i kommisjonens arbeide blir presentert for et bredere publikum.

NOU 2001:12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker utredet ulike sider ved rettsmedisinsk arbeide, og anbefalte forskjellige tiltak for å bedre kvaliteten på rettsmedisinsk arbeide i straffesaker. En av konsekvensene av denne utredningen var at kommisjonen fikk nye forskrifter den 14. mars 2003, se vedlegg. Oppnevningssperioden ble endret fra fem til tre år og departementet fikk myndighet til å fastsette antall grupper, inndeling av grupper etter fagområder og antall medlemmer. Det skulle utpekes en leder for hele kommisjonen og ledere og nestledere for hver gruppe. Kommisjonens leder og gruppelederne skulle ha det faglige ansvaret for henholdsvis kommisjonen og gruppene. Sekretariatet ble styrket. Dette har gjort kommisjonen mer dynamisk.

I følge forskriftene skal kommisjonen i tillegg til saksbehandling av innsendte saker bistå retten, påtalemyndigheten, forsvarere, bistandsadvokater, sakkyndige, justismyndigheter, helsemyndigheter og andre aktuelle myndigheter i rettsmedisinske spørsmål. Kommisjonen skal ha ansvar for utdannelse av sakkyndige og sekretariatet skal føre register over sakkyndige.

Justisdepartementet besluttet å legge sekretariatet for kommisjonen til Justissekretariatene da dette ble opprettet 1. januar 2004. Lederen for hele kommisjonen, Randi Rosenqvist, oppnevnt i 2003, fikk også kontorplass der. Da brukere etter hvert oppdaget at lederen var tilgjengelig nesten hver dag, har kommisjonen mottatt flere henvendelser, både telefonisk og skriftlig enn tidligere.

Kommisjonens leder har også, i forståelse med departementet, arbeidet med at kommisjonens ulike grupper skal ha mer kontakt seg i mellom, og at prinsipielle sider ved rettsmedisinsk sakkyndighet skal ha lik praksis i alle gruppene. Det har således vært mer kontakt medlemmene og gruppelederne imellom enn tidligere.

Gruppene:

Fra 2003 er gruppene blitt større enn tidligere, men man har gått bort fra ordningen med varamedlemmer. Flere av de tidligere varamedlemmer er nå oppnevnt som medlemmer, og flere med lengre fartstid som medlemmer er oppnevnt på nytt som medlem eller leder/nestleder. Gruppene har stadig mulighet til å knytte til seg ulike andre eksperter dersom det er behov for spesialkompetanse for å gjøre arbeidet. Dette kan dreie seg om spesialiserte i ulike

medisinske disipliner som ikke er representert i kommisjonen, men også psykologer, medisinsk statistiker med mer.

Alminnelig gruppe har hatt få endringer i arbeidsform de siste årene etter at laboratoriemedisin ble tatt ut av gruppen og etablert som egen gruppe i 2003.

Følgende personer har vært oppnevnt:

Professor Olav Anton Haugen, Trondheim, leder (2003, 2006)

Professor Sidsel Rogde, Oslo, nestleder (2003, 2006)

Professor Kari Ormstad, Oslo (2003, 2006,)

Professor Torleiv Rognum Oslo (2003, 2006)

Professor Åshild Vege, Oslo (2006)

Professor Inge Morild, Bergen (2003, 2006)

Professor Berit Schei, Trondheim (2003)

Professor Lars Uhlin-Hansen Tromsø (2006)

Overlege, dr med Arne K. Myhre, Trondheim (2006)

Alminnelig gruppe har hatt sekretariat i Trondheim på St. Olavs hospital med sekretær på halv tid.

Psykiatrisk gruppe har hadde følgende sammensetning:

Psykiater Randi Rosenqvist, Oslo, leder (1998, 2003 og 2006)

Fylkeslege Odd Herder, Bodø, nestleder (2003, medlem 2006)

Overlege Synne Sørheim, Oslo, nestleder (2003 medlem, 2006)

Psykiater Andreas Hamnes, Trondheim (2003, 2006)

Politlege Stein Ikdahl, Oslo, (2003)

Avdelingsoverlege Hans Gustav Theodor, Tønsberg (2003)

Psykiater Gunnar Johannessen, Grimstad (2006)

Psykiater Agneta Nilsson, Risør (2006)

Barne- og ungdomspsykiater Jannike Snoek, Oslo (2006)

Professor Kirsten Rasmussen, Trondheim (2006)

Professor Knut Waterloo, Tromsø, professor Kirsten Rasmussen, Trondheim, overlege Jannike Snoek, Oslo og avdelingsoverlege Kristin Aase, Fredrikstad, har knyttet til kommisjonen som ekstraordinære medlemmer med spesialkompetanse fra 2003

Sekretariatet har ligget i Justisdepartementet og fra 1. januar 2004 i Justissekretariatene.

Laboratorieteknisk gruppe ble opprettet i 2003 har gjennomgått flere endringer. Leder var i 2003 til mars 2006 professor Bjørnar Olaisen, tidligere leder for alminnelig gruppe. Han hadde sekretariat i Lovund og behandlet alle laboratoriesaker, både toksikologiske og genetiske. Medlemmene i gruppen var:

1.amanuensis Brita Teige, Oslo nesteleder (2003)

Professor Niels Moerling, København (2003)

Professor Harald Olsen, Oslo (2003)

Professor Tarjei Rygnestad Trondheim (2003)

Professor Jørg Mørland, Oslo (2003, 2006)

Da det var tid for ny oppnevning av gruppene 1. april 2006 hadde professor Olaisen meddelt at han ikke lenger ønsket å være med i kommisjonen. Justisdepartementet oppnevnte derfor professor Tarjei Rygnestad som leder i en gruppe ut 2006, og anmodet gruppen om å utrede

hvorvidt laboratorieguppen burde deles i to. Gruppen anbefalte at det skulle oppneves to grupper, en rettsstoksikologisk og en rettsgenetisk gruppe, noe som er iverksatt fra 1. januar 2007.

Laboratorieteknisk gruppe i 2006:

Professor Tarjei Rygnestad, Trondheim, leder (2003, 2006)
Seksjonsleder, dr. philos. Kristin Eiklid, Oslo, nestleder (2006)
Professor Lars Slørdal, Trondheim , (2006)
Professor Niels Moerling (2003, 2006)
Direktør, Ph.d. Hans Geir Eiken, Kirkenes (2006)
Professor Ragnhild Lothe, Oslo (2006)
Professor Jørg Mørland, Oslo (2003, 20006)
1.anamuanesis Brita Teige, Oslo (2003,2006)
Overlege Mimi Stokke Opdahl (2006)

Arbeidet i gruppene har alltid vært gjort av fagpersoner i andre hovedstillinger på deres fritid. Som det fremkommer av rapportene nedenfor, har det vært en jevn økning i gruppenes arbeidebloadning. Man må også tro at presset i hovedstillinger er blitt større. Gruppelederne har derfor nå gått ned i stillingsprosent i sine hovedstillinger for å makte kommisjonens oppgaver innenfor rimelig arbeidsbelastning. Dette gjør noe med kommisjonens profil. Fra å ha en struktur som et departementalt utvalg med det vesentlige av arbeidet utenfor møter, om kveldene etter annen arbeidstid, er strukturen blitt at gruppelederne og leder for hele kommisjonen må rydde tid til deltidsvirksomhet. Den vesentlige del av arbeidet er stadig gjennomgang av avgitte erklæringer, men det er også avholdt flere møter enn tidligere, delvis for å konsolidere saksbehandlingen, men også for å avklare ulike spørsmål som angår en eller flere grupper. Med flere medlemmer i hver gruppe, er arbeidsbelastningen på de enkelte medlemmer akseptabelt, men det trengs mer tid for kommunikasjon innen gruppene for at alle skal legge samme standard til grunn for sin saksbehandling. Dette kan på sikt være negativt for rekruttering av de beste fagpersonene til kommisjonen.

Departementet ønsker at hele sekretariatet etter hvert skal samles i Justissekretariatene, men dette blir neppe gjennomført før IT-løsningene er blitt bedre og saksbehandling kan skje elektronisk, noe som hittil ikke har vært gjennomførbart på grunn av sensitiviteten på vårt materiale. Saksbehandlingen foregår derfor stadig vesentlig ved hjelp av posten, noe som gjør at behandling av de enkelte saker tar lang tid, 3-4 uker, når de skal behandles av flere som bor ulike steder.

Sekretariat, arkiv og IT-løsning

Sekretariatet har disse årene bestått av til sammen 2 årsverk for sekretær, i Oslo har Ove Lillekroken og senere Veronika Hovi arbeidet, og arbeidet i Trondheim har vært delt mellom Martha Drageid og Randi Venke Eikeset.

Sekretariatsleder har vært avdelingsdirektør Ann Torhild Døvre frem til januar 2007, andre jurister i Justissekretariatene har også avlastet henne i dette arbeidet.

Sekretærene har arbeidet med en nyutviklet IT løsning for moderne saksbehandling. Dette har tatt noe tid å få på plass, blant annet fordi de ulike gruppene har hatt ulike behov og

tradisjoner. Den siste oppdateringen skjedde høsten 2006, og det er nå mulig å få frem mer interessant statistikk i tillegg til at selve saksbehandlingen er gjort lettere. Papirarkivet samles etter hvert i Oslo i sekretariatet, saker som er over 20 år gamle avgies til Riksarkivet.

En fordel med det nye IT systemet er at det er lettere å hente frem gamle saker som oppfyller visse forhåndsregistrerte opplysninger. Dette har medført at eksterne forskere har fått tilgang til kommisjonens arkiv for å studere enkelte typer erklæringer nærmere. Dette har foreløpig kun skjedd i psykiatrisk gruppe. Psykiatere har foretatt studier av rettspsykiatriske erklæringer vedrørende bevissthetsforstyrrelser og det er gjort en studie med sammenligning mellom rettspsykiatriske erklæringer og foreløpige erklæringer. En jusstudent har arbeidet med en hovedoppgave om rettspsykiatrisk sakkyndighet som bevismiddel i straffesaker. Det er kun i kommisjonen at det finnes en fullstendig oversikt over avgitte rettspsykiatriske erklæringer, når det gjelder andre rettsmedisinske områder vil arkivene ved de rettsmedisinske instituttene, Folkehelseinstituttet mv være mer nærliggende utgangspunkt for prosjekter. Sekretariatet er velvillig innstilt på å hjelpe forskere, men det er Justisdepartementet som gir tillatelse til innsyn etter innstilling fra kommisjonen.

Justissekretariatene har arbeidet med en hjemmeside på internett. Denne er nå oppe og går, og der har kommisjonen også lagt ut ulik informasjon. Se www.justissekretariatene.no. Her vil man også finne informasjon om et register over sakkyndige som er brukt i straffesaker. Registeret er utarbeidet av sekretariatet og vil forhåpentligvis gjøre det lettere for rekvirenter av rettsmedisinske tjenester å komme i kontakt med kvalifiserte sakkyndige.

Aktiviteter utgått fra kommisjonens leder.

Det er nå etablert et eget arkiv for kommisjonens saker som ikke omhandler enkeltuttalelser fra sakkyndige som er arkivert særskilt. Tidligere var disse sakene integrert i Justisdepartementets generell arkiv, og det var vanskelig å få oversikt over hva kommisjonen tidligere har arbeidet med. Fra 2004 ut 2006 er det registrert 119 større og mindre saker.

Kommisjonen har hatt fortløpende kontakt med Justisdepartementet om ulike saker. Det har også vært ad hoc kontakt med riksadvokaten og andre naturlige samarbeidspartnere.

I henhold til forskriftene har kommisjonens leder sammen med professor Olav Anton Haugen og tidligere tingrettsdommer, nå leder av domstoladministrasjonen, Tor Langbach utarbeidet en plan for et 2 x 3 dagers kurs for rettsmedisinere i strafferett og straffeprosess. Dette er avholdt hvert år siden 2004, og til om med 2006 har ca 100 rettsmedisinske sakkyndige gjennomgått kurset. Dette er et ledd i den såkalte ABC-modellen som er beskrevet i NOU 2001:12. A-kompetanse er den formelle kompetanse en sakkyndig har i forbindelse med sin profesjonsutdannelse, for eksempel en spesialistutdannelse i psykiatri eller embetseksamen i odontologi eller biokjemi. B-kompetansen gir en overbygning om juridiske og spesielt strafferettslige problemstillinger, mens C-kompetanse vil være ulike spisskompetanser utgått fra fagmiljøene. Det kan være en doktoravhandling om et rettsmedisinsk tema, utenlandsk spesialistgodkjenning i rettsmedisin, deltagelse på utdannelsesprogram i strafferettspsykiatri eller et program om vurdering av voldsofre, voksne og barn. Vi mener at dette vil gjøre det lettere for rekvirenter å forholde seg til sakkyndiges ulike kompetanse.

Kommisjonens leder har hatt en omfattende undervisningsvirksomhet i forhold til domstoler, påtalemyndigheten, andre juridiske grupper, Kriminalomsorgens utdannelsescenter og ved

ulike seminarer og møter for medisinerere. Hun har også vært møtedeltager i ulike faglige sammenheng.

Kommisjonen har tatt opp med Justisdepartementet behovet for forskrifter til straffeprosessloven § 147 som foreslått i NOU 2001:12. Et forslag om hvorledes slike forskrifter kan utformes, er oversendt departementet.

Kommisjonen har tatt initiativ til, og utarbeidet sammen med ulike relevante aktører, veileder for "Etterforskning og medisinsk utredning i straffesaker der siktede kan ha vært bevisstløs på handlingstiden" og "Veileder for behandlere som skal dokumentere skader som kan ha strafferettslige konsekvenser"

Kommisjonen har vært høringsinstans i ulike saker:

NOU 2002: 4, Ny straffelov, Straffelovkommisjonens delutredning VII

For 2003-03-14 nr 294: Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon

NOU 2005: 19 Lov om DNA-register til bruk i strafferettspleien

Rapport 12.oktober 2005 til samferdselsdepartementet: Forslag til tiltak mot kjøring av motorvogn under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol

NOU 2006:9 Kvalitetssikring av sakkyndiges rapporter i barnevernssaker

Rapport 16.mai 2006 til helse- og omsorgsministeren: Varsom, nøyaktig og objektiv – krav til attester og erklæringer fra helsepersonell, rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt av helse- og omsorgsministeren for å vurdere bruk av sakkyndig helsepersonell innen justissektoren

Rapport 29.september 2006 til politidirektøren: Oppfølging av NOU 2005:19 Lov om DNA-register til bruk i strafferettspleien, Organisering og finansiering.

Alminnelig gruppe

Rapporten fra Den rettsmedisinske kommisjon, Alminnelig gruppe omfatter alle saker som er mottatt og behandlet fra 2002-2006.

Registreringen skjer på bakgrunn av tidspunktet for mottatt rapport, og reflekterer ikke uten videre tidspunktet for når dødsfallet inntraff eller når andre handlinger skjedde og som har foranlediget undersøkelsen. Det vil derfor være flere avvik i våre oversikter i forhold til annen offentlig statistikk i samme tidsrom.

Oversikt over erklæringer

Den Rettsmedisinske kommisjon, Alminnelig gruppe registrerte i perioden 2002-2006 i alt 10310 saksnummer. Dette dreier seg for en stor del om sakkyndigrapporter vedrørende "unaturlige dødsfall", der politiet står som rekvirent av sakkyndige likundersøkelse. Kliniske rettsmedisinske erklæringer omfatter seksuelle overgrep hos barn og voksne, samt kliniske undersøkelser av fornærmede eller siktede ved andre voldshandlinger.

Tab 1: Utviklingen av saker innen de ulike fagområder

| SAKKYNDIGRAPPORTER TIL ALMINNELIG GRUPPE | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Fagområde/År | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| Rettspatologi | 1537 | 1883 | 1905 | 1819 | 1634 |
| Klinisk rettsmedisin | 136 | 230 | 307 | 416 | 408 |
| Rettsodontologi | - | 13 | - | 1 | 2 |
| Rettsantropologi | - | 2 | 3 | 5 | 2 |
| Annet rettsmedisinsk område* | - | - | - | 15 | 14 |
| I ALT | 1637 | 2128 | 2215 | 2256 | 2060 |

- Omfatter åstedsrapporter mv

Rettsmedisinske obduksjoner utgjør en betydelig andel (ca. 40 %) av det totale antall obduksjoner utført i Norge hvert år. Det har vært en tydelig nedgang i antall rettspatologiske rapporter de siste årene. Dette gjenspeiler trolig at politiet har en mer restriktiv praksis når det gjelder begjæring om sakkyndig likundersøkelse. Forskjellen mellom de ulike politidistriktene for rekvirering av rettsmedisinske undersøkelser er også betydelig (kfr tab2).

