

# Den rettsmedisinske kommisjon

## Årsrapport 2011

<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>Side</b>
Årsrapport for Den rettsmedisinske kommisjon 2011	2
<b>Gruppenes rapporter</b>	
Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin	6
Toksikologisk gruppe	13
Genetisk gruppe	16
Psykiatrisk gruppe	20

# Årsmelding for Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) 2011

Den rettsmedisinske kommisjon er hjemlet i straffeprosessloven (strpl.) § 146. Kommisjonen ble opprettet i 1900. Kommisjonens virksomhet følger av strpl. § 147 og er nærmere regulert i Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon (FOR 2003-03-14 nr. 294).

Kommisjonen blir oppnevnt av Justis- og beredskapsdepartementet for tre år av gangen. Nåværende kommisjon ble oppnevnt 1. april 2009 og fungerer til 1. april 2012. Det ble i 2009 også oppnevnt ny leder for kommisjonen.

Kommisjonen består av fire grupper: Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, Toksikologisk gruppe, Genetisk gruppe og Psykiatrisk gruppe.

Statens sivilrettsforvaltning (SRF) er tillagt oppgaven som sekretariat for kommisjonen. Sekretariatsleder var i 2011 avdelingsdirektør i SRF Thomas Laurendz Bornø. Sekretariatet har, utover sekretariatsleder og sekretærer, vært styrket med jurister ansatt i SRF.

Kommisjonens sammensetning pr. 1.1.2011:

**Leder: Professor, dr. med. Tarjei Rygnestad, Trondheim/Oslo**

## **Gruppene har hatt følgende sammensetning:**

### **Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin**

*Leder:* Professor, dr. med. Torleiv Ole Rognum, Oslo

*Nestleder:* Professor, dr. med. Inge Morild, Bergen

Professor, dr. med. Kari Ormstad, Oslo

Professor, dr. med. Åshild Vege, Oslo

Førsteamanuensis, dr. med. Arne Kr. Myhre, Trondheim

Professor, dr. med. Lars Uhlin-Hansen

Professor, dr. med. Ivar Skjåk Nordrum, Trondheim

Professor, dr. med. Berit Schei, Trondheim

Professor, dr. med. Eldar Søreide, Stavanger

Overlege, dr. med. Jens Grøgaard, Oslo

### **Toksikologisk gruppe**

*Leder:* Professor, dr. med. Tarjei Rygnestad, Trondheim

*Nestleder:* Professor, dr. med. Lars Slørdal, Trondheim

Førsteamanuensis Brita Teige, Oslo

Professor, dr. med. Jørg Mørland, Oslo

Overlege, dr. med. Bettina Riedel, Bergen

Overlege, dr. med. Thor Hilberg, Oslo

### **Genetisk gruppe**

*Leder:* Professor, dr. philos. Hans Geir Eiken, Bergen og Lærdal

*Nestleder:* Førsteamanuensis Rune Johan Andreassen, Oslo

Professor Niels Morling, København

Professor Ragnhild Lothe, Oslo

Forsker, dr. ing. Ingrid Eftedal, Trondheim

Professor Dag Undlien, Oslo

Professor Per M. Knappskog, Bergen

Professor Marie Allen, Uppsala  
Forsker Toril Fagerheim, Tromsø

### **Psykiatrisk gruppe**

*Leder:* Overlege, spesialist i psykiatri Karl Henrik Melle, Trondheim  
*Nestleder:* Spesialist i psykiatri Gunnar Johannessen, Grimstad  
Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri Jannike Snoek, Oslo  
Professor, spesialist i klinisk psykologi (barne og ungdom) Annika Melinder, Oslo  
Professor, dr. philos, spesialist i klinisk nevropsykologi og i psykologisk habilitering Kirsten Rasmussen, Trondheim  
Professor, dr. philos, spesialist i klinisk voksenpsykologi og i klinisk nevropsykologi Knut Waterloo, Tromsø  
Overlege, spesialist i psykiatri Andreas Hamnes, Trondheim  
Spesialist i psykiatri Agneta Nilsson, Risør  
Overlege, spesialist i psykiatri Hege Saltnes, Sandefjord

### **Sekretariatet**

Sekretærer tilknyttet kommisjonen har vært Veronika Hovi og Kristine Bielke Djupvik. Veronika Hovi var i permisjon en stor del av året og var erstattet av Eline Sekkelsten Østby. Kristine Bielke Djupvik var i permisjon en stor del av året og var erstattet av Kristin Birkeland Galteland. Som følge av den stadig økende og store saksmengden, ble Victoria Gradinari engasjert for å styrke sekretærfunksjonen.