Antall sakkyndigerklæringer som dreier seg om klinisk rettsmedisin har derimot vist en klar stigning år for år. De fleste rapportene (85 %) dreier seg om seksuelle overgrep, de øvrige representerer kliniske undersøkelser av ulike skader etter påført vold. Sett i relasjon til det betydelig antall anmeldte tilfeller av voldskriminalitet, er antall erklæringer likevel meget lavt. Det er ukjent hvor mange voldsofre som blir fremstilt for lege etter begjæring av påtalemyndigheten, men det er grunn til å anta at en stor andel av de legeerklæringer som brukes i etterforskning og som fremlegges i retten ikke blir innsendt og behandlet av DRK og er unndratt kvalitetssikring.

Tabell 2 viser en oversikt med geografisk fordeling av 2002-2006-sakene etter fylke. Det gjøres oppmerksom på at noen politidistrikt ligger i mer enn ett fylke. Midtre Hålogaland omfatter deler av Troms og Nordland, her er sakene registrert på Troms. Haugeland og Sunnhordland

omfatter deler av Rogaland og Hordaland og er registrert på Rogaland, mens Agder politidistrikt nå omfatter begge Agderfylkene som derfor er slått sammen i fylkesoversikten.

Tabell 2: Fylkesvis oversikt over sakkyndigrapporter i perioden 2002-2006

| Fylke mv | Rettspatologi | | Klinisk rettsmedisin | | Andre rettsmedisinske områder | I ALT | Innbyggere i Norge i 2004 |
|------------------|---------------|----------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|---------------------------|
| | antall | obd. pr 100.000 innbygg/år | totalt | antall rapporter i perioden | | | |
| Finnmark | 108 | 30 | 18 | 1 | | 127 | 73.271 |
| Troms | 353 | 46 | 61 | 1 | | 415 | 152.628 |
| Nordland | 231 | 19 | 76 | 1 | | 308 | 237.057 |
| Nord-Trøndelag | 118 | 19 | 28 | 6 | | 152 | 127.973 |
| Sør-Trøndelag | 423 | 21 | 212 | - | | 635 | 270.266 |
| Møre og Romsdal | 262 | 21 | 39 | 1 | | 302 | 244.570 |
| Sogn og Fjordane | 104 | 19 | 10 | 2 | | 116 | 107.222 |
| Hordaland | 1700 | 76 | 99 | - | | 1799 | 445.059 |
| Rogaland | 918 | 47 | 32 | 2 | | 952 | 388.848 |
| Agder-fylkene | 167 | 13 | 76 | - | | 243 | 263.501 |
| Vestfold | 236 | 22 | 15 | 3 | | 254 | 219.480 |
| Telemark | 413 | 50 | 111 | 1 | | 525 | 166.124 |
| Buskerud | 446 | 37 | 68 | 3 | | 517 | 242.331 |
| Oppland | 162 | 18 | 16 | - | | 178 | 183.690 |
| Hedmark | 201 | 21 | 18 | 6 | | 225 | 188.326 |
| Akershus | 632 | 26 | 84 | 15 | | 731 | 488.618 |
| Oslo | 1798 | 69 | 511 | 11 | | 2320 | 521.886 |
| Østfold | 459 | 36 | 36 | - | | 495 | 256.668 |
| Svalbard | 13 | - | - | - | | 13 | - |
| Sverige | 2 | - | 1 | - | | 3 | - |
| I ALT | 8746 | 38 | 1511 | 53 | | *10310 | 4.577.457 |

* Omfatter også tilleggsrapporter

Det er en betydelig forskjell mellom de enkelte politidistrikt når det gjelder antall begjærte rettsmedisinske obduksjoner pr. år i forhold til folketallet. I Hordaland utføres årlig 76 obduksjoner/100000, mens det i Agder-fylkene kun er 13/100000. Dette indikerer at det ikke er noen enhetlig nasjonal praksis ved undersøkelse av "unaturlige dødsfall".

Det er også tydelig at det er store geografiske forskjeller og ulike rutiner når det gjelder kliniske rettsmedisinske undersøkelser og rapportering til DRK.

Dødsfallene

Tabell 3 viser en oversikt over sakkyndige likundersøkelser fordelt etter døds måten. Rettsmedisinere og patologer som foretar sakkyndige undersøkelser sender alltid kopi av sine rapporter til DRK, og tallene gjenspeiler derfor sikkert antall sakkyndige likundersøkelser som er utført i perioden, men avviker på flere punkter med annen offentlig statistikk.

DØDSFALL ETTER DØDSMÅTE I PERIODEN 2002-2006

| Antall | % | | | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| År | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | | |
| Drap | 29 | 48 | 40 | 31 | 37 | 185 | 2,2 |
| Selvmord | 198 | 237 | 326 | 328 | 323 | 1412 | 16,3 |
| Ulykke | 322 | 384 | 500 | 406 | 270 | 1882 | 21,7 |
| Forgiftning**** | 308 | 394 | 289 | 288 | 352 | 1631 | 18,8 |
| Naturlig død | 421 | 640 | 536 | 587 | 528 | 2712 | 31,3 |
| Ukjent årsak/døds måte | 244 | 80 | *214 | **179 | ***124 | 841 | 9,7 |
| I Alt | 1522 | 1783 | 1905 | 1819 | 1634 | 8663 | 100,0 |

* Omfatter 125 likskuer.

**Omfatter 82 likskuer.

***Omfatter 62 likskuer.

**** Ulykker og/eller selvmord ved forgiftning.

Antall rapporter vedrørende drap er gjennomgående lavt og varierer lite fra år til år. Også antall selvmord har vært forholdsvis konstant de siste årene, mens forskjellige ulykker viser større svingninger fra år til år. Forgiftninger omfatter i tabellen både forgiftning ved ulykke og selvmord, siden det kan være meget vanskelig å skille disse kategoriene fra hverandre, ikke minst gjelder det «heroin dødsfall», men også andre dødsfall med legale medikamenter. Omkring 1/3 av alle «unaturlige dødsfall» skyldes naturlige årsaker. Den forholdsvis høye andel av dødsfall uten påvist dødsårsak skyldes for en stor del at likskuer ikke er en egnet metode for å påvise dødsårsak.

Dødsfall etter omstendighetene

Tabell 4: Dødsfall etter omstendighetene (ble først registrert fra 2003)

| DØDSFALL ETTER OMSTENDIGHETENE I PERIODEN 2003-2006 | |
|--|---------------|
| Omstendigheter | Antall |
| Død på bopel | 3765 |
| "Sykehusdødsfall" | 499 |
| Spedbarnsdødsfall (SIDS) | 65 |
| Dødsfall i fengsel/arrest | 30 |
| Trafikkulykker | 561 |
| Arbeidsulykker | 88 |
| Fiyulykker | 7 |
| Andre omstendigheter | 2126 |
| I ALT | 7141 |

De fleste dødsfall (52 %) i perioden 2003-06 inntraff på avdødes bopel og skyldtes naturlige årsaker (42 %), selvmord (18 %), ulykker som følge av forgiftning med illegale eller legale medikamenter, alkohol, kullosforgiftning ved branner og fallskader.

Det ble meldt i alt 499 tilfeller av «unaturlig dødsfall» ved sykehus og andre helseinstitusjoner. Dette omfatter både dødsfall som skyldes naturlig årsak, selvmord, komplikasjoner til diagnostiske prosedyrer eller behandling, fallulykker og forgiftninger. Det ble registrert 82 selvmord som fordelte seg likt for pasienter innlagt i psykiatriske institusjoner og somatiske sykehus. I 2005 ble det til Helsetilsynet meldt 52 tilfeller av selvpåført skade som førte til døden (www.helsetilsynet.no). Det er derfor grunn til å anta at flere tilfeller av «unaturlige dødsfall» i sykehus enten ikke meldes til politiet, eller at politiet ikke rekvirerer rettsmedisinsk undersøkelse i alle tilfeller.

Antall sakkyndige likundersøkelser ved trafikkulykker er lavt i forhold til det totale antall omkomne. Selv om tallene fra DRK og Statistisk sentralbyrå (<http://statbank.ssb.no>) ikke er direkte sammenlignbare år for år, er det likevel sannsynlig at bare omkring 60 % av alle trafikkofre blir obdusert etter begjæring fra politiet. Lignende betraktninger gjelder også for arbeidsulykkene.

I perioden 2003-06 ble det registrert i alt 30 dødsfall i fengsel/arrest. Av disse skyldtes fem naturlige årsaker, fem var ulykker, 19 var selvmord og ett tilfelle var drap.

Antall tilfeller av plutselig uventet spedbarnsdød (SIDS) er relativt lavt og varierer lite fra år til år.

Selvmord

Tabellen viser en oversikt av selvmord for 2003-06. Det er usikkerhet knyttet til antall selvmord ved forgiftning med legemidler, narkotika og alkohol. Fordelingen av selvmordsmodi har ikke endret seg vesentlig i perioden.

| SELVMORD I PERIODEN 2003-2006 | M | K | I ALT |
|---|------------|------------|--------------|
| Kvelning* | 327 | 133 | 460 |
| Forgiftning m/legemidler /narkotika/alkohol | 223 | 170 | 393 |
| Kullosforgiftning (eksosforgiftning) | 38 | 5 | 43 |
| Skuddskader | 173 | 5 | 178 |
| Stumpvoldsskader | 87 | 44 | 131 |
| Skarpvoldsskader | 27 | 11 | 38 |
| Drukning | 54 | 48 | 102 |
| Sprengning | 3 | - | 3 |
| Annet | 3 | 4 | 7 |
| I ALT | 935 | 420 | 1355 |

* Gjelder hovedsakelig kvelning ved hengning.

Undersøkelser i sedelighetssaker

Fra 2002-2006 har det vært en jevn økning i antall rapporter som gjelder undersøkelser i sedelighetssaker. Nærmere informasjon om disse sakene ble først registrert i 2003. Det dreier seg i mange tilfeller om sporskringsdokumenter med skadebeskrivelser og vurdering innsendt fra etablerte voldtekstmottak, hovedsakelig fra Oslo og Trondheim, men etter hvert også fra andre byer. Antall sakkyndigerklæringer ved mistenkt seksuelt overgrep hos barn har igjen økt og utgjør nå ca 42 % av alle erklæringer, de fleste hos pikebarn (85 %). Flertallet av disse erklæringene kommer fra Sør-Trøndelag, Oslo og Hordaland der det er spesialkompetanse for vurdering av seksuelle overgrep hos barn. Fra de nordligste fylkene er det meget få rapporter.

Tabell 6: Undersøkelser i sedelighetssaker

| UNDERSØKELSER I SEDELIGHETSSAKER | | | | |
|----------------------------------|------|------|------|------|
| År | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| I alt | 178 | 215 | 266 | 264 |

| UNDERSØKELSER I SEDELIGHETSSAKER I PERIODEN 2003-2006 | | |
|---|--------|---------|
| Status | <16 år | ≥ 16 år |
| Mistenkt | 4 | 30 |
| Fornærmet | 391 | 532 |

| UNDERSØKELSER AV FORNÆRMET I SEDELIGHETSSAKER I PERIODEN 2003-2006 FORDELT PÅ KVINNER OG MENN | | |
|--|---------|---------|
| | < 16 år | ≥ 16 år |
| Kvinner | 331 | 504 |
| Menn | 60 | 28 |
| I alt | 391 | 532 |

Andre undersøkelser

Kliniske rettsmedisinske undersøkelser blir nå i større grad enn tidligere utført av rettsmedisinere. Det gjelder både for vurdering av nylig påførte skader hos fornærmede og undersøkelse av antatt gjerningsmann. DRK får rutinemessig kopi av slike erklæringer, mens undersøkelser foretatt av klinikere ellers bare unntaksvis sendes til DRK for vurdering.

Odontologiske undersøkelser foretas i mange tilfeller der identitet er ukjent, spesielt i forbindelse med likundersøkelser. Tannleger rapporten som del av identifikasjonsprosedyrene, følger obduksjonsrapporten og behandles ikke som et selvstendig dokument av DRK og vil derfor heller ikke fremkomme i tabellverket (tabell 1).

Kommisjonens kontrollfunksjon

Etter bestemmelsene i Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon, fastsatt ved kgl. resolusjon 14. mars 2003, skal Kommisjonen etter paragraf 8 "Gjennomgå innkomne erklæringer og uttalelser som angitt i straffeprosesslovens paragraf 147, tredje ledd. Finner Kommisjonen vesentlige mangler, skal den foruten å gjøre retten eller i tilfelle påtalemyndigheten oppmerksom på det (straffeprosesslovens paragraf 147 tredje ledd), pålegge de sakkyndige å gi tilleggserklæring innen en passende frist".

Alminnelig gruppe er pt. sammensatt av 7 rettsmedisinere og en spesialist i barnesykdommer med særlig kompetanse i seksuelt misbruk av barn, men mangler kompetanse innenfor andre medisinske disipliner. Ved behandling av spesielle saker benyttes derfor eksterne sakkyndige, bl.a. innenfor fagområdene intensiv-medisin, fødselshjelp, nevrologi, kirurgi oa. Det er vanligvis ingen problemer med å finne kompetente og villige kolleger som kan bistå kommisjonen ved behov.

Ved alle «sykehusdødsfall» som kommisjonen behandler blir de sakkyndige anmodet om å sende kopi av rapporten til Helsetilsynet i fylkene, i forståelse med Riksadvokaten og Statens helsetilsyn.

Alminnelig gruppe har hatt bemerkninger til ca 14 % av erklæringene. De fleste var uten vesentlige betydning for konklusjonen og helhetsvurderingen. Bemerkningene var dels av rent pedagogisk karakter, og gikk på form, språkdrakt og lesbarhet av rapporten. I noen saker (250) ble de sakkyndige anmodet/pålagt å skrive en tilleggserklæring eller omarbeide erklæringen i tråd med kommisjonens anmerkninger. Gjennomgående var det en positiv respons fra de sakkyndiges side som vanligvis etterkom kommisjonens bemerkninger.

| BEHANDLINGSTID I PERIODEN 2003-2006 | | |
|-------------------------------------|---------------|--------------|
| Dager | Antall saker | Prosent |
| 1-7 | 85 | 0,8 |
| 8-14 | 1072 | 10,4 |
| 15-21 | 1983 | 19,2 |
| 22-28 | 2422 | 23,4 |
| 29-35 | 1611 | 15,6 |
| 36-42 | 948 | 9,2 |
| 43-49 | 748 | 7,2 |
| 50-56 | 463 | 4,5 |
| 57-63 | 377 | 3,6 |
| 64-70 | 241 | 2,3 |
| 71- | 392 | 3,8 |
| I alt | 10 342 | 100,0 |

Vanligvis vil behandlingstiden i kommisjonen være under 5 uker, men i en del tilfeller kan den bli vesentlig lenger av ulike grunner. Det har de siste årene vært en tendens til at flere saker må "hastebehandles", idet påtalemyndigheten først oversender sakkyndiges erklæring for vurdering kort tid før behandling i retten eller til og med under rettsforhandlingene.

Annet

Faggruppens medlemmer har ellers bidratt ved "B-kurs" for rettsmedisinsk sakkyndige arrangert av DRK og ved utarbeidelse av dokumentasjonsstandard (veileder) for skader og seksuelle overgrep.

Leder og nestleder har minnet norske leger på innsendelsesplikten til DRK i forbindelse med sakkyndigoppdrag (1).

Referanse:

1 Haugen OA, Rogde S: Norske leger og Den rettsmedisinske kommisjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 461-2

Toksikologisk gruppe

Laboratoriemedisin og rettstoksikologi ble før 2003 behandlet i Alminnelig gruppe. Toksikologiske saker utgjorde da rundt halvparten av sakene i Alminnelig gruppe, noe som førte til at man besluttet at det var nødvendig med en deling.

Type lovovertrjedelse

I årene etter 2002 har de rettstoksikologiske sakene i vesentlig vært sakkyndige uttalelser i vegtrafikksaker (95 % eller mer). Statistikken fra 2002 er noe mangelfull.

Antallet saker

Antallet saker per år har variert fra 1676 i 2003 til 2657 i 2004. Dette tilsvarer hhv 37 og 58 saker per 100 000 innbyggere, en forskjell på 56 %. Det har vært en til dels stor variasjon den fylkesvise fordelingen i antallet saker. Det er en tildels betydelig variasjon i den fylkesvise bruken av rettstoksikologiske undersøkelser. Det er grunn til å tro at økonomiske prioriteringer kan spille en vesentlig rolle for denne variasjonen..

Sakene registreres primært etter politidistrikt, slik at noen saker derfor kan bli registrert i "feil" fylke. Inndelingen har imidlertid vært den samme i flere år.