I tillegg til registrering og skanning av de innsendte sakene som skal kvalitetssikres i kommisjonen, har sekretariatet mottatt andre henvendelser til DRK av mer generell art. Disse er stort sett besvart av kommisjonens leder i samarbeid med sekretariatsleder og sekretariatets øvrige jurister.

Elektronisk saksbehandling har blitt implementert fullt ut i 2011. Dette har ført til en generell reduksjon i saksbehandlingstiden. Det har vært en del diskusjoner rundt det elektroniske saksbehandlingssystemets stabilitet, anvendelighet og fleksibilitet. Det ble i løpet av året gjort rettelser, forbedringer og oppdateringer av det elektroniske saksbehandlingssystemet. Inntrykket ved årets slutt er at det i alle grupper fungerer rimelig bra og akseptabelt for de aller fleste av kommisjonens medlemmer. Som det går fram av meldingen fra de ulike gruppene har den elektroniske saksbehandlingen gjort at saksbehandlingstiden har gått ned.

Sekretariatets hjemmeside finnes under [www.sivilrett.no](http://www.sivilrett.no)

### **Kommisjonens virksomhet**

DRKdeltar i undervisning og utvikling innen relevante norske spesialiteter og gjennom selv å arrangere og å støtte B- og C-kurs.

Det ble ikke arrangert B-kurs i strafferett og strafferettspleie i 2011 fordi det ikke var tilstrekkelig antall søkere i målgruppen.

Det foreligger ingen formell godkjenning av rettsmedisinere som egen spesialitet i Norge. Ved å arbeide i andre land der man har en slik ordning kan man imidlertid spesialisere seg i rettsmedisin. Som eksempel nevnes Sverige som har etablert spesialiteten Rettspsykiatri.

Kommisjonen fører register over de som har gjennomgått B-kurs. Kommisjonen har også

oversikt over psykiatere og psykologer som har sagt seg villige til å ta på seg oppdrag som rettspsykiatrisk sakkyndige. Oversikt over personer som har sagt seg villige til å påta seg oppdrag som rettsmedisinsk sakkyndige (alle disipliner) og deres formelle kompetanse vil bli oppdatert i 2012. Oversikten vil bli gjort tilgjengelig på kommisjonens hjemmeside.

Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin arbeider fortsatt for en sertifiseringsordning for rettsmedisinere.

Kommisjonen samarbeider med Domstoladministrasjonen og det har i 2011 vært avholdt møter med Riksadvokaten og politisk ledelse. Lederen av Psykiatrisk gruppe var også i år med på møtet med Riksadvokaten.

Kommisjonen har deltatt i en arbeidsgruppe med Justis- og beredskapsdepartementet vedrørende rutiner og utlysningstekst for eventuelle nye medlemmer når ny kommisjon skal oppnevnes. Det har ikke vært mulig å gjøre denne ordningen gjeldende for oppnevning av ny kommisjon i april 2012, men arbeidet antas å ville bli fulgt opp videre.

Det ble i 2011 arrangert ett fellesmøte for alle kommisjonens medlemmer og ett møte for leder og nestleder i gruppene.

Kommisjonen har forøvrig vært involvert i den såkalte “terrorsaken” i forbindelse med vurdering av en rekke sakkyndige erklæringer. Kommisjonens leder og lederen av Psykiatrisk gruppe har brukt mye tid på å motta og å besvare henvendelser i saken, spesielt i tilslutning til kommisjonens vurdering av den første rettspsykiatriske erklæringen fra de rettsoppnevnte sakkyndige. I arbeidet med denne saken har kommisjonen vært bistått av juristene i sekretariatet.

### **Kommisjonen har avgitt flere høringsuttalelser**

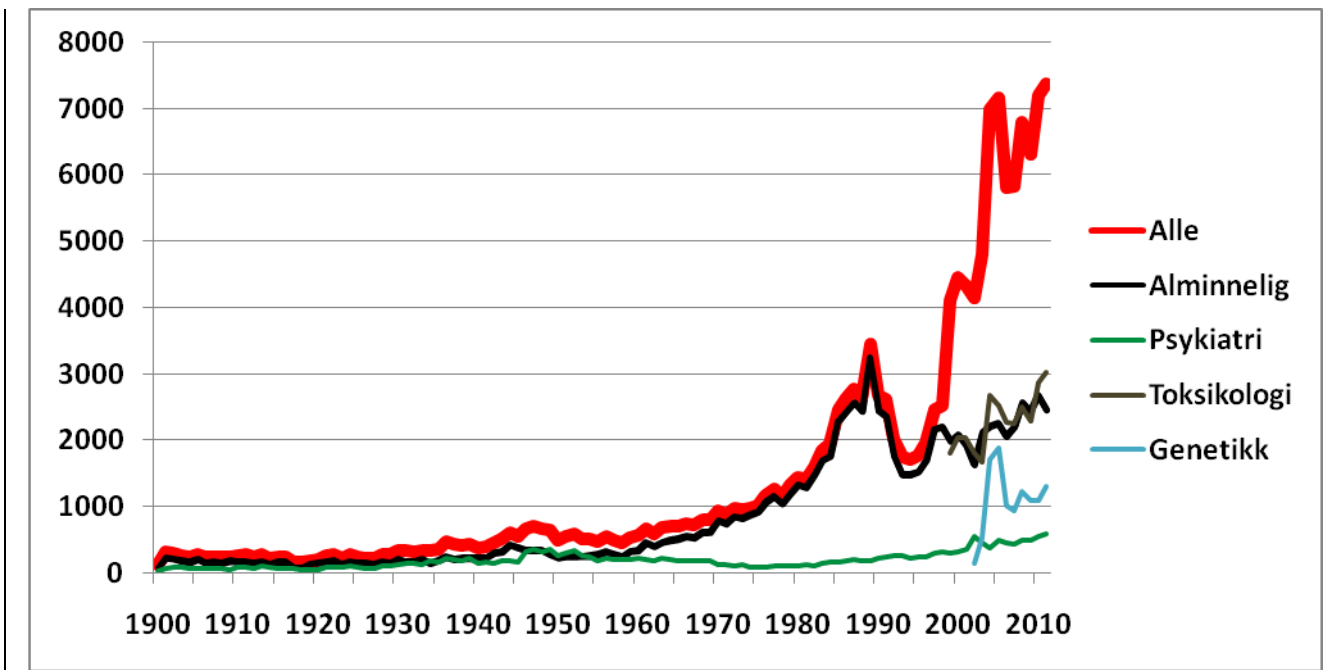
Disse finnes på DRKs hjemmeside: <http://www.sivilrett.no/nb/Innhold/DRK/Horingssvar-fra-kommisjonen/>

### **Sakstallet**

Det har vært en betydelig øking i antallet saker de seneste årene, noe som er vist i figuren under. De siste 10 årene har det vært øking på ca. 70 %. Kommisjonsarbeidet tar derfor betydelig tid både for kommisjonsmedlemmene og for kommisjonens sekretariat.

Antallet hastesaker har gått ned. Antallet hastesakerer gjengitt nedenfor under de ulike gruppenes egne redegjørelser. Det er økende behov for tilgjengelighet for kommisjonens medlemmer og ledere, noe nåværende organisering ikke har tatt høyde for. Kommisjonen vil spille inn dette til samarbeidspartnere.

## Den rettsmedisinske kommisjon: saker pr. år 1900 - 2010



Alminnelig = Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin

### Sakstallet i 2011

	Primær- uttalelser	Tilleggs- uttalelser	I alt Antall (%)
Rettspatologi og klinisk rettsmedisin	2 462	21	2 483 (31)
Toksikologi	3 016	68	3 084 (39)
Genetikk	1 294	211	1 719 (22)*
Psykiatri	490	107	597 (8)
<b>I alt</b>	<b>7 262</b>	<b>621</b>	<b>7 883(100)</b>