Tabell 1

Fylkesvis fordeling av sakkyndige rapporter 2002 – 2006

| Fylke | Sakkyndigrapporter i alt | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | |
| | Antall | pr 100 000 | Antall | pr 100 000 | Antall | pr 100 000 | Antall | pr 100 000 | Antall | pr 100 000 |
| Finnmark | 10 | 13 | 19 | 26 | 38 | 52 | 25 | 38 | 35 | 48 |
| Troms | 47 | 31 | 41 | 27 | 70 | 46 | 87 | 58 | 79 | 51 |
| Nordland | 51 | 21 | 60 | 25 | 50 | 21 | 64 | 28 | 54 | 23 |
| Nord-Trøndelag | 18 | 14 | 32 | 25 | 35 | 27 | 30 | 25 | 28 | 22 |
| Sør-Trøndelag | 59 | 22 | 35 | 13 | 66 | 24 | 64 | 24 | 60 | 22 |
| Møre og Romsdal | 52 | 21 | 37 | 15 | 78 | 32 | 93 | 39 | 80 | 33 |
| Sogn og Fjordane | 20 | 19 | 18 | 17 | 24 | 22 | 25 | 25 | 20 | 19 |
| Hordaland | 186 | 43 | 150 | 34 | 269 | 60 | 265 | 60 | 191 | 42 |
| Rogaland | 202 | 54 | 206 | 53 | 271 | 69 | 318 | 82 | 298 | 74 |
| Agderfylkene | 172 | 49 | 137 | 52 | 197 | 74 | 175 | 67 | 174 | 65 |
| Vestfold | 130 | 61 | 112 | 51 | 206 | 124 | 162 | 74 | 150 | 67 |
| Telemark | 57 | 35 | 57 | 34 | 132 | 60 | 107 | 67 | 108 | 65 |
| Buskerud | 109 | 46 | 108 | 45 | 178 | 73 | 191 | 80 | 125 | 50 |
| Oppland | 51 | 28 | 42 | 23 | 77 | 42 | 48 | 27 | 55 | 30 |
| Hedmark | 54 | 29 | 70 | 37 | 80 | 43 | 78 | 43 | 59 | 31 |
| Akershus | 220 | 47 | 218 | 45 | 401 | 76 | 327 | 67 | 316 | 62 |
| Oslo | 285 | 56 | 232 | 44 | 356 | 72 | 291 | 56 | 266 | 48 |
| Østfold | 89 | 36 | 101 | 39 | 130 | 50 | 167 | 67 | 158 | 60 |
| Svalbard | 1 | | 3 | | | | 2 | | 1 | |
| Andre | | | 1 | | | | 2 | | 5 | |
| Totalt | 1813 | 40 | 1679 | 37 | 2658 | 58 | 2521 | 55 | 2262 | 48 |

Sett samlet over femårsperioden har flest saker (justert for befolkningen) kommet fra Vestfold, Agderfylkene, Rogaland og Hordaland. Færrest saker har kommet fra Sogn og Fjordane, Sør- og Nord-Trøndelag. Variasjonen i antallet saker er ganske stor fra år til år for de fylkene det kommer flest saker fra. De siste årene har antallet saker vært rimelig stabilt på rundt 20 saker / 100 000 innbyggere fra de fylkene det kommer færrest saker fra.

Behandlingstid

I 2003 var median behandlingstid 3-4 uker og 97 % av sakene var ferdigbehandlet i løpet av 9 uker. Fra 2004 har median behandlingstid vært rundt 3 uker og 98-99 % av sakene har vært ferdigbehandlete i løpet av 7 uker. Dette må ansees som tilfredsstillende

Bemerkninger til de sakkyndige uttalelsene

Kommisjonen har gjennom de fem siste årene hatt vesentlige bemerkninger til ca 10 % av de sakkyndige rettstoksikologiske uttalelsene.

Den rettstoksikologiske virksomheten

Det er en tildels betydelig variasjon i den fylkesvise bruken av rettstoksikologiske undersøkelser. Det er grunn til å tro at økonomiske prioriteringer kan spille en vesentlig rolle for denne variasjonen.

Hoveddelen av sakene er vegtrafikksaker der det er påvist rusmidler og/eller potensielt trafikkfarlige medikamenter. Det blir også behandlet et mindre antall alkoholsaker der det gjøres tilbakeregning av blodalkoholkonsentrasjon til et evt. kjøretidspunkt. Slike beregninger gjøres nesten utelukkende når det foreligger blodprøvesvar. Tilbakeregning gjøres fortrinnsvis ikke med utgangspunkt i prøver tatt i ekspirasjonsluft.

Når det gjelder rusmidler og potensielt trafikkfarlige medikamenter har man ikke lovbestemte grenser som utløser en straffereaksjon på samme måte som for alkohol. Straffeutmålingen blir dermed i større grad basert på en skjønnsmessig vurdering av i hvor stor grad de påviste rusmidlene og/eller medikamentene kan ha påvirket evnen til å kjøre motorkjøretøy. Mandatet i disse sakene ber den sakkyndige om å gi en vurdering av om det foreligger påvirkning og hvor omfattende denne eventuelt er. Den sakkyndige bes samtidig om at påvirkningsgraden sammenlignes med nivå for alkoholpromille, samt at det knyttes en kommentar til eventuell toleranse for bruk av narkotika. Vurderingen av påvirkningsgrad baserer seg på analysefunn, opplysninger om inntak, antatt tidligere bruk av rusmidler og legemidler (toleranse) samt konklusjonen på den kliniske legeundersøkelsen. Påvirkningsgraden blir så skjønnsmessig sammenlignet med den påvirkning man vanligvis ser ved en gitt blodalkoholkonsentrasjon. Den skjønnsmessige sammenligningen med en tilsvarende blodalkoholkonsentrasjon åpner for at man i straffeutmålingen i slike saker kan behandle dem på samme måte som ved kjøring i alkoholpåvirket tilstand, jfr Vegtrafikklovens § 22 og § 31. For enkelte rusmidler og legemidler er det vist at det kan være en sammenheng mellom graden av prestasjonsforringelse, ulykkesrisiko og konsentrasjonen av det aktuelle stoffet i blod. For mange stoffer er denne dokumentasjonen mangelfull. Det er relativt lite undersøkt i hvor stor grad ulike stoffer påvirker hverandres effekt, noe som er en utfordring for fremtidig forskning på området.

Den sakkyndiges oppgave vil være å vurdere de aktuelle analysefunn og saksopplysninger i enkeltsaken, sammen med det eksisterende kunnskapsgrunnlag for å gi oppdragsgiveren en

vurdering av sannsynligheten for påvirkning og påvirkningsgraden i relasjon til sannsynligheten for påvirkning ved gitte blodalkoholkonsentrasjoner.

Gruppen har regelmessige møter der man i tillegg til en gjennomgang av gruppens arbeid også går gjennom den vitenskapelige dokumentasjonen rundt de trafikkfarlige effektene av rusmidler og medikamenter, herunder også hvorledes dette skjønnsmessige kan sammenlignes med en tilsvarende blodalkoholkonsentrasjon. Dette er nødvendig for at man skal få en korrekt og rettferdig behandling av sakene i tråd med den viten man til enhver tid har på området. Gruppens medlemmer deltar også på nasjonale og internasjonale møter og konferanser der disse sakene diskuteres.

I toksikologiske som i andre saker, er det viktig at rekvirenten gir utfyllende opplysninger om hvilke forutsetninger som skal legges til grunn for den sakkyndige uttalelsen. Disse bør hentes fra opplysningene som har kommet fram under etterforskningen av saken. I dag er den sakkyndiges mandat svært ofte upresist. Det blir da opp til den sakkyndige å velge premissene (for eksempel hva som er inntatt og når, evt. sykdommer og medisinsk behandling), noe kommisjonen finner uheldig. Man har gjentatt ganger overfor påtalemyndigheten etterlyst at de sakkyndige forholdes til et mer utfyllende og presist mandat i de rettstoksikologiske sakene. Til nå ser det ikke ut til at denne oppfordringen har gitt noen vesentlig bedring.

Arbeidsmengden for de enkelte medlemmene i gruppen har vært til dels betydelig og man har på grunn av dette øket antallet medlemmer med toksikologisk spisskompetanse.

Genetisk gruppe

I 2002 ble genetiske saker behandlet i Alminnelig gruppe. Etter delingen av Alminnelig gruppe i 2003, behandlet Laboratorieteknisk gruppe saker innen to hovedområder: retts toksikologi og rettsgenetikk.

Type lovovertrædelse

Fra 2002 har de rettsgenetiske sakene i vesentlig vært sakkyndige uttalelser i forbindelse med overtrædelser av straffeloven (stort sett volds- og vinningskriminalitet), sedelighetsforbrytelser (hovedsakelig voldtektssaker) og narkotikasaker.

Antall saker

De aller fleste sakene er sakkyndigrapporter fra Rettsmedisinsk Institutt i Oslo (RMI). Antallet ferdigbehandlede saker per år økte betydelig fra 136 i 2002 til 1886 i 2005, mens det i 2006 kun var 643. Dette tilsvarer hhv 3 og 41 per 100 000 innbyggere i henholdsvis 2002 og 2005

En god del saker har vært kun beskrivelse av DNA-funn (for eksempel analyser av spor) eller en beskrivelse av negative funn. Da rapporten i disse sakene var enkle analyserapporter uten innslag av sakkyndig skjønnsutøvelse i vurdering av analyseresultatet, fikk de i de første årene i perioden forenklet behandling ved gruppens leder. Fra midten av 2005 fikk Rettsmedisinsk institutt beskjed om at disse rapportene ikke skulle sendes inn, noe som man forventet skulle føre til at antallet saker ble redusert. Dette ble imidlertid ikke fulgt opp, og det resulterte i at mange saker fra 2006 ble sortert bort av kommisjonen i stedet for å bli gitt en forenklet behandling. Dette forklarer også det reduserte antall saker i 2006.

Det har vært en til dels stor variasjon den fylkesvise fordelingen i antallet saker. Det er grunn til å tro at økonomiske prioriteringer kan ha vært av vesentlig betydning. Sakene registreres primært etter politidistrikt, slik at noen saker derfor kan bli registrert i "feil" fylke. Inndelingen har imidlertid vært den samme i flere år. RMI utfører også rettsgenetiske saker for Island.

Sett samlet over perioden har flest saker (justert for befolkningen) kommet fra Oslo og Hordaland. Færrest saker har kommet fra Agderfylkene og Oppland. Variasjonen i antallet saker er ganske stor fra år til år i alle fylker.

Tabell 1

Fylkesvis fordeling av sakkyndige rapporter 2002 – 2006

| Fylke | Sakkyndigrapporter i alt | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|---------------|------------|
| | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | |
| | Antall | pr 100 000 | Antall | pr 100 000 | Antall | pr 100 000 | Antall | pr 100 000 | Antall | pr 100 000 |
| Finnmark | 3 | 4 | 10 | 14 | 23 | 31 | 21 | 30 | 11 | 15 |
| Troms | 3 | 2 | 26 | 17 | 111 | 73 | 101 | 67 | 19 | 12 |
| Nordland | 8 | 3 | 11 | 5 | 38 | 16 | 58 | 25 | 18 | 8 |
| Nord-Trøndelag | 6 | 5 | 5 | 4 | 19 | 15 | 14 | 12 | 10 | 8 |
| Sør-Trøndelag | 26 | 10 | 17 | 6 | 61 | 22 | 73 | 27 | 31 | 11 |
| Møre og Romsdal | 6 | 2 | 10 | 4 | 64 | 26 | 68 | 28 | 14 | 6 |
| Sogn og Fjordane | 0 | 0 | 3 | 3 | 14 | 13 | 22 | 22 | 10 | 9 |
| Hordaland | 15 | 3 | 36 | 8 | 308 | 69 | 385 | 88 | 70 | 15 |
| Rogaland | 4 | 1 | 69 | 18 | 182 | 46 | 190 | 49 | 56 | 14 |
| Agderfylkene | 7 | 3 | 11 | 4 | 40 | 15 | 48 | 18 | 7 | 3 |
| Vestfold | 3 | 1 | 20 | 9 | 27 | 16 | 50 | 23 | 24 | 11 |
| Telemark | 1 | 1 | 15 | 9 | 78 | 35 | 89 | 56 | 23 | 14 |
| Buskerud | 5 | 2 | 17 | 7 | 55 | 23 | 52 | 22 | 23 | 9 |
| Oppland | 5 | 3 | 6 | 3 | 15 | 8 | 28 | 16 | 10 | 5 |
| Hedmark | 1 | 1 | 26 | 14 | 74 | 39 | 59 | 33 | 13 | 7 |
| Akershus | 5 | 1 | 40 | 8 | 150 | 28 | 154 | 31 | 54 | 11 |
| Oslo | 36 | 7 | 160 | 31 | 312 | 63 | 335 | 64 | 203 | 37 |
| Østfold | 2 | 1 | 28 | 11 | 144 | 44 | 122 | 49 | 36 | 14 |
| Svalbard | 0 | | | | 2 | | 0 | | | |
| Andre | | | | | 25 | | 17 | | 9 | |
| Island | | | 8 | | | | | | | |
| I ALT | 136 | 3 | 518* | 11 | 1712 | 37 | 1886 | 41 | 643 ** | 14 |

*halve året

** Det er i tillegg 368 saker som ikke er kommet med på fylkefordelingen. Totalt 1011 saker er likevel vesentlig færre enn foregående år. Forklaringen er for en stor del at enkle saker er sortert bort og ikke behandlet.

Behandlingstid

Fra 2002 har man ingen oversikt over behandlingstiden. I 2003 var median behandlingstid om lag 5 uker og praktisk talt alle saker var ferdigbehandlet i løpet av 10 uker. I 2003 og 2004 ble 30 % og 37 % av sakene underlagt forenklet behandling av kun ett av kommisjonens medlemmer. Dette var saker der det var liten grad av sakkyndig skjønn (for eksempel der det var helt sammenfallende DNA-profiler). Behandlingstiden i disse sakene var kort (i løpet av 1 uke). I 2004 var median behandlingstid for de resterende sakene 3-4 uker, mens dette i 2005 var øket til 10 uker. I 2006 hadde pratisk talt alle saker en behandlingstid på mer enn tre måneder. Dette er langt fra tilfredsstillende, men er sannsynligvis et forbigående problem. Den økende behandlingstiden fra 2005 har delvis vært på grunn av noe uregelmessige innsendingsrutiner fra RMI, men også fordi behandlingstiden i kommisjonen har vært svært lang. Noe av årsaken til disse problemene har vært på grunn av utbytting av personene med genetisk kompetanse i Laboratorieteknisk gruppe. I 2006 ble professor Bjørnar Olaissen som er genetiker, etter eget ønske ikke gjenoppnevnt til kommisjonen. Den nye lederen, professor Rygnestad, som er

farmakolog, ferdigbehandlet saker etter at genetikere hadde sett på dem. Det ble imidlertid et betydelig etterslep dette året.

Etter at lederen av Laboratorieteknisk gruppe trakk seg hadde man fra 2006 behov for å utvide gruppen. Departementet valgte å oppnevne flere nye medlemmer med betydelig erfaring innen genetik, men med behov for skoling innen rettsgenetik. Det ble holdt faglige seminarer og det ble foretatt studiebesøk ved Rettsmedisinsk institutt og Rettsgenetisk Institut i København. Tiden etter utvidelsen av gruppen var preget av lang saksbehandlingstid som var delvis begrunnet i at kommisjonsarbeidet kom i tillegg til en ellers travel hverdag og at mye av tiden ble brukt til oppdatering på det rettsgenetiske området for nye medlemmer.

Bemerkninger til de sakkyndige uttalelsene

Kommisjonen har gjennom de fem siste årene hatt bemerkninger til ca 1 % av de sakkyndige rettsgenetiske uttalelsene. Omtrent halvparten av dette har vært vesentlige bemerkninger. Saker innkommet i 2006 og som er behandlet av de nye medlemmene, har en noe høyere andel bemerkninger.

Utredning av fremtidig organisasjon

I forbindelse med oppnevning av kommisjonen i 2006, var det foreslått at laboratoriegruppen skulle deles i to, en genetisk gruppe og en toksikologisk gruppe. Rasjonalet var at de to fagene krever ulik kompetanse, og at saksmengden var blitt stor og derfor også måtte fordeles på flere personer. Justisdepartementet ønsket en egen utredning om dette.

Gruppen utredet spørsmålet og gikk inn for en slik løsning. Departementet fulgte denne anbefaling, og splittet gruppen til en ren genetisk og en ren toksikologisk gruppe fra 01.01.2007.