\* Antall svar på sakkyndige uttalelser

## Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin

### Antall behandlede sakkyndige erklæringeri 2011 (inkludert tilleggsuttalelser):

- 2483 sakkyndigerklæringer, hvorav
- 1681 rettsmedisinske obduksjonsrapporter og
- 802 klinisk rettsmedisinske rapporter

### Sakkyndigeprimærerklæringer:

Fagomåde/År	2007	2008	2009	2010	2011
Rettspatologi	1675	1938	1767	1857	1645
Klinisk rettsmedisin	491	593	635	794	782
Rettsodontologi			3	1	1
Rettsantropologi	2		2	3	11
Annet rettsmedisinsk område*	40	40	27	16	23
<b>I alt</b>	<b>2208</b>	<b>2571</b>	<b>2434</b>	<b>2671</b>	<b>2462</b>

\* omfatter åstedsrapporter mv

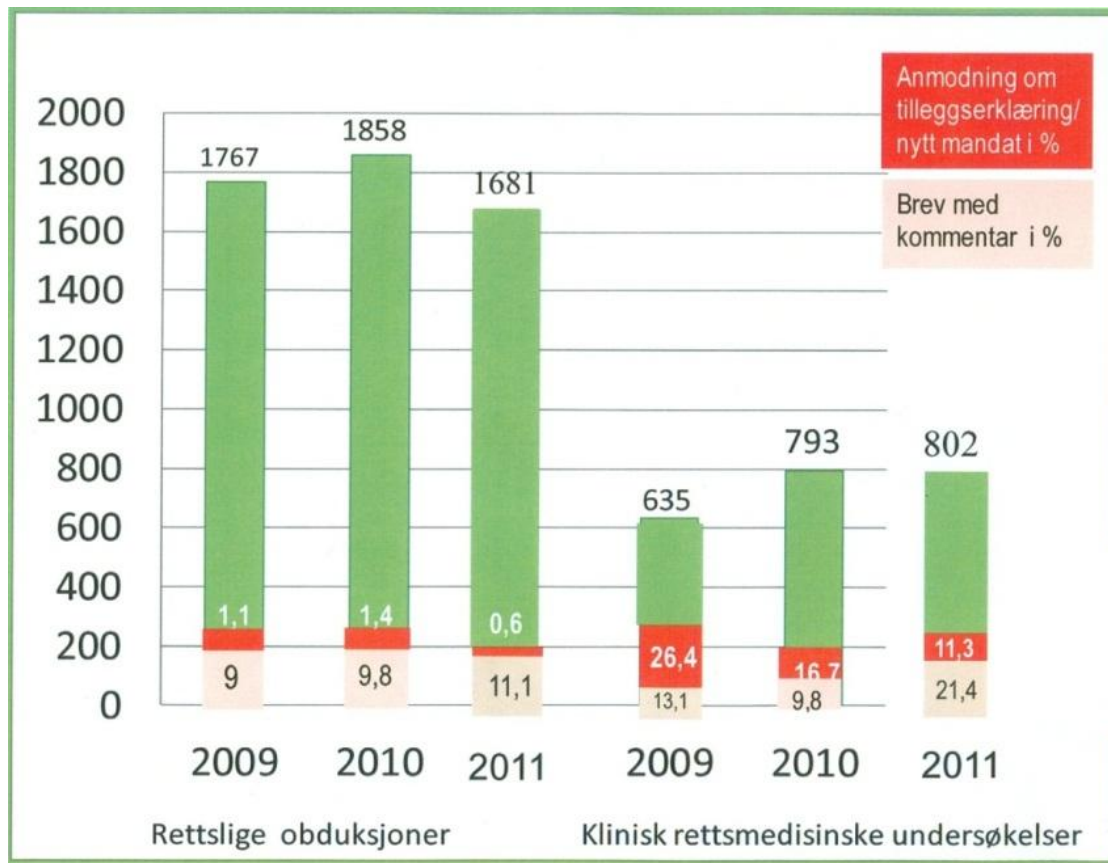
-

### Rettsmedisinske obduksjonsrapporter

Som i 2010 var det gjennomgående høy kvalitet på de rettsmedisinske obduksjonsrapportene. I 11,1 % av sakene mottok de sakkyndige brev fra DRK med mindre bemerkninger som ikke krevde tilleggserklæring. Kun i 0,6 % av tilfellene ble det anmodet om tilleggserklæring. Andelen sakkyndig erklæringeri rettspatologi som fikk brev med bemerkninger fra DRK er omtrent uforandret i forhold til 2009 og 2010 (figur 1).

### Klinisk rettsmedisinske rapporter

I omtrent 1/3 av sakene har de sakkyndige mottatt bemerkninger fra DRK. Det er imidlertid en tendens til at anmodninger om tilleggserklæring fraden sakkyndige eller anmodning om å utarbeide et klart mandat fraoppdragsgiver, forekommer noe sjeldnere enn i 2009 og 2010 (figur 1). På den annen side har andelen som mottok uttalelsemmed mindre bemerkninger økt.



**Figur 1:** Rettspatologi/klinisk rettsmedisin 2009-2011

### Andre rettsmedisinske rapporter

DRK mottok i 2011:

- 1 rettsodontologisk rapport
- 11 rettsantropologiske rapporter
- 22 andre rapporter, bl.a. åstedsrapporter

## Rettspatologi

### Geografiske variasjoner i obduksjonshyppighet

Som tidligere er det stor geografisk variasjon når det gjelder hyppigheten av rettslige obduksjoner. Oslo har den høyeste obduksjonsfrekvensen med 54 rettsmedisinske obduksjoner pr. 100000 innbyggere. Derest følger Hordaland og Rogaland med henholdsvis 47 og 46 rettsmedisinske obduksjoner pr. 100000 innbyggere. Den laveste obduksjonsfrekvensen finnes i Hedmark med 9 rettsmedisinske obduksjoner pr. 100000 innbyggere. Nest lavest er Agder fylkene med 11, og Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag med 16, tett fulgt av Nordland med 18 rettsmedisinske obduksjoner pr. 100000 innbyggere (tabell 1). Den lave obduksjonsfrekvensen i enkelte fylker kan utgjøre et rettssikkerhetsproblem.

**Tabell 1. Antall rettslige obduksjoner, klinisk rettsmedisinske undersøkelser og andre rettsmedisinske rapporter i de ulike fylkene (pr. 100000 innbyggere)**

Fylke	Retts- patologi	Pr 100000	Klinisk rettsmedisin	Andre rettsmedisinske områder	Antall innbyggere
Finnmark	25	34	9		73839
Troms	62	39	31	2	158492
Nordland	43	18	36	1	238300
Nord-Trøndelag	21	16	22		133289
Sør-Trøndelag	109	37	60	1	297951
Møre og Romsdal	41	16	23		256548
Sogn og Fjordane	31	29	6	1	108099
Hordaland	228	47	75		490274
Rogaland	203	46	39		442889
Agderfylkene	31	11	28	1	285814
Vestfold	91	38	18	1	236410
Telemark	54	32	25		169911
Buskerud	94	35	66	4	265041
Oppland	37	20	26	1	187150
Hedmark	18	9	9	1	192823
Akershus	122	22	49	2	556033
Oslo	335	54	217	17	614798
Østfold	104	37	37	2	278301
Svalbard	2				
<b>I alt</b>	<b>1651</b>		<b>776</b>	<b>34</b>	<b>4985962</b>

### **Dødsfall inndelt etter omstendigheter**

Mer enn halvparten (56 %) av obduksjonene gjelder dødsfall i bopel (Tabell 2).

Rettsmedisinske obduksjoner utført med bakgrunn i spørsmål om medisinsk feilbehandling («sykehusdødsfall») utgjorde 79 tilfeller (5 %). Dette tallet er lavt med bakgrunn i dagens diskusjon om dødsfall i sykehus på grunn av feil. SINTEF-rapporten opererer med vel 4000 slike dødsfall. Selv om dette tallet trolig er for høyt, burde nok flere «unaturlige» dødsfall i sykehus meldestil politiet slik at rettsmedisinsk obduksjon kan utføres. En eventuell ny ”havarikommisjon” som skal etterforske slike tilfeller vil kunne bli langt mer effektiv dersom det er foretatt obduksjon.

Det har vært 12 dødsfall i arrest. Her er obduksjonsfrekvensen trolig 100 %, siden slike dødsfall undersøkes av Spesialenheten for politisaker.