Psykiatrisk gruppe

Statistikk

Antall saker

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Antall saker | 567 | 466 | 383 | 502 | 464 |
| Rettspsykiatrisk erklæring | 493 | 364 | 276 | 351 | 324 |
| Tilleggserklæring | 29* | 52 | 68 | 90 | 67 |
| Undersøkelse av fornærmede | 2 | 11 | 10 | 11 | 19 |
| Barneobservasjon | 10 | 9 | 11 | 26 | 12 |
| Foreløpig erklæring | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| Nevropsykologisk erklæring | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | | | |
| Annet ** | 26 | 26 | 27 | 22 | 27 |
| Ikke oppgitt | 26 | 4 | 1 | 2 | 1 |

* dette tallet er usikkert pga sviktende registreringsrutiner i 2002.

** dette dreier seg om ulike saker som det ikke har vært egne kategorier for. Vi oppretter nye kategorier når vi erfarer at nye saksområder kommer til.

Antall saker i psykiatrisk gruppe har variert en del fra år til år. Som forventet var det en økning i 2002 da mange tidligere sikringssaker ble tatt opp igjen som konverteringssaker i forhold til de særreaksjonene.

Tilleggserklæringer har også variert i antall. Det kan være at kommisjonen ikke har vært helt klar i våre brev om vi forventer en tilleggserklæring eller ikke. Dette ønsker vi å forbedre. Kommisjonen har en del kommentarer som vi mener ikke nødvendiggjør tilleggserklæring, men som er en informasjon til retten. Vi har hatt en kontinuerlig prosess om hvorledes dette best kan formuleres.

Undersøkelse av fornærmede gjelder voksne og ungdom som har fremmet et borgerlig rettskrav og hvor det i den forbindelse har vært påstått psykiske skadefølger. Her har antall saker vært stigende. Om dette er pga reell økning av slike saker, eller pga bedre kjennskap til innsendelsesplikten, vet vi ikke. Vi antar at et slikt krav også forekommer i mange saker der kravet dokumenteres ved uttalelse fra behandler. Slike uttalelser skal ikke forelegges kommisjonen, da dette ikke er sakkyndiguttalelser. Vi ser at de erklæringene vi mottar ofte har en uheldig form og vi arbeider med hvordan man i fagfeltet skal få en klarere forståelse for hvordan slike utredninger bør bygges opp. Det er ofte psykologer som ikke har særlig erfaring som sakkyndige i straffesaker som blir bedt om slike utredninger.

Barneobservasjon er de sakene der en barnepsykolog eller barnepsykiater har gjennomført en lekeobservasjon av små barn hvor det er en mistanke om at vedkommende kan ha vært utsatt for overgrep. Også slike erklæringer antar vi ikke blir sent inn i alle tilfeller. Det er påfallende at det er få fylker vi mottar slike saker fra. Vi vil for øvrig bemerke at disse observasjonene stort sett ikke er egnet til å belyse hvorvidt et overgrep har funnet sted, men kan si noe om hvorvidt barnet ansees skadet i sin generelle psykologiske utvikling.

I 2006 registrerte vi 11 foreløpige erklæringer. Tidligere har vi også fått inn noen slike erklæringer, men disse er da registrert under "annet". De foreløpige erklæringene har vanligvis ikke noe klart mandat. Oppdragsgiver forutsetter at den sakkyndige vet hva som skal utredes. Dette kan være uheldig. Vi er av den oppfatning at foreløpige erklæringer ikke bør bli så omfattende at de brukes i stedet for vanlige, fullstendige rettspsykiatriske vurderinger. Kommisjonen har ved flere anledninger uttalt at dersom den som utfører en foreløpig erklæring blir innkalt som sakkyndig, skal saken sendes oss. For å spare tid, bør den som innkaller den sakkyndige snarest sende kopi av erklæringen til kommisjonen, med et følgeskriv om hastegraden.

Nevropsykologiske erklæringer er etter hvert sendt inn som selvstendige undersøkelser og ikke bare vedlegg til rettspsykiatriske erklæringer. De har også kommet inn før 2006, men da kodet som "annet".

Kommisjonens behandling av saker

Kommisjonen har hatt en jevn økning i bemerkninger til saker. Det har variert mellom 22.3 % og 39.6 % av sakene i perioden. På 1980-90 tallet var det bemerkninger til rundt 20 % av uttalelsene. Økningen kommer ikke av at erklæringen er blitt dårligere, men at kravene er blitt høyere.

Kommisjonen har i henhold til anbefalinger i NOU 2001:12 *Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker* (Rognum-utvalget) og de nye straffelovsbestemmelsene ment at det var vår oppgave å endre en del tradisjon innen rettspsykiatrisk virksomhet. Blant annet har vi påpekt habilitetsproblemer, manglende kildeangivelse for siterte/innhentete opplysninger, manglende kvalitetssikring av de kliniske funn (ikke gjentatte undersøkelser), manglende dokumentasjon av de diagnostiske og differensialdiagnostiske vurderinger og manglende dokumentasjon av usikkerhetsmomenter i vurderingen.

Disse kommentarer kommer i tillegg til de kommentarene som klart tilsier tilleggserklæringer, der hvor vi i kommisjonen på grunnlag av den informasjonen som ligger i erklæringen, finner at de rettspsykiatriske konklusjonene er uriktige. Dette kan være fordi de sakkyndige ikke deler kommisjonens vurdering av hvordan de rettspsykiatriske begrepene defineres, men det kan også skyldes at de sakkyndige har vært noe overflattisk i sin saksfremstilling, og bygger vurderingen på informasjon som ikke er kommet klart frem i den skriftlige erklæringen. De sakkyndige blir da stort sett anmodet om å "utdype, eventuelt revurdere" sine rettspsykiatriske vurderinger

I et antall saker ender saksbehandlingen med at kommisjonen fastslår at vi er uenige med de sakkyndige. I noen slike saker er da leder for gruppen innkalt til hovedforhandling for å redegjøre for kommisjonens vurdering. Dette kan dreie seg om rundt 5 saker i året i de senere årene.

Kommisjonen ønsker ikke med våre bemerkninger å undergrave de sakkyndiges autoritet, men påpeke forhold som burde utdypes nærmere. Vi finner det formelt uriktig om vi skulle ta dette opp med de sakkyndige uten at rekvisenten blir gjort kjent med våre observasjoner. Uheldig praksis/lovforståelse som vi ser gjentar seg i flere saker, søker vi å omtale generelt i våre nyhetsbrev.

De fleste uttalelser blir behandlet i løpet av en måned. Det blir også behandlet et økende antall hastesaker som av ulike grunner kommer få dager før hovedforhandling. Vi prøver da å få til en rask saksbehandling ved hjelp av telefax eller e-post.

Saksbehandlingstid

De fleste saker er behandlet innen fire til fem uker. Mediantiden har ligget mellom 16 og 22 dager i de ulike år. Dette finner vi rimelig i og med at det er betydelig tid som går med til postgang. Medlemmene har alltid vært villig til å lese erklæringene, som til dels er meget omfattende, i løpet av en ukes tid etter at de er blitt mottatt.

Mellom fem og ti prosent av sakene har vært behandlet på kortere tid enn en uke. Dette liker vi ikke, det vil si at mange saker har fått haste-behandling pga at erklæringen enten ikke er blitt sendt inn i god tid før hovedforhandling, eller er avgitt først uken før hovedforhandling.

Fylkesfordeling

| Fylke: | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | Sum: | per 100 000 per år | Antall per år 1980-93** |
|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-----------------------|----------------------------|
| Østfold | 25 | 14 | 21 | 17 | 23 | 100 | 7,7 | 6,4 |
| Akershus | 30 | 23 | 18 | 23 | 19 | 113 | 4,5 | 5,4 |
| Oslo | 91 | 59 | 44 | 48 | 54 | 296 | 11,0 | 10,8 |
| Hedmark | 11 | 8 | 7 | 12 | 9 | 47 | 5,0 | 5,4 |
| Oppland | 14 | 9 | 3 | 12 | 4 | 42 | 4,6 | 2,7 |
| Buskerud | 29 | 12 | 8 | 12 | 14 | 75 | 6,1 | 7,2 |
| Vestfold | 10 | 18 | 10 | 11 | 12 | 61 | 5,5 | 7,3 |
| Telemark | 23 | 13 | 9 | 8 | 6 | 59 | 7,1 | 7,0 |
| Agderfylkene | 23 | 20 | 18 | 26 | 22 | 109 | 8,2 | 6,7 |
| Rogaland | 53 | 48 | 29 | 25 | 37 | 192 | 9,7 | 5,3 |
| Hordaland | 47 | 30 | 22 | 29 | 24 | 152 | 6,7 | 5,2 |
| Sogn og Fjordane | 4 | 8 | 3 | 5 | 3 | 23 | 4,3 | 3,8 |
| Møre og Romsdal | 18 | 16 | 9 | 26 | 17 | 86 | 7,0 | 6,8 |
| Sør-Trøndelag | 27 | 24 | 10 | 18 | 13 | 92 | 6,7 | 11,6 |
| Nord-Trøndelag | 8 | 9 | 6 | 5 | 7 | 35 | 5,4 | 4,4 |
| Nordland | 48 | 22 | 21 | 26 | 21 | 138 | 11,7 | 7,1 |
| Troms | 31 | 19 | 24 | 31 | 16 | 121 | 15,8 | 4,7 |
| Finnmark | 8 | 10 | 14 | 16 | 14 | 62 | 17,0 | 8,7 |
| Ikke oppgitt | 4 | 2 | 0 | 1 | 9 | 16 | | |
| Totalt | 504 | 364 | 276 | 351 | 324 | 1819 | 8,0 | 6,5 |

* Disse tallene er hentet fra en kartlegging som ble utført av Noreik og Grünfeld for DRK. Man har der beregnet i forhold til innbyggere fra 16-66 år. Det vil si at man ikke helt kan sammenligne gjennomsnittene. De har også tatt utgangspunkt i alle rettspsykiatriske erklæringer, gjennomsnittlig 188 per år i perioden. De eldste tallene inneholder da også tilleggserklæringer og rettspsykiatrisk vurderinger av fornærmede i straffesaker. For årene 2002 til 2006 har man bare tallet hovederklæringer. Disse to ulikhetene i beregninger trekker hver sin vei.

Noreik og Grünfeld laget en oversikt over hvorledes de rettspsykiatriske erklæringene fordelte seg på fylkene i perioden 1980-1993. Vi har nå laget en tilsvarende oversikt og regnet ut frekvensen for avgitte erklæringer per 100 000 innbyggere. Fylket er definert som det fylket domstolen ligger i.

Vi ser at det antall per 100 000 har øket fra 6.5 til 8.0 gjennomsnittlig for hele landet. Vi ser som forventet, at Oslo har mange saker. Dette avspeiler nok storbykriminaliteten. Men Hordaland (Bergen) og Sør-Trøndelag (Trondheim) ligger nå under landsgjennomsnitt. Tidligere toppet Sør-Trøndelag statistikken. Rogaland (Stavanger) ligger over landsgjennomsnitt, mot under i den første perioden.

Det kan se ut som om Oslo har registrert en del saker hvor observanden kan være hjemmehørende i Akershus, dette er i alle fall en nærliggende forklaring for de få Akershus-sakene. Også meget påfallende er det store antall saker i de nordligste fylkene, en tendens som har blitt forsterket mellom tidsperiodene.

Kommisjonen har ikke noen formening om hva som er optimalt antall rettspsykiatriske observasjoner, men mener at det kan være en rettssikkerhetsmessig utfordring at det er såpass stor ulikhet. Vi antar at det blant annet kan være ulik praksis i politi, påtalemyndighet og domstoler som forklarer noe av denne ulikheten, foruten naturligvis hyppigheten av alvorlig kriminalitet. Vi tror også at frekvensen av slike observasjoner påvirkes av hvor godt det psykiske helsevern fungerer i fylkene, og i hvilken grad det er intakte sosiale nettverk rundt lovbrøtere med psykiske avvik.

Konklusjon rettspsykiatriske erklæringer.

De erklæringer som dreier seg om rettspsykiatriske vurderinger av siktede i straffesaker, konkluderer med hvorvidt observanden ansees å oppfylle strl § 44 eller § 56 litra c. Det er mulig å oppfylle begge paragrafer dersom man for eksempel er både psykotisk og lettere psykisk utviklingshemmet. Men det er ikke mulig å være både psykotisk og ha en alvorlig psykisk lidelse.

Konklusjonene fremgår av tabellen nedenfor. Tabellen gjelder hovederklæringene, ikke tilleggserklæringer. Noen saker kan derfor få en noe annen konklusjon når saken er avsluttet. Tallene i parentes er prosent av alle avgitte erklæringer.

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | totalt |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|
| Totalt antall erklæringer | 493 | 364 | 276 | 351 | 324 | 1808 |
| Herav psykotisk | 95 (19,2) | 90 (24,7) | 36 (13,0) | 92 (26,2) | 95 (29,3) | 408 (22,5) |
| Herav bevisstløs | 2 (0,4) | 1 (0,3) | 4 (1,76) | 2 (0,6) | 2 (0,6) | 11 (0,6) |
| Herav høygradig psykisk utviklingshemmet | 18 (3,6) | 11 (3,0) | 7 (2,5) | 13 (3,7) | 8 (2,5) | 54 (3,0) |

| | | | | | | |
|----------------------------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|------------------|
| Alvorlig psykisk lidelse | 36 (6,4) | 37 (10.1) | 20 (7.2) | 30 (8,5) | 49 (15.1) | 172 (9.5) |
| Sterk bevisstetsforst. | 8 (1.6) | 3 (0.89) | 9 (3.3) | 10 (2.8) | 14 (4.3) | 44 (2.4) |
| Lettere psykisk utviklingshemmet | 21 (4.2) | 13 (3.6) | 7 (2.5) | 14 (4.0) | 25 (7.7) | 80 (4.4) |

Som man ser er det rundt en fjerdedel av de rettspsykiatriske observasjonene som konkluderer med utilregnelighet. Dette er samme størrelsesorden som før lovendringen. Litt over 16 prosent av observandene ble ved hovederklæring oppfattet å ha en tilstand som kommer inn under strl § 56 litra c. Det er vårt inntrykk at disse konklusjonene i noen større grad enn andre konklusjoner er blitt endret ved tilleggserklæringer.

Det er således ikke blitt slik som lovkommissjonen foreslo, en endring av praksis som skulle tilsi at rettspsykiatrisk sakkyndighet i større grad skulle reserveres de lovbrøtterne som det var grunn til å tro var utilregnelige. Praksisen vi har sett om at så å si alle forvaringssaker også er blitt rettspsykiatrisk utredet, understreker dette. Men vi har også sett mange saker der lovbruddet ikke ville kvalifisere til særreaksjon, men hvor det likevel var rekvirert vurdering hvor også forhold i forbindelse med særreaksjon var en del av mandatet.

På samme måte som vi ikke har noen formening om hvor mange rettspsykiatriske erklæringer er ønskelig i forhold til innbyggertallet, har vi ingen formening om hvor mange tilregnelige lovbrøttere som bør observeres rettspsykiatrisk. Men vi antar at man i mange av de aktuelle sakene før oppnevning av sakkyndige har visst at det ikke var grunn til å forvente utilregnelighet.

Så vidt vi kan se har rundt 85 (ca 18 %) av de 480 psykotiske lovovertredere fått dom til tvungent psykisk helsevern. Rundt 15 (28 %) av de 54 høygradig psykisk utviklingshemmete har fått dom til tvungen omsorg. Tallene er ikke helt presise da rapporteringsrutinene har vært mangelfull. Dette tilsier at totalt rundt 330 utilregnelige er rettspsykiatrisk observert med henleggelse som strafferettslig reaksjon. Hvorvidt disse har fått adekvat oppfølging innen helsevesenet uten særreaksjon, vites ikke.

Det er få erklæringer som konkluderer med bevisstløshet. Det er en viss reduksjon i forhold til tidligere år. Dette er positivt. Hartvig, Rosenqvist og Stang¹ har i artikler redegjort for hvorledes det tidligere var en stor andel av erklæringer med slik konklusjon som ble overprøvet av kommisjonen eller domstolene. Den mer restriktive bruk av disse begrepene synes å avspeile den rettspraksis vi så på 1980-90 tallet. Psykiatrisk gruppe har også i samarbeide med Riksadvokaten utgitt en veileder for etterforskning og rettsmedisinsk utredning i straffesaker der siktede kan ha vært bevisstløs på handlingstiden (vedlegg til Nyhetsbrev nr 13).

Av de 1 335 tilregnelige observerte har rundt 100 (rundt 8 %) fått særreaksjon. Tidligere var det rundt 15 % av de lovbrøtterne som ble observert med konklusjonen "mangelfullt utviklet eller varig svekket sjelsevner" som fikk sikring. Dette ble kritisert fordi mange lovbrøttere fikk derved et "stempel" uten at det hadde strafferettslige konsekvenser. Dette medfører at mange

¹ Hartvig, P., Rosenqvist, R. og Stang, H.J.. Bevisstløshet i strafferettslig forstand i Norge i 1981-2000.

Tidsskrift for Den norske legeforening nr 13-14, 2003 s 1831

Rosenqvist, R. , Hartvig, P.: Bevisstløshet og sterk bevisstetsforstyrrelse, jf strl §§ 44 og 56 litra c. Tidsskrift for Strafferett, nr 4, 2004, s 439

lovbrytere også i dag er rettspsykiatrisk observert og har fått en diagnose, ofte dysssosial personlighetsforstyrrelse og/eller rusmisbruk, uten at dette har hatt noen sentral strafferettslig betydning. Det er muligens mindre stigmatiserende med slike diagnoser enn de tidligere begrep ”mangelfullt utviklet og/eller varig svekkete sjelsevner”. Gruppens leder har problematisert dette nærmere i en artikkel².

Noe mindre enn 300 (rundt 22 %) av de 1 335 tilregnelige personene *kan* ha kommet inn under strl § 56 litra c. Vi er ikke kjent med hvor mange som faktisk har fått en straffereduksjon med hjemmel i denne bestemmelsen.

Observander som tidligere har hatt en strafferettslig særreaksjon

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|
| Rettspsykiatrisk erklæring | 493 | 364 | 276 | 351 | 324 |
| Herav m/tidligere særreaksjon | 106 | 69 | 34 | 63 | 42 |

Som det fremgår av tabellen ble det i 2002 utført observasjoner av mange som tidligere hadde en særreaksjon. Dette var naturlig i det det da var behov for konverteringer av mange særreaksjoner. Sener har tallet falt, den lille toppen i 2005 skyldes nok tre-års overprøvinger av særreaksjon for utilregnelige.

Man kan ikke ut av tabellen lese om det er en løpende særreaksjon eller en tidligere særreaksjon ved den nye observasjonen. Inntrykk fra sakspapirene tilsier at det er et begrenset antall personer hvor særreaksjonen er løpt ut som på nytt blir observert.

Diagnoser i den rettspsykiatriske erklæringen

Følgende diagnoser ble satt av de sakkyndige ved hovederklæringen:

| Diagnosekategori ICD-10 | 2002 | (%) | 2003 | (%) | 2004 | (%) | 2005 | (%) | 2006 | (%) | Totalt | (%) |
|-------------------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|--------|--------|
| F 00-09 | 27 | (5.4) | 12 | (3.2) | 12 | (4.3) | 18 | (5.1) | 10 | (3.0) | 79 | (4.4) |
| F 10-19 | 150 | (30.4) | 119 | (32.7) | 107 | (38.8) | 141 | (40.2) | 168 | (51.9) | 685 | (37.9) |
| F 20-29 | 114 | (23.1) | 85 | (23.4) | 64 | (23.9) | 96 | (27.3) | 90 | (27.8) | 446 | (24.7) |
| F 30-39 | 47 | (9.5) | 31 | (8.5) | 30 | (10.8) | 29 | (8.3) | 34 | (10.5) | 171 | (9.4) |
| F 40-49 | 40 | (8.1) | 20 | (5.4) | 27 | (9.8) | 17 | (4.8) | 23 | (7.1) | 127 | (7.0) |
| F 60 | 162 | (16.6) | 163 | (44.7) | 83 | (30.0) | 91 | (25.9) | 92 | (28.4) | 589 | (32.6) |
| F 65 | 12 | (2.4) | 15 | (4.1) | 7 | (2.5) | 7 | (2.0) | 6 | (1.9) | 47 | (2.6) |
| F 70 | 24 | (4.8) | 15 | (4.1) | 11 | (4.0) | 22 | (6.3) | 28 | (8.6) | 100 | (5.5) |
| F 71 | 13 | (2.6) | 7 | (1.9) | 4 | (1.4) | 10 | (2.8) | 2 | (0.6) | 36 | (1.9) |

² Rosenqvist, R.: Om rettspsykiatriske utredninger av tilregnelige lovovertredere. Tidsskrift for Strafferett, nr 3, 2005, s 241

| | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| F 80-89 | 9 (1.8) | 6 (1.6) | 2 (0.7) | 4 (1.1) | 1 (0.3) | 22 (1.2) |
| F 90-99 | 10 (2,0) | 15 (4.1) | 16 (5.8) | 14 (4.0) | 31 (9.6) | 86 (4.8) |
| Fyller ikke noen diagnose kriterier | 11 (2.2) | 20 (5.5) | 17 (6.2) | 27 (7.7) | 19 (5.8) | 94 (5.2) |
| Ingen opplysning | 34 (6.9) | 12 (3.3) | 11 (4.0) | 14 (4.0) | 4 (1.2) | 75 (4.1) |
| Totalt antall saker | 493 | 364 | 276 | 351 | 324 | 1808 |

Alle rettspsykiatriske vurderinger innebærer å sette en diagnose etter diagnosesystemet ICD-10. En observand kan få flere diagnoser. I noen få saker, rundt 5 prosent, er det eksplisitt ingen diagnose. I rundt 4 prosent av sakene mangler opplysninger om diagnose. Som man ser av tabellen, har 90 prosent av observandene minst en diagnose.

Diagnosegruppe F 00-09 omhandler ulike organiske psykiske lidelser. Det er tilstander som fremkommer etter ulike skader i hjernen. Senil demens og psykiske skader etter hodeskade eller alvorlige intoksikasjoner, klassifiseres her. Noen av disse personene vil være strafferettslig utilregnelige. Det er en jevn, liten andel av observander som har diagnoser i dette kapittelet. Vi har sett eksempler på underdiagnostisering i forhold til den diagnosekategori. Det kan tenkes at det i fremtiden blir flere, ettersom rusmisbruk, både langvarig jevnt misbruk og alvorlige intoksikasjoner, kan gi slike tilstander.

Gruppen F 10-19 dreier seg om ulik rusmisbruk. Som man ser, er det her en jevn stigende kurve. Dette avspeiler nok endring i populasjonen, men det kan også ha vært en underdiagnostisering de første årene.

Gruppen F 20-29 dreier seg om schizofreni, schizoaffektiv lidelse, paranoid psykose og noen andre psykosetilstander samt schizotyp sinnslidelse. I denne gruppen er de fleste psykotiske slik straffeloven definerer begrepet, men ikke alle. I den gruppen med denne diagnosekategori, men som ikke oppfyller psykosebegrepet, vil man finne de fleste tilstander som oppfyller strl § 56 litra c (alvorlig psykisk lidelse...). Det er vanskelig å si om den lille økningen de siste to årene i perioden er uttrykk for en tendens, eller tilfeldige svingninger. I femårsperioden er det 446 observander som ble diagnostisert innenfor denne kategori. I samme periode var det rundt 85 som er dømt til tvungent psykisk helsevern. Selv om noen i denne gruppen vil være tilregnelige, vil det være en stor gruppe lovbrøyttere som ikke kan straffes og som heller ikke får noen særreaksjon. Det forutsettes at disse får sin behandling på vanlig vis innen helsevesenet, noe som dessverre ikke alltid er tilfellet.

Gruppen F 30-39 dreier seg om ulike affektive lidelser (stemningslidelser). De fleste sakene her dreier seg om moderate depresjoner, men også hypomani og lettere depresjoner er diagnostisert her. Det er få som oppfyller straffelovens psykosebegrep.

Gruppen F 40-49 er de stressrelaterte og nervøse tilstander. Sosial fobi eller post traumatisk stresslidelse er eksempler på slike diagnoser. Slike diagnoser kan være med på å forklare atferd, men denne gruppen vil ikke falle inn under strl §§ 44 eller 56 litra c.

Gruppen F 50-59 omhandler fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, og er ikke rettspsykiatrisk interessant.

Gruppen F 60-69 har vi delt i to kategorier. Det ene er personlighetsforstyrrelser (**F 60.**) hvor dyssosial personlighetsforstyrrelse utgjør den største delen, men også blandet personlighetsforstyrrelse og paranoid personlighetsforstyrrelse forekommer her. Rundt en tredjedel av alle observander har disse diagnosene, ofte i kombinasjon med rusmisbruk. **F 65** dreier seg om seksuelle avvik, som oftest pedofili.

ICD-10 diagnosen **F 70** er lettere psykisk utviklingshemming, **F 71** er moderat psykisk utviklingshemming. Det strafferettslige begrepet "høygradig psykisk utviklingshemmet" omhandler alle med moderat psykisk utviklingshemming, og de lavest fungerende med lettere psykisk utviklingshemming. Straffeloven § 44 definerer de utilregnelige som personer med in IQ på rundt 55 og lavere. Ut fra disse tallene kan vi anta at rundt 50 personer er funnet utilregnelige på grunn av psykisk utviklingshemming, i samme periode er ca 15 personer dømt til tvungen omsorg. Resten har ikke fått noen straffereaksjon. Det vil da også være i underkant av hundre personer som har en lettere psykisk utviklingshemming og hvor tilstanden kommer inn under strl § 56 litra c.

Gruppen F 80-89 er utviklingsforstyrrelser. En typisk diagnose i denne kategorien er Aspergers syndrom. Slike personer viser ulike sykdomsbilder. Det kan være differensialdiagnostisk vanskelig å avgrense dette mot personlighetsforstyrrelser på den tilregnelige siden og schizofreni på den psykotiske siden. Uansett er tilstanden sjelden.

Diagnosekategori F 90-99 er forstyrrelser oppstått i barn og ungdomstiden. Tilstandene som betegnes som ADHD (hyperkinetiske tilstander) kommer inn her. Det kan se ut som om det er en økende tendens her, men tallene kan være misvisende. Dette er tilstander som ikke gir noen særbehandling i forhold til straffeloven, og det er sannsynligvis en underreportering i de rettspsykiatriske erklæringer. Ulike undersøkelser i andre land og i Norge tyder på at en stor prosent av personer i fengsler har hatt eller har en slik diagnose, det er oppgitt tall mellom 20% og helt opp til rundt 60 % ved ulike undersøkelser.

Observander som er siktet etter strl § 233, drap og forsøk på drap.

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Antall rettspsykiatriske erklæringer | 493 | 364 | 276 | 351 | 324 |
| Siktelse § 233 nå | 63 * | 40 | 28 | 28 | 39 |

* det kan tenkes at dette delvis er feilkodinger for forlengelse av særreaksjon for drap/dømte

Ut fra denne tabellen synes det som om ikke alle drapssiktede blir rettspsykiatrisk observert. Dette finner vi er riktig, det bør ikke være en automatikk i slik observasjon.

Nyhetsbrev

I femårsperioden har psykiatrisk gruppe to ganger i året sendt ut nyhetsbrev til brukere og produsenter av rettspsykiatriske tjenester. Når vi ser på de ulike sakene, blir vi oppmerksom på ulike prinsipielle spørsmål som angår mange sakkyndige. Da har vi funnet det hensiktsmessig å meddele alle hvordan kommisjonen vurderer dette.

Riktignok sender vi tilbakemeldinger på de enkelte sakene til sakkyndige og rekvirenter, men vi mener det er behov også for generelle retningslinjer for rettspsykiatrisk arbeide. Ideelt sett burde det være et aktivt akademisk fagmiljø som forholdt seg til rettspsykiatriske problemstillinger og utviklet føringer for godt rettspsykiatrisk arbeide. Det har vi ikke innen medisin, derfor har rettspsykiatriske gruppe hatt en mer tydelig fagutviklingsprofil enn de andre gruppene i kommisjonen hvor fagene er forankret i universitetsmiljøer.

Vi ser at det etter hvert er utgitt mange nyhetsbrev. Disse er alle lagt ut på kommisjonens hjemmeside, med innholdsfortegnelse (www.justissekretariatene.no). Det er likevel blitt så mye stoff at det kan være vanskelig å finne frem. Kommisjonen planlegger å samle alt stoffet i en omfattende trykksak for å lette orienteringen.

Nedenfor har vi samlet noen refleksjoner om rettspsykiatrisk praksis vedrørende formuleringene i straffeloven som ble innført 1.januar 2002.

Nye bestemmelser i straffeloven

Den 1.januar 2002 trådte nye bestemmelser vedrørende rettspsykiatriske bestemmelser i straffeloven i kraft. Utilregnelighetsregelen, strl § 44, var ikke ment endret i innhold, men ordbruken var endret. Bestemmelsene om nedsatt straffereaksjon ble endret, strl § 56 litra c, likeså særreaksjonsreglene som nå er ulike for utilregnelige og tilregnlige lovbrytere (strl §§ 39, 39 a og 39 c).

Retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser av siktede, tiltalte og domfelte i straffesaker.

Allerede på 1990-tallet var det av Justisdepartementet nedsatt en arbeidsgruppe som skulle lage retningslinjer for rettspsykiatriske utredninger. Forslaget som ble avgitt i 1995 var blitt liggende i departementet. Da det var klart at de nye straffelovbestemmelsene skulle tre i kraft, omarbeidet psykiatrisk gruppe retningslinjene og ga den ut som veileder til alle sakkyndige vi hadde registrert.

Det er ingen akademisk instans som arbeider med forskning og fagutvikling innen rettspsykiatri. NTNU har hatt en professor i rettspsykologi siden 2001. Kompetansesentra for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri i Trondheim, Oslo og Bergen har i 10-20 år arbeidet noe på dette feltet, men likevel har DRK opplevet at det ikke er noen tung instans som tar ansvar for fagutvikling innen feltet. Derfor har psykiatrisk gruppe i større grad enn de andre gruppene engasjert seg i fagutvikling. Vi mente at det var et behov for at rettspsykiatriske tradisjoner ble modernisert og benyttet de nye straffelovbestemmelsene som anledningen til å sette krav om kvalitetsheving av rettspsykiatriske utredninger. Gruppen har i tillegg til de nevnte retningslinjene utgitt nyhetsbrev hvert halvår der ulike forhold innen rettspsykiatri blir omtalt og hvor vi gir våre anbefalinger om hvordan utredninger etter vår mening bør gjøres.

Seminarer i forbindelse med innføring av nye strafferettslige bestemmelser med rettspsykiatrisk relevans.

Kommisjonen arrangerte seminar for jurister og rettspsykiatrisk sakkyndige flere steder i landet i forbindelse med innføring av nye bestemmelser i straffeloven.

Mandat for rettspsykiatrisk sakkyndige

En påtrengende konsekvens av de nye bestemmelsene var at sakkyndige måtte få mer presise mandat for hva som skulle utredes. Riksadvokaten laget et rundskriv som veiledet påtalemyndigheten om hvordan overgangen til de nye bestemmelsene skulle håndteres. I den forbindelse ble psykiatrisk gruppes leder kontaktet, og det ble utferdiget forslag til nye mandat som skulle gi de sakkyndige mer presise oppdrag tilpasset den enkelte sak. I og med at det etter lovendringen var stillet krav til lovbruddets alvorlighetsgrad derom det skulle kunne idømmes særreaksjon, var det ikke behov for slik utredning der hvor man bare skulle ha avklart mulig utilregnelighet og der hvor man også måtte vurdere kriteriene for en eventuell særreaksjon.

Riksadvokatens rundskriv fra desember 2001 ble utferdiget før de nye bestemmelsene trådte i kraft, og høsten 2006, da vi hadde fem års erfaringer med de nye bestemmelsen, ble det gjort et revideringsarbeide i samarbeide mellom psykiatrisk gruppe og riksadvokaten. Dette resulterte i et koordinert rundskriv fra riksadvokaten og nyhetsbrev fra kommisjonen som gikk ut 1.mars 2007.

Utilregnelighetsregelen, psykose

Det tidligere begrepet i strl § 44 "sinnsyk" er delvis erstattet med det mer medisinske begrepet "psykose". Forarbeidene (NOU 1990:5, Ot prp nr 87 (1993-94), og Innst.O. nr.34) gir føringer for hvordan dette begrepet skal forstås. Psykiatrisk gruppe har prøvet å legge disse avgrensninger til grunn ved behandling av sakkyndigerklæringer.

Når sakkyndige utreder en person, skal de sette en klinisk diagnose (ICD-10 diagnose) slik at retten og kommisjonen kan skjønne hva slags psykiatrisk tilstand de sakkyndige har diagnostisert. De sakkyndige skal så "oversette" den kliniske diagnose til de rettspsykiatriske begrep. Denne juridiske subsumsjon vil kommisjonen kontrollere. Det er ikke gitt at alle sakkyndige har samme oppfatning av hva de strafferettslige begrepene betyr. Kommisjonen søker å sikre at disse begrepene blir forstått ensartet, og i tråd med lovgivers intensjon.

Det er særlig tre områder som byr på problemer:

Når de sakkyndige har diagnostisert en psykotisk lidelse, er det ikke nødvendigvis slik at vedkommende er psykotisk til enhver tid. Personer med en affektiv sinnslidelse (tidligere kalt manisk-depressiv sinnslidelse) vil ha diagnosen over tid, men kun være aktivt psykotisk i kortere eller lengre tid, med normale perioder, eventuelt ikke-psykotiske, men symptomgivende perioder, mellom den psykotiske oppblussingen. Med god psykiatrisk oppfølging, vil dette også være tilfellet med mange med en schizofrenidiagnose.

Norsk strafferett følger "det medisinske" (eventuelt "det biologiske") prinsipp. Dette medfører at det ikke er strafferettslig noe krav om at den straffbare handlingen skjedde som et resultat av den psykotiske lidelse. Men forarbeidene redegjør for at psykosen må være så sterk at realitetstestingsevnen mangler. I femårsperioden har kommisjonen sett noen saker der det er en schizofrenidiagnose (F 20) hvor de sakkyndige har argumentert at det ikke dreier seg om en psykose i henhold til straffeloven, noe vi ikke har hatt bemerkninger til.

Tilsvarende problemstilling har det vært noen saker der den kliniske diagnosen har vært paranoid psykose (F 22). En slik diagnose kan beskrive en person der hele oppmerksomheten kretser rundt en vrangforestilling, eller en der det forekommer en vrangforestilling om et

begrenset tema. Alt avhengig av intensiteten i vrangforestillingene, vil dette rettspsykiatrisk kunne bli oppfattet som en tilstand innen strl § 44 eller strl § 56 litra c.

Vi har registrert at i enkelte saker der de sakkyndige ikke har funnet at utilregnelighetsbestemmelsen er oppfylt, har retten likevel frifunnet lovbryteren, eller påtalemyndigheten har henlagt saken. Dette kan skyldes at "tvilen har kommet tiltalte til gode", men kan også skyldes at juristene i saken faktisk ikke har forstått premissene for den kliniske og den rettspsykiatriske diagnostikk.

Når det gjelder siktede med affektive sinnslidelser er de fleste ikke psykotiske i henhold til straffeloven. Det vil som regel dreie seg om saker der tiltalte har vært moderat deprimert og ikke hatt psykotiske symptomer. Vi har også sett saker med hypomani (oppstemthet) som har medført ukritisk handling. Diagnostikken i slike saker er vanskelig, for tilstanden er ikke stabil over tid, og det kan være vanskelig å vurdere hva som skyldes sykdommen og hva som skyldes (ukritisk) rusmiddelbruk.

Et annet problemområde er vurdering av psykose hos personer som i liten grad snakker norsk, og som har helt andre kulturelle referanserammer og uttrykksmåter enn det vi er vant til hos personer som er knyttet opp til den norske kulturtradisjon. Vi har sett eksempler på saker der observanden har kommet med uttalelser som er meget avvikende i innhold, og som overflatisk sett kunne gi indikasjon på psykose med dertil hørende vrangforestillinger. Kommisjonen er i slike tilfeller opptatt av at de sakkyndige utreder livshistorien så objektivt og omfattende som mulig. Dersom observanden har en psykosesykdom (organisk, schizofreniform eller affektiv) vil denne sykdommen måtte gi seg utslag også på annet vis enn ved merkelige uttalelser. Vi har sett saker der observanden under observasjon har vært totalt usammenhengende, mens det så viser seg at han i andre sammenheng fungerer psykisk upåfallende. Det som fremstår som vrangforestillinger kan også være knyttet til andre kulturers billedlige tale, eller manglende forståelse for situasjonen. Vi har sett at sakkyndige i en del slike tilfeller ikke tydelig har problematisert andre mulige forklaringer som hysteriske reaksjoner eller bevisst simulering. Noen observander er blitt oppfattet som psykotiske bare på grunnlag av egne opplysninger om vrangforestillinger eller hallusinasjoner, andre er funnet ikke-psykotiske uten at de sakkyndige eksplisitt har uttalt at de ikke fester lit til observandens merkelige utsagn. Når kommisjonen ser slike saker, anmoder vi om utfyllende diskusjon.

Et tredje problemområde er der psykosen er klart rusutløst, altså ikke et symptom på en organisk, schizofreniform eller affektiv sinnslidelse. I forarbeidene står det klart at slike kortvarige tilstander skal oppfattes som en bevissthetsforstyrrelse og således strafferettslig behandles på samme måte som alkoholintoksikasjon. Den rettspsykiatriske utfordringen opptrer imidlertid når det foregår rusing over lengre tid, og hvor den psykotiske tilstand da også står over lengre tid.

I enkelte av disse sakene har kommisjonen vært av den oppfatning at den observerte oppfyller schizofreni kriteriene og således klart vil oppfattes som utilregnelig. Ikke alle sakkyndige har vært enig i dette. I slike saker har kommisjonens saksbehandling kunne avsluttes med at vi fastslår at det er uenighet mellom de sakkyndige og kommisjonen.

Kommisjonen har også i noen tilfeller sendt kopi av slike saker til det aktuelle fylkets Helsetilsyn med anmodning om å vurdere om den observerte har fått forsvarlig helsetjeneste. Det er vår oppfatning at helsevesenet i noen tilfeller der akutt pasienter er psykotiske og ruset, skriver ut pasienten meget raskt når han har falt til ro, uten å utrede differensialdiagnostisk

muligheten av schizofreni eller sørge for at pasienten får oppfølging. Vi har også registrert at helsetilsynene i fylkene har ulik oppfatning av hva som er "forsvarlig helsetjeneste" i slike saker. Dette har vi formidlet videre til Helsetilsynet sentralt.

I noen saker har den rusutløste psykosen stått lenger enn et døgn eller to, som er slik det er beskrevet i forarbeidene da man beskrev intoksikasjonspsykosens klassifisering. Grunnen til at dette ikke kom klarere frem i forarbeidene, var nok at man på slutten av 1980-tallet ikke hadde så mye erfaring med amfetamin-utløste psykoser. Hvorvidt amfetamin-utløste og hasj-utløste psykoser som også delvis blir opprettholdt gjennom fortatt rusing, skal betraktes som en bevissthetsforstyrrelse, og derved omfattes av strl § 45, eller ikke, finner kommisjonen noe uklart. Vi har heller ikke kjennskap til gode dommer som diskuterer dette. Vi mener at desom psykosen er kontinuerlig gjennom uker og måneder, så vil dette tilsi at § 44 er oppfylt, men dersom psykosen "bare" vare 2-3 uker, er det mer uklart. Det vil i slike saker også være et bevismessig problem, har observanden vært kontinuerlig psykotisk eller intermitterende? Gruppen har i høringsuttalelser til departementet ved behandling av ny straffelov (NOU 2002:4 Ny straffelov) anbefalt at dette defineres nærmere juridisk. Gruppens leder har også skrevet en artikkel om dette emnet³.

Bevisstløs, jf strl § 44

Bevisstløshet har vært et vanskelig begrep i strafferetten i alle år. Ved de nye formuleringene i strl § 44, var det ikke intensjonen fra lovgiver å endre innholdet av dette begrepet, selv om Straffelovkommisjonen hadde foreslått at bevisstløshet ikke skulle være en absolutt straffrihetsgrunn, men at det skulle være en fakultativ straffrihet ved sterk bevissthetsforstyrrelse. I høring til NOU 2002:4 støttet DRK straffelovkommisjonens forslag om at begrepet skulle utgå som absolutt straffrihetsgrunn. Departementet har ikke fulgt dette forslaget (Ot.prp.nr 90 (2003-04)).

Begrepet "bevisstløs" i strafferetten er en juridisk konstruksjon og ikke lik noen medisinsk diagnose. Det har også vist seg (se ovenfor) at dette er den rettspsykiatriske konklusjon som både den rettsmedisinske kommisjon og retten har overprøvet i flest tilfeller. Kommisjonen har i denne femårsperioden prøvet å implementere den avgrensningen som har vært rettspraksis de foregående 20 år. Slike konklusjoner er uansett sjeldne fra de sakkyndige, tidligere var det i gjennomsnitt 2 saker i året, siste fem årene har det vært gjennomsnittlig 1,8 saker i året. Dette tilsier at verken sakkyndige, de enkelte domstoler eller kommisjonen får mengde-erfaring i slike saker. Da bevisstløshet er en straffrihetsgrunn, vil dette spørsmål også ofte behandles av lagretten som skyldspørsmål, slik at det ikke finnes mange dommer der begrepet er diskutert.

Kommisjonen tok initiativ til en arbeidsgruppe som har utarbeidet et skriv: "Etterforskning og rettsmedisinsk utredning i straffesaker der siktede kan ha vært bevisstløs på handlingstiden.", se nedenfor.

³ Rosenqvist, Randi : Strafferettslige aspekter ved påvirkning, bevisstløshet og psykose fremkalt av medikamenter og andre kjemiske stoff. Konsekvenser for utilregnelighetsregelen. Lov og Rett nr 8, 2003, s 469 - 505

Høygradig psykisk utviklingshemming, jf strl § 44.

Dette er også et juridisk begrep som ikke er identisk med psykiatriske diagnoser. ICD-10 definerer lettere psykisk utviklingshemming som personer med IQ mellom 69 og 50. Straffeloven definerer ”høygradig psykisk utviklingshemming” som tilstander med IQ under ca 55. Det er således mulig å ha ICD-10 diagnosen *lettere psykisk utviklingshemming*, men diagnostiseres med en *høygradig psykisk utviklingshemming* strafferettslig. Tidligere ble denne gruppen strafferettslig betegnet som *sinnssyke*.

Man må være klar over at det er større målefeil ved slike tilstander enn innenfor normalområdet. Personer med en IQ rundt 55 kan ha ulik mestring i dagliglivet og ulike kognitive (tenkningsmessige) styrker og svakheter. En IQ-måling er derfor ikke tilstrekkelig til å konkludere med høygradig psykisk utviklingshemming. Det kan være ønskelig med en nevropsykologisk utredning for å belyse nærmere hvilke kognitive funksjoner som er dårligst og hvilke som er bedre. Det er også alltid behov for en nøye klinisk utredning av hvordan dagliglivet arter seg, hva han mestrer og hva han har behov for hjelp til. Dette er viktig informasjon når retten skal ta stilling til om § 44 kommer til anvendelse.

Kommisjonen har sett tilfeller der observanden skårer ganske lavt på IQ-tester, men hvor den daglige fungeringen synes vesentlig høyere. Det kan være ulike forklaringer på dette. En forklaring er at de sakkyndige har akseptert observandens fremstilling av hva han klarer. Det er imidlertid slik at noen psykisk utviklingshemmete har god verbal funksjon, men så dårlig forståelse av sin egen fungering at de tror at de klarer ganske mye, mens det i realiteten er omgivelsene (foreldre, kommunens personale mv) som løser oppgavene.

En annen forklaring kan være at observanden velger å fremstille seg ”dummere” under testingen enn han i virkeligheten er. Dette vil som regel bli avslørt under analyse av testen, men også objektive opplysninger om dagliglivets mestring kan gi holdepunkter for å anta simulering og derav kunstig lav IQ.

Tilstander som kan gi nedsatt straffereaksjon, strl § 56 litra c.

Da Stortinget vedtok de nye formuleringer om utilregnelighet, vedtok man også nye bestemmelser om psykisk tilstander som kan gi nedsatt straffereaksjon. Dette skulle være de tilstandene som ble beskrevet av straffelovkommisjonens underutvalg som tilstander som ligger nær opp til utilregnelighet, nærmest i en gråsoner mot utilregnelighet. Ordlyden ble tatt fra det som særreaksjonsutvalget hadde formulert som forslag til fakultativ straffrihetsregel (en kan-regel i motsetning til § 44 som er en skal-regel). DRK har forstått forarbeidene slik at den gruppen som nå kan komme inn under strl § 56 litra c, ikke skal være større enn den gruppen som i særreaksjonsutvalgets forslag skulle kunne komme inn under en fakultativ straffrihetsregel.

Fra 2002 har kommisjonen derfor arbeidet med å definere avgrensninger mellom § 56 og § 44, samt å avgrense § 56 mot de ”normale” lovbrøtere, som jo også i stor grad har ulike psykiske lidelser. I mange saker har vi måttet gi retten, og de sakkyndige, råd om hvordan vi mener at disse begrepene skal forstås. Vi har imidlertid ingen systematisk kunnskap om hvorledes denne bestemmelsen er praktisert av retten, i noen saker mottar vi dommer som kan gi oss en tilbakemelding. Vi har sett i enkelte mindre alvorlige saker at tingeretten har anvendt denne bestemmelsen selv om den etter vår mening neppe kunne anvendes. Dette har vi valgt ikke å være utslagsgivende ved vår videre behandling av saker der denne bestemmelsen kan

være aktuell. Det synes imidlertid som om avgrensningen mot de "normale" er mer uklar enn avgrensningen mot de "utilregnelige".

Formuleringen i § 56 litra c er som følger.

Retten kan sette ned straffen under det lavmål som er bestemt for handlingen, og til en mildere straffart.

..

c) når lovbryteren på handlingstiden hadde en alvorlig psykisk lidelse med en betydelig svekket evne til realistisk forhold til omverdenen, men ikke var psykotisk, jf. strl § 44, eller var lettere psykisk utviklingshemmet eller handlet under en sterk bevissthetsforstyrrelse som ikke var en følge av selvforskyldt rus.

..

Slik DRK har praktisert forståelsen av første gruppen omtalt her, vil dette dreier seg primært om personer med en psykoselidelse, men som ikke er klart psykotisk på handlingstiden, men har en del symptomer som gjør at evnen til realistisk vurdering av forholdet til omverdenen er betydelig redusert. Dette kan også være tilfellet med personer som har en alvorlig tilstand innen autismespekteret, for eksempel Aspergers syndrom, men som ikke er psykotiske. Som en tommelfingerregel mener vi at tilstander som gir så stor funksjonssvikt at de ville bli oppfattet som en "alvorlig sinnslidelse" slik dette er forstått i psykisk helsevernloven, men ikke kommer inn under strl § 44, kommer inn under denne bestemmelsen.

Det finnes en del psykiske tilstander som er alvorlige nok for de som har dem og deres omgivelser, og som kjennetegnes blant annen av liten evne til refleksjon, lav frustrasjonsterskel og høy impulsivitet. Både personlighetsforstyrrelser, avhengighet av rusmidler og hyperkinetiske tilstander (ADHD) kan komme i denne kategori. Slike tilstander omfattes ikke av § 56 litra c.

Når det gjelder lettere psykiske utviklingshemming, er dette strafferettslig definert som IQ mellom 75 og ca 55. I følge ICD-10 defineres lettere psykisk utviklingshemming først fra en IQ på 69, og helt ned til 50. Straffelovens bestemmelser gir retten en mulighet til å endre straffereaksjon etter en rimelighetsbetraktning for de som fungerer intellektuelt svakest, vi tror imidlertid at det er en del innsatte i norske fengsler som fungerer innenfor dette spekteret og aldri har vært rettspsykiatrisk utredet.

Begrepet "en sterk bevissthetsforstyrrelse" er like vanskelig å avgrense som begrepet "bevisstløs" se over. Psykiatrisk gruppe har hatt en forståelse av dette begrepet som bygger på utredningen av den foreslåtte fakultative straffrihetsregelen i NOU 1990:5. Vi ser at vi her har vært mer restriktive enn enkelte sakkyndige. Det er kommisjonens oppfatning at det må påvises en diagnostiserbar tilstand for at den bestemmelsen skal kunne komme til anvendelse. Affekt i seg selv er ikke tilstrekkelig. Det er få erklæringer som konkluderer med at denne bestemmelsen kan komme til anvendelse, gjennomsnittlig ca 8 i året.

Særreaksjoner for utilregnelige

Da de nye særreaksjonsbestemmelsene trådte i kraft var kommisjonen opptatt av at sakkyndige ikke skal ta stilling til om det er en "nærliggende fare" eller en "særlig nærliggende fare" for ny "alvorlig" kriminalitet, da disse juridiske kravene ikke er klarlagt på en måte som gjøre at sakkyndige kan anvende dem. Vi mener at de sakkyndige primært skal utrede prognosen for avvikende psykiske tilstander, ikke prognosen for kriminalitet. Men i noen tilfeller er det en så stor sammenheng at prognosene er sammenfallende.

I mange tilfeller, og spesielt i saker som dreier seg om overprøving av idømt særreaksjon, vil de sakkyndige også måtte utrede hvilken omsorg observanden ville fått uten særreaksjon, og om denne omsorgen da er optimal for å forhindre kriminalitet og om omsorgen hadde vært annerledes dersom observanden (fortsett) blir underlagt særreaksjon. Slike utredninger var ikke aktuelle tidligere, og vi har sett at sakkyndige ofte har utredet dette ganske overflattisk.

Særreaksjoner for tilregnelige

Straffelovkommisjonens underutvalg hadde under utredningen av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner forutsatt at det ikke skulle være obligatorisk med rettspsykiatrisk utredning av tilregnelige lovbrøyttere som skulle vurderes for eventuell forvaringsdom. Man forutsatte at en personundersøkelse som dokumenterte en del sosiale bakgrunnsfaktorer samt strafferegisteret og alvorligheten av de påklagete handlinger, skulle være tilstrekkelig informasjon for rettens avgjørelse.

Slik er det ikke blitt. Straffeloven § 39 d lyder.

Før dom på forvaring avsies, skal det foretas personundersøkelse av den siktede.

Retten kan i stedet beslutte at den siktede skal underkastes rettspsykiatrisk undersøkelse, jf straffeprosessloven § 165.

I praksis har det vist seg at nesten alle som blir forvaringsdømt er blitt rettspsykiatrisk observert før hovedforhandling. I med ulike representanter for påtalemyndigheten og domstolene, har kommisjonen argumentert for at rettspsykiatriske undersøkelser i saker der det ikke er tvil om tilregnelighet, ikke er nødvendig. Vi har imidlertid fått inntrykk av at rettspsykiatriske undersøkelser i alvorlige voldssaker er en tradisjon som man ikke vil gi slipp på.

Før 2002 var det en forutsetning for å idømmes sikring at retten fant at tiltalte hadde mangelfullt utviklete eller varig svekkete sjelsevner. Dette måtte utredes ved en rettspsykiatrisk observasjon. I dag er det ikke krav om noen slik "rettspsykiatrisk diagnose" ved særreaksjonsdom (forvaring). Kommisjonen har derfor vært opptatt av hva de sakkyndige bør utrede for retten i slike saker.

En ICD-10 diagnose er obligatorisk ved rettspsykiatriske utredninger. De fleste som blir idømt forvaring vil nok ha fått diagnosen F 60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse. Dette er imidlertid en diagnose som mange lovbrøyttere har, og er således ikke noe godt redskap for å identifisere de som bør få forvaring. Diagnosen er også nokså statisk gjennom hele livet. Man kan derfor ikke forutsette at en med en slik diagnose som er dømt til forvaring, må slutte å ha diagnosen for å kunne løslates. Forvaringsbehovet må vurderes ut fra andre kriterier.

Sakkyndige har utredet slike saker på ulikt vis. Risikovurderingsinstrumentet HCR-20 har vært brukt i mange slike saker, dette instrumentet innebærer også en vurdering av mulig psykopati i henhold til sjekklisten PCL-SV. Kommisjonen har prøvet å styre utviklingen slik at bruk av disse skåringsinstrumentene eventuelt kan legges inn som en premiss for den rettspsykiatriske vurdering, men at skårene som sådan ikke må brukes som et svar. Dette vil være parallelt til at en IQ-utredning er en premiss for den rettspsykiatriske vurdering og konklusjon.

Det er vår oppfatning at sakkyndige ikke bare må kunne utføre skåringer korrekt dersom de bruker slike verktøy, men også ha god kunnskap om hvorledes skåringer kan brukes når det gjelder enkeltpersoner. Det er vårt inntrykk at slike skåringer i siste delen av femårsperioden er brukt mer skjønnsomt enn i begynnelsen av perioden.

Vi har vært prinsipielt opptatt av en annen side ved rettspsykiatriske risikovurderinger. De faktorer som vurderes i diagnostikk av psykopati (PCL-SV) er de variabler man kjenner til som med størst statistisk sannsynlighet kan predikere fremtidig voldshandlinger hos personer som allerede har begått slike. Disse variablene utreder rettspsykiaterne ved en kombinasjon av klinisk skjønn og bruk av manualer. Mange av variablene er lite egnet for juridisk bevisføring. Det at man *tidligere har begått et drap* kan det føres bevis for. Derimot er det en subjektiv vurdering når den sakkyndige fastslår at *angeren er overflatisk*.

Vi leser høyesterettsdom av 2004-02-05 slik at "*antagelser om faktiske forhold vedrørende observandens person og livsførsel som ikke kan legges til grunn som bevist*" heller ikke kan benyttes som premiss i vurderingen av om forvaringstraff er nødvendig. Hvis dette er korrekt tolket, er mye av den rettspsykiatriske utredningen lite egnet som premiss for forvaring. Psykiateren vil nødvendigvis måtte tolke slike "myke tegn" som observandens emosjoner og evne til å knytte stabile relasjoner.

Denne høyesterettsdommen kan tolkes slik at det ikke skulle være behov for rettspsykiatriske vurderinger i forvaringssaker, men personundersøkelse og gjennomgang av strafferegisteret. Praksis er som allerede nevnt, ikke slik. Det er kommisjonens standpunkt at så lenge det oppnevnes rettspsykiatriske sakkyndige i slike straffesaker, så må rettspsykiaterne utrede etter beste psykiatriske skjønn, inklusiv tolkning av emosjonelle variabler. Vi forventer at de sakkyndige begrunner sine vurderinger, for eksempel: dersom en sakkyndige finner at observanden er bagatelliserende og projiserende, må dette underbygges med refererte utsagn, beskrivelse av atferd eller lignende.

Vi mener at dersom det er ønskelig med en rettspsykiatriske vurdering med henblikk på å avdekke psykopatiske trekk hos en klart tilregnelig person, burde dette ideelt skje i en institusjon der observandens samhandling med andre i ulike sosiale situasjoner blir registrert. Noen samtaler på et besøksrom i et fengsel kan være lite grunnlag for en slik vurdering, og de sakkyndige må da bygge på informasjon fra andre kilder. Dette redegjorde vi for i vårt høringsvar til NOU 2002:4 *Ny straffelov*. Justisdepartementet har i Ot.prp. nr 90 (2003-04) s 284, vært av den oppfatning at strpl § 167 ikke hjemler tvangsinnleggelse i psykiatriske institusjon dersom det ikke er mistanke om alvorlig sinnslidelse. Dette medfører at en rettspsykiatriske utredning ikke kan skje i institusjon dersom observanden ikke samtykker til dette. Da det også er motvilje i domstolene for å betale døgnpris i institusjon og institusjonen ikke har særlig ledig kapasitet, vil svært få observasjoner foregå slik. Vi mener at dersom departementet ønsker omfattende psykologisk/psykiatriske utredning av siktede hvor forvaringsstraffen er en mulighet, så bør det være en lovhjemmel for slik observasjon i institusjon, og slik observasjon bør foregå kun ved visse avdelinger, for eksempel de tre regionale sikkerhetsavdelingene. Dette vil tilsvare hvorledes rettspsykiatriske utredninger av antatt spesielt farlige lovbrøtere blir gjort i våre naboland

Arbeidsgruppe om Etterforskning og rettsmedisinsk utredning i straffesaker der siktede kan ha vært bevisstløs.

Saker vedrørende bevissthetsforstyrrelser er på mange vis de vanskeligste sakene å bedømme rettspsykiatrisk. Dette er fordi bevissthetsforstyrrelser i strl § 44 og § 56 litra c, er dårlig definert juridisk og har heller ikke en klar medisinsk avgrensning. I slike saker må de sakkyndige blant annet foreta en vurdering av om det er rimelig, ut fra et medisinsk ståsted, å tro på en observand som sier at han ikke husker noen ting fra tiden for de påklaget handlinger. Dette er jo en bevisvurdering som til syvende og sist tilligger retten.

For at en slik rettspsykiatrisk vurdering skal bli så god som mulig, er man avhengig av god etterforskning og ofte en toksikologisk analyse. På bakgrunn av noen saker der de sakkyndige kun hadde basert sin vurdering på utsagn fra observanden, tok kommisjonen kontakt med Riksadvokaten for å se om vi felles kunne lage en veileder til bruk i slike saker.

Det ble opprettet en arbeidsgruppe bestående av førstestatsadvokat Knut Kallerud, politioverbetjent Arnfinn Sandstad, professor Jørg Mørland og psykiater Randi Rosenqvist (leder) med førstekonsulent Cathrine Opstad Sunde som sekretær. Gruppen avga en liten utredning (21 sider) med tre hovedkapitler:

- Definisjon og avgrensning av det strafferettslige begrep bevisstløshet
- Etterforskning
- Medisinsk utredning av "bevisstløshet"

Dette skrevet er sendt ut som rundskriv far Riksadvokaten og som vedlegg til kommisjonens nyhetsbrev nr 13 mars 2005.

Oppfølging av særreaksjonsdømte utilregnelige

Kommisjonen registrerte i 2004-05 at det ikke var tall som kunne si hvor mange som var idømt tvungent psykisk helsevern, eller hvor disse personene da befant seg. I Kriminalstatistikken var det tidligere registrert hvor mange "rene" sikringsdommer som var avgitt årlig. Dette opphørte i 2002. I helsestatistikken hadde man registrert tall på hvor mange som var innlagt etter psykisk helsevernloven kapittel 5 (strl § 39), men det var uklart om man her registrerte nye tilfeller hvert år, eller om overliggere også ble tallet. Det var også ukart om pasienter som var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var tallet med. Siden disse pasientene har gjennomsnittlig lang liggetid og også må følges opp etter utskrivning i flere år, gjorde dette statistikken ufullstendig og misvisende. Det var heller ingen oversikt i de regionale helseforetak som har et eksplisitt ansvar for denne pasientgruppen. Vi opplevde å se erklæringer hvor behandlere ikke var klar over at inneliggende pasienter hadde en slik dom eller hva det innebar, og sågar en erklæring hvor særreaksjonsdommen aldri var iverksatt. Det var åpenbart mangel på kommunikasjon mellom påtalemyndigheten og helsevesenet, og innad i helsevesenet.

Med denne bakgrunn inviterte kommisjonen alle de regionale helseforetak, Helse- og omsorgsdepartementet, Statens Helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet, Riksadvokaten og Justisdepartementet til et møte i september 2005.

Dette resulterte i at det ble utviklet nye registreringsskjema for helsestatistikken, slik at registreringen forventes å være korrekt fra 2007. De regionale helseforetak fikk et større fokus på registrering av de særreaksjonsdømte. Helse Øst tok kort tid etter møtet initiativ til en

koordinerende instans for de særreaksjonsdømte i regionen. Det ble nedsatt et utvalg, hvor også kommisjonen leder deltok, hvor man etablert i 2006 registreringsrutiner og samhandlingsregler med påtalemyndigheten i slike saker. Denne koordinerende enhet ligger nå ved Ullevål universitetssykehus, Regional sikkerhetsavdeling.

Underlagsmateriale til Mæland-utvalget

Etterkontroll av særreaksjonsreglene

Det var allerede ved innføring av nye særreaksjonsbestemmelser bestemt at ordningen skulle evalueres. Justisdepartementet begynte arbeidet i 2004, og kommisjonen har fra da av gitt ulike innspill til hvordan dette burde gjøres. Vi var opptatt av at det burde hentes inn data via underprosjekter da vi mente at det ikke eksisterte tilstrekkelig talldata for å kunne foreta en god evaluering. Vi var opptatt av at evalueringen burde skje med forskningsmetoder og på den måten generere nyttige data, ikke bare for evaluering av særreaksjonsbestemmelsene, men også for å kunne gi kriminalomsorgen og det psykiske helsevern viktig informasjon om denne kategori lovbrøtere.

Justisdepartementet i samarbeide med Helse- og omsorgsdepartement opprettet en arbeidsgruppe våren 2006 som besto av klinikkisjef Øystein Mæland, førstestatsadvokat Berit Sagfossen og fagsjef Emmanuel Revis, som fikk et omfattende mandat og en ganske knapp frist for arbeidet.

Psykiatrisk gruppes leder ble kontaktet av Mæland høsten 2006, og vi ble bedt om å utrede ulike spørsmål som arbeidsgruppens mandat omhandlet. Vi arbeidet med det frem til jul 2006 og avga et større notat ved årsskiftet. Vi redegjorde her for erfaringer og tallmateriale fra kommisjonen.

Et sentralt spørsmål i Mæland-utvalgets utredning er hvorvidt det er ønskelig med en endring av dagens utilregnelighetsregel. Psykiatrisk gruppe er av den oppfatning at det er ønskelig å beholde den medisinske prisnipp (absolutt straffritaksregel) for de tilstander som i dag omfattes av strl § 44. Dersom det er politisk ønskelig med en utvidelse av den gruppen som skal fritas for straff, så bør dette skje fordi man finner at også andre lovbrøtere ikke kan antas å ha skyldene. En eventuell utvidelse bør ikke begrunnes med at man da kan gi dem en særreaksjon, og det er mer hensiktsmessig, eller "humant", enn fengselstraff. Dersom man ønsker en slik utvidelse, anbefalte vi å re-introdusere en fakultativ straffrihetsregel slik dette var foreslått i NOU 1990:5.

Et annet spørsmål Mæland-utvalget utreder er hvorvidt man bør utvide særreaksjonsordningen til også å omfatte utilregnelige med mindre alvorlig kriminalitet. Vår gruppe mener at disse prinsipielt bør få behandling innen det vanlige psykiske helsevern, men ser at dette ikke alltid blir gjort. Dersom man tenker seg en utvidelse av særreaksjonsgrunnlaget for *dagens* utilregnelige, foreslo vi en "prikk-belstning" for utilregnelige personer med mindre alvorlig kriminalitet. På den måten kunne man fange opp de personene som gjentatte ganger begikk kriminelle handlinger. Vi foreslo også at en slik eventuelle utvidelse bare burde gjelde ett års særreaksjon, uten mulighet for forlengelse, og at helsevesenet da måtte bruke dette året på å etablere gode sivile behandlings og kontrolltiltak rundt pasienten.

Det som det da vil være behov for er:

- 1 grundig klinisk diagnostisering
- 2 vurdering av hvilke faktorer som påvirker pasientens kriminelle atferd

- 3 medikamentell behandling
- 4 kontroll av bruk av rusmidler
- 5 miljøterapi, trening i å omgås andre (også i edru tilstand)
- 6 individuell behandling av støttende og realitetsorienterende art
- 7 bo-trening
- 8 hjelp til økonomisk kontroll, trygdeytelser, herunder kontakt med NAV
- 9 etablering av botilbud eventuelt med døgkontinuerlig oppfølging
- 10 etablering av dagtilbud, arbeide eller skole eller vernet aktivitet
- 11 etablering av ansvarsgruppe som kan arbeide med flere års perspektiv.

Vi påpekte også at vi antar at det vil dreie seg om en nokså stor gruppe, jevnfør hvordan vi ovenfor har redegjort for at over 300 personer er rettspsykiatrisk observert siste femårsperiode og funnet utilregnelige, men ikke fått særreaksjon. Vi mener at disse personene primært burde fått bedre oppfølging og kontroll innen det sivile helsevesen, og ser det som en fallitterklæring dersom man trenger en strafferettslig reaksjon for å gjennomføre nødvendig behandling. Dette dreier seg både om psykotiske og psykisk utviklingshemmete lovbytere. I Danmark har antallet særreaksjonsdømte psykotiske lovbytere stadig øket, og er nå oppe i rundt 2000.

Dersom man dertil utvider utilregnelighetsregelen til også å omfatte personer med andre psykiske lidelser eller lettere psykisk utviklingshemmete, vil populasjonen som kunne få særreaksjoner øke betydelig. Vi anbefaler ikke dette.

Vi utredet også for Mæland-utvalget forhold vedrørende rekruttering og utdanning av rettspsykiatriske sakkyndige. Vi anbefaler at en offentlig instans påtar seg ansvaret for dette. Det kan ikke være som i dag at rettspsykiatrisk virksomhet er et rent privat anliggende, mens resten av de rettsmedisinske fagområdene utgår fra universitetsenheter eller Statens institutt for folkehelse.

Ulike undervisningsoppdrag

Som nevnt under avsnittet om aktiviteter utgått fra kommisjonens leder, har hun, som også er psykiatrisk gruppes leder, deltatt ved ulike kurs og seminarer som foreleser. Spesielt for de siste fem årene er at det har blitt en økning i undervisning for jurister.

Domstoladministrasjonen har bedt om innlegg ved flere kurs, likeså Juristenes utdanningscenter, Forsvarerforeningen, Høyesterett og ulike statsadvokatembeter. Denne interessen avspeiles i et større engasjement fra juristenes side i forbindelse med bruk av sakkyndige i retten. Det er vårt inntrykk at juristene i større grad i dag enn tidligere stiller spørsmål ved rettsmedisinsk sakkyndige arbeidet. Dette finner vi udelt positivt.

Lederen har også gitt undervisning i rettspsykiatri i ulike medisinske fora. I begynnelsen av perioden tok hun initiativ til at Kompetansesentrene for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri (Oslo, Bergen, Trondheim) skulle sette i gang med en spisskompetanse-utdanning i rettspsykiatri ("C-kurs"). Det ble satt opp et kursprogram med fem ulike kursbolker, og disse ble gjennomført i noen år. Det var meningen at kursene skulle fortsette å rullere slik at psykiatere og psykologer kunne delta etter hvert som interessen meldte seg. Dessverre er utdannelsen ikke fulgt opp etter at de første deltagerne hadde gjennomført hele undervisningspakken.

Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon.

Fastsatt ved kgl.res. 14. mars 2003 med hjemmel i lov av 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven) § 146. Fremmet av Justis- og politidepartementet.

§ 1. Kommisjonens sammensetning

Den rettsmedisinske kommisjon skal være inndelt i faggrupper. Departementet fastsetter antall grupper, inndeling etter fagområder og antall medlemmer.

Medlemmene oppnevnes av departementet for inntil tre år av gangen. Departementet oppnevner en leder og en nestleder i hver gruppe og en av gruppelederene oppnevnes som leder av kommisjonen. Kommisjonens leder og gruppelederene skal ha det faglige ansvaret for henholdsvis kommisjonens og gruppenes virksomhet.

Ved behov kan gruppeleder tilkalle sakkyndige utenfor kommisjonen til å ta del i behandlingen av en sak.

§ 2. Medlemmenes kvalifikasjoner

Kommisjonens medlemmer skal ha relevant faglig kompetanse. Høy vitenskapelig og sakkyndig kompetanse skal vektlegges.

§ 3. Kommisjonens oppgaver

- a) Den rettsmedisinske kommisjon skal gjennomgå innsendte erklæringer og uttalelser som angitt i straffeprosessloven § 147 tredje ledd. Kommisjonen kan anmode sakkyndige om å gi skriftlig tilleggserklæring innen en passende frist. Kommisjonen underretter retten, påtalemyndigheten og den som har avgitt erklæringen om sin vurdering. Det samme gjelder om kommisjonen finner at det bør foretas ytterligere undersøkelser. Uttalelsen fra kommisjonen legges ved den sakkyndiges erklæring i straffesaken.
- b) Bistå retten, påtalemyndigheten, forsvarere, bistandsadvokater, sakkyndige, justismyndigheter, helsemyndigheter og andre aktuelle myndigheter i rettsmedisinske spørsmål.
- c) Ha ansvar for sakkyndigutdanning.
- d) Gi departementet en årlig beretning om sin virksomhet.

§ 4. Kommisjonens sekretariat

Kommisjonen skal ha et sekretariat som ansettes av departementet etter at kommisjonens leder er hørt. Sekretariatet skal ledes av en jurist. Sekretariatet skal gi kontorfaglig og juridisk bistand til kommisjonen, herunder registrere og sende kommisjonens saker til vedkommende faggruppe, føre arkiv, utarbeide statistikk, bistå ved arrangement av kurs, dokumentere bruk av rettsmedisinske tjenester, føre register over sakkyndige, lage utkast til årsberetning mv.

Sekretariatet skal følge opp kommisjonens utgifter og daglige drift.

§ 5. Den rettsmedisinske kommisjonens saksbehandling

Faggruppene behandler de sakene som faller innenfor deres fagområder. Saksbehandlingen i den enkelte gruppe besluttes av gruppeleder i samråd med kommisjonens leder. Hver sak behandles som hovedregel av tre eller minst to

medlemmer. Gruppelederen avgjør hvem som skal behandle den enkelte sak. Gruppeleder kan beslutte at en sak skal behandles i møte.

Kommisjonens vurdering av behandlede erklæringer og eventuelle dissenser skal begrunnes skriftlig.

Når kommisjonens leder, en gruppeleder eller sekretariatsleder ønsker det, trer kommisjonen sammen til felles møte. Kommisjonen er vedtaksfør når minst to medlemmer av hver gruppe deltar.

§ 6. Oppheving og ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft straks. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift av 4. mars 1988 nr. 188 om Den rettsmedisinske kommisjon gitt i medhold av straffeprosessloven og forskrift av 4. mars 1988 nr. 187 om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige.

Merknader til forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon

Til § 1

Første ledd: Den rettsmedisinske kommisjonens størrelse og organisering skal til enhver tid være tilpasset saksvolum, sakenes kompleksitet og de rettsmedisinske fagområdene. Behovet for gruppeinndeling vil derfor variere over tid. Departementet skal avgjøre hvor mange grupper kommisjonen skal ha, inndeling etter fagområder og antall medlemmer. Før departementet avgjør ovennevnte skal kommisjonen høres. Saken kan, der det anses hensiktsmessig, også forelegges Helsedepartementet, Dommerforeningen, Riksadvokaten, Den Norske Advokatforeningen og andre aktuelle organisasjoner.

Andre ledd: Oppnevningstiden på inntil tre år av gangen skal ivareta behovet for fleksibilitet, kontinuitet, opparbeidet kompetanse og behovet for ny kompetanse. Ordning med nestleder i gruppene skaper forutsigbarhet i organiseringen av arbeidet og er hensiktsmessig bl.a. ved fravær eller inhabilitet. Det anses derimot ikke nødvendig å oppnevne noen nestleder for selve kommisjonen. Lederen kan eventuelt delegere oppgaver til gruppenes ledere.

Det må være et tett organisatorisk og faglig samarbeid mellom gruppene. Selv om fagområdene er forskjellige, er mange prinsipielle spørsmål felles.

Lederen av kommisjonen skal stå for en samlet faglig og koordinerende ledelse av kommisjonen og ha det overordnede ansvaret for kvalitetssikringen av innsendte erklæringer. Lederen skal ha oversikt over kommisjonens arbeid.

Gruppelederne leder arbeidet i gruppene og beslutter hvilke medlemmer som skal delta ved behandling av den enkelte sak. Gruppelederne avgjør også om spesialsakkyndige medlemmer skal benyttes. Lederen for den enkelte faggruppe bestemmer behandlingsform, eventuelt i samarbeid med kommisjonens leder.

Tredje ledd: I noen få tilfeller forelegges kommisjonen saker der det er behov for å trekke sakkyndige med særlig kompetanse innenfor et område, inn i behandlingen av en sak. Den sakkyndige skal ikke være medlem i kommisjonen. Fordi behovet for ytterligere sakkyndigkompetanse ut over medlemmenes kompetanse ikke ofte vil oppstå, er det ikke hensiktsmessig at disse oppnevnes av departementet.

Til § 2

For at kommisjonen skal kunne fylle sin funksjon, er det viktig at kommisjonens medlemmer representerer landets fremste ekspertise på området. Dette er også viktig for at kommisjonen skal kunne opptre med den nødvendige legitimitet og autoritet i rettsmedisinske spørsmål, både overfor de sakkyndige, retten, sakens parter og publikum for øvrig. Det er videre ikke minst viktig at medlemmene er engasjerte og interesserte i det rettsmedisinske arbeidet og nyter høy anseelse i miljøet.

Medlemmene av kommisjonen må ha høy utdanning og praktisk erfaring fra rettsmedisinske fag og erfaring som sakkyndige for påtalemyndigheten og retten. Når det gjelder spesialfaglig kompetanse, bør det tilstrebes at medlemmene i en faggruppe best mulig dekker gruppens fagområder. I tillegg til kompetanse i en rekke medisinske disipliner som f.eks. rettspatologi, klinisk rettsmedisin, rettstoksikologi og rettsgenetikk, vil det være behov for spesialister innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, akuttmedisin/anestesiologi, kirurgi, indremedisin, allmenntidrett, rettsodontologi og rettsantropologi. Medlemmene bør ha spesialitet eller tilsvarende fagspesifikk kompetanse innenfor ett eller flere av de aktuelle fagområdene.

Arbeidet i kommisjonen innebærer en vitenskapelig fundert kvalitetskontroll av høyt kvalifiserte fagpersoner. De spesielle problemstillingene kommisjonene forelegges forutsetter at medlemmene har erfaring som sakkyndige. Ved oppnevning skal det også sees hen til ønske om representasjon fra alle landsdeler og til representasjon av begge kjønn.

Til § 3

Bokstav a: Kommisjonens primære oppgave er kvalitetssikring av erklæringer og uttalelser som gis av sakkyndig i rettsmedisinske spørsmål, jf. straffeprosessloven § 147, herunder også tilleggserklæringer. Kommisjonen skal kontrollere alle tilsendte erklæringer og uttalelser som omfattes av betegnelsen rettsmedisin. Det legges til grunn en vid forståelse av begrepet og tradisjonelt omfattes innsendingsplikten fagområdene rettspatologi, rettsgenetikk, rettstoksikologi, rettsantropologi, klinisk rettsmedisin og fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser. Denne listen er imidlertid ikke uttømmende.

Bokstav b: Etter straffeprosessloven § 146 skal kommisjonen være et veiledende organ. Veiledning ut over enkeltsakene er i dag en liten del av kommisjonens arbeid. Kommisjonen besitter høy kompetanse innenfor rettsmedisin og har et omfattende materiale av stor samfunnsmessig interesse. Det er derfor ønskelig at kommisjonens veilederrolle utvikles videre. Det kan for eksempel være å gi generelle råd om hvordan rekvirentens (påtalemyndighetens eller rettens) mandat til den sakkyndige bør utformes i situasjoner hvor rekvirenten ikke har oversikt over det aktuelle medisinske området. Videre kan kommisjonen benyttes som høringsinstans, gi opplysninger om sakkyndige og gi informasjon på det rettsmedisinske området. På denne måten ivaretas behovet for åpenhet og informasjon om det rettsmedisinske arbeidet. Kommisjonen kan også gi råd i enkeltsaker, forutsatt at rådene gis på generelt grunnlag.

Bokstav c: Kommisjonen skal ha ansvar for en felles sakkyndigutdanning (B-nivå). For å sikre bedre kommunikasjon mellom rettens aktører og de sakkyndige

skal kommisjonen ha ansvar for å utdanne rettsmedisinske sakkyndige i bl.a. juridiske og etiske forhold av betydning for sakkyndigrollen, forståelse av mandat, skriving av erklæringer og om Den rettsmedisinske kommisjons arbeid. Dette er en felles sakkyndigutdannelse som retter seg mot alle spesialister i medisin og andre sakkyndige som gjør tjeneste for retten i medisinske spørsmål. Utdannelsen kan også tilpasses ulike rettsmedisinske fag. Utdannelsen skal være åpen for andre aktører, for eksempel jurister som ønsker å forstå mer av de sakkyndiges arbeid. Det nærmere innholdet i utdannelsen utvikles i samarbeid mellom Justisdepartementet og kommisjonen.

Bokstav d: Bestemmelsen er en videreføring av tidligere forskrift § 6 bokstav d, første setning.

Til § 4

Første ledd: Sekretariat skal gi tilfredsstillende bistand til kommisjonen slik at den kan fungere etter målsettingene. For å ivareta kommisjonens oppgaver slik de fremgår i forskriften § 3, kreves det kontorfaglig støtte. Kommisjonens arbeid forutsetter også at det gis juridisk råd og veiledning til kommisjonen. Sekretariatet skal for eksempel gi juridisk bistand til kommisjonen ved behandling av hørings saker, ved vurdering av uttalelser i enkeltsaker og ved uttalelser om prinsipielle straffeprosessuelle spørsmål. I tillegg skal sekretariatet sørge for generell juridisk kvalitetssikring av kommisjonens virksomhet. For å sikre at kommisjonen gis tilfredsstillende juridisk veiledning, skal sekretariatet ledes av en jurist.

Sekretariatet skal legge til rette for en god kommunikasjon og saksflyt i gruppene og kommisjonen som sådan. Dette er særlig viktig fordi kommisjonsmedlemmene befinner seg forskjellige steder i landet. Sekretariatet skal registrere og sende saker til de forskjellige gruppene, innkalle til møter, bistå medlemmene mv.

Ordringen med faste rettsmedisinske sakkyndige i forskrift av 4. mars 1988 nr. 187 om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige, er lite kjent for domstolen, påtalemyndigheten og forsvarere og har i dag liten praktisk betydning. Det er opp til retten og påtalemyndigheten å finne frem til sakkyndige med relevant kompetanse for saken. Som en hjelp her etablerer kommisjonen en oversikt over aktuelle sakkyndige. Rekvirenter skal kunne henvende seg til kommisjons sekretariat for å få oversikt over sakkyndige fra ulike medisinske miljøer og deres kvalifikasjoner. Registeret bør også inkludere sakkyndige i andre land (Norden, EU) som kan være aktuelle for norsk strafferettspleie. Kommisjonen skal kun gi opplysninger om navn på sakkyndige og deres formelle kompetanse, men ikke gi råd om hvilke sakkyndige rekvirenten bør velge.

Sekretariatet må gi kommisjonen tilstrekkelig kontor- og arkivstøtte. Den rettsmedisinske kommisjon skal utvikle et arkiv som også kan være grunnlag for forskning. I tillegg må kommisjonen utvikle statistikk som gir oversikt over forbruk av rettsmedisinske tjenester på landsbasis, i ulike distrikter og vedrørende ulike straffbare forhold. Det bør også utvikles statistikk på grunnlag av de innsendte erklæringene og oversikter over sakkyndige og deres kvalifikasjoner, slik at de ulike instanser kan få tilbakemelding om deres del av virksomheten. Sekretariatet skal også ivareta kommisjonens informasjonsoppgave ved bl.a. å sørge for at informasjon av prinsipiell interesse formidles til berørte aktører. Videre skal sekretariatet svare på henvendelser og formidle kontakt med kommisjonens grupper og medlemmer.

Kommisjonens og sekretariatets arbeidsoppgaver slik de er beskrevet i forskriften § 3 - § 4, forutsetter et tett samarbeid og etablering av gode arbeidsrutiner mellom kommisjonen og sekretariatet.

Til § 5

Første ledd: Sakene som forelegges kommisjonen skal fordeles etter fagområdene den enkelte gruppe har ansvar for. Bl.a. av hensyn til behovet for gode samarbeidsrutiner internt og at kommisjonen utad skal fremstå som et organ, skal kommisjonens leder og gruppelederne sammen utarbeide hensiktsmessige arbeidsrutiner som er tilpasset gruppene og det enkelte fagområde.

Hver sak behandles som hovedregel av tre eller minst av to medlemmer. Hvor mange medlemmer i gruppen som skal kontrollere den enkelte sakkyndigerklæring, må tilpasses den enkelte saks kompleksitet og omfang. Vanligvis sendes sakene til medlemmene som gir sin vurdering av saken. Gruppeleder eller den gruppeleder bestemmer, utformer den endelige uttalelsen. I noen saker kan det være nødvendig at medlemmene har møte for å avgjøre saken.

Kommisjonen må ha tilgang til det skriftlige materialet som den rettsmedisinske erklæringen bygger på for tilfredsstillende å kunne foreta en hensiktsmessig kontroll. Kommisjonen må også kunne be om supplerende opplysninger om de undersøkelser de sakkyndige har gjort, og dermed hvilke premisser erklæringene er basert på.

Som nevnt i § 2, kan gruppeleder innhente sakkyndige utenfor kommisjonen med særlig kompetanse på området saken gjelder. I slik saker er det hensiktsmessig at den sakkyndige gir uttalelse til spørsmål fra kommisjonen eller deltar ved behandlingen av saken i tillegg til kommisjonens medlemmer.

Andre ledd: Kommisjonens uttalelser skal være skriftlige. Kommisjonens uttalelser sendes rekvirent (vanligvis retten). Det skal sendes kopi til den/de sakkyndige og påtalemyndigheten. Andre aktører i saken kan få uttalelsen ved henvendelse til kommisjonen.

Eventuelle dissenser i kommisjonen skal komme skriftlig til uttrykk og mindretallets synspunkter skal begrunnes på lik linje med flertallets standpunkt. Dette er viktig for å synliggjøre og gjøre retten oppmerksom på faglig uenighet.

Dersom retten ønsker det, skal kommisjonens leder, gruppelederen eller et av de medlemmer som har deltatt i behandlingen av saken, møte i retten for å redegjøre for sin forståelse av rettsmedisinske begreper, kommisjonens saksbehandling og kommisjonens forutgående faglige vurderinger av erklæringen. Kommisjonens medlemmer skal imidlertid ikke for retten vurdere de sakkyndiges erklæringer eller uttalelser i retten.

Tredje ledd: Det kan avholde møter dersom det er saker av generell art mv. som bør behandles av gruppen eller kommisjonen samlet.

Til § 6

Andre setning: Som nevnt i merknadene til forskriften § 4, har ordningen med faste rettsmedisinske sakkyndige i dag liten praktisk betydning og er derfor opphevet. I stedet skal kommisjonens sekretariat etablere en oversikt over rettsmedisinsk sakkyndige og deres kvalifikasjoner, jf. forskriften § 4 og merknader til denne.