Når det gjelder flere av de øvrige dødsfallene inndelt etter omstendigheter, er tallene lite valide da obduksjonsfrekvensen varierer svært meget mellom politidistriktene (tabell 2).



**Tabell 2. Dødsfall etter omstendighetene**

<b>Omstendighetene</b>	<b>2011</b>
Død på bopel	880
«Sykehusdødsfall»	79
Spedbarnsdødsfall	20
Dødsfall i fengsel/arrest	12
Trafikkulykker	108
Arbeidsulykker	25
Flyulykker	5
Fritidsulykker	49
Andre omstendigheter	407
<b>I alt</b>	<b>1 585</b>

**Dødsfall etter døds måte**

Naturlig død utgjør knapt 1/3 av dødsfallene som ble rettsmedisinsk obdusert. De øvrige 2/3 er rubrisert som unaturlig død: Drap, selvdrap, ulykke, forgiftning samt ukjent døds måte (tabell 3).

Bortsett fra ved drap, er tallene ikke representative for landet, da rekvisisjonspraksis varierer meget mellom politidistriktene. Tallene avviker svært mye fra tall fra Statistisk sentralbyrå.

**Tabell 3. Antall dødsfall etter døds måte 2007-2011**

<b>Døds måte</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Drap	41	28	36	44	40*
Selv mord	196	268	248	279	263
Ulykke	354	365	365	356	349
Forgiftning (ulykker og selvmord)	357	406	345	318	290
Naturlig død	620	717	571	582	505
Ukjent døds måte	107	153	113	141	145
<b>I alt</b>	<b>1675</b>	<b>1937</b>	<b>1678</b>	<b>1720</b>	<b>1592</b>

\*Drapene 22.7.2011 er ikke tatt med

**Drap**

I 2011 ble det utført i alt 40 obduksjoner i forbindelse med enkelt-drap. I tillegg kommer drapene i forbindelse med terroraksjonene 22. julimed 77 ofre. Ser man bort fra terroraksjonene er drapsfrekvensen nokså uforandret sammenlignet med 2009 og 2010, henholdsvis 36 og 44 drap (tabell 3). Ser man bort fra hendelsene 22. juli, er knivdrap hyppigste drapsmetode med 16 tilfeller (40 %), fulgt av stump vold med 12 tilfeller (30 %) (tabell 4). Det drepes nesten dobbelt så mange menn som kvinner (tabell 4).

**Tabell 4. Drapsmetode ved 40 drap i Norge fordelt etter offerets kjønn i 2011**

<b>Metode</b>	<b>Antall</b>	<b>Mann</b>	<b>Kvinne</b>
Skarp vold skader	16	11	5
Stump vold skader	12	9	3
Skuddskader	5	3	2
Kvelning	4	1	3
Forgiftning	1		1
Annet/Ukjent	2	2	

<b>Totalt</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>14</b>
---------------	-----------	-----------	-----------

### Selvdrap

Hengning er som tidligere, den hyppigste selvmordsmetoden, tett fulgt av forgiftninger (tabell 5). Selvmordstallene i Norge er imidlertid langt høyere enn det som fremgår av DRK's materiale. I 2011 var det i alt 367 obduksjoner i forbindelse med selvdrap, noe som bare utgjør noe over halvparten av antallet som angis i Statistisk sentralbyråsstatistikk over dødsårsaker. Det lave tallet skyldes at flere politidistrikter ikke synes å rekvirere obduksjon ved selvdrap.

Som tidligere er det dobbelt så mange selvmord blant menn som blant kvinner (tabell 5).

**Tabell 5. Selvdrap rapportert til DRK i 2011**

	<b>Mann</b>	<b>Kvinne</b>	<b>Til sammen</b>
Kvelning*	99	42	141
Forgiftning m/legemidler, narkotika, alkohol	50	51	101
Kullosforgiftning (eksos)	3		3
Skuddskader	39	4	43
Stump vold skader	28	11	39
Skarp vold skader	6	2	8
Drukning	10	11	21
Brann	6	2	8
Annet	2	1	3
<b>I alt</b>	<b>243</b>	<b>124</b>	<b>367</b>

\*Gjelder hovedsakelige kvelning ved hengning

### Unaturlige dødsfall i spedbarnsalder

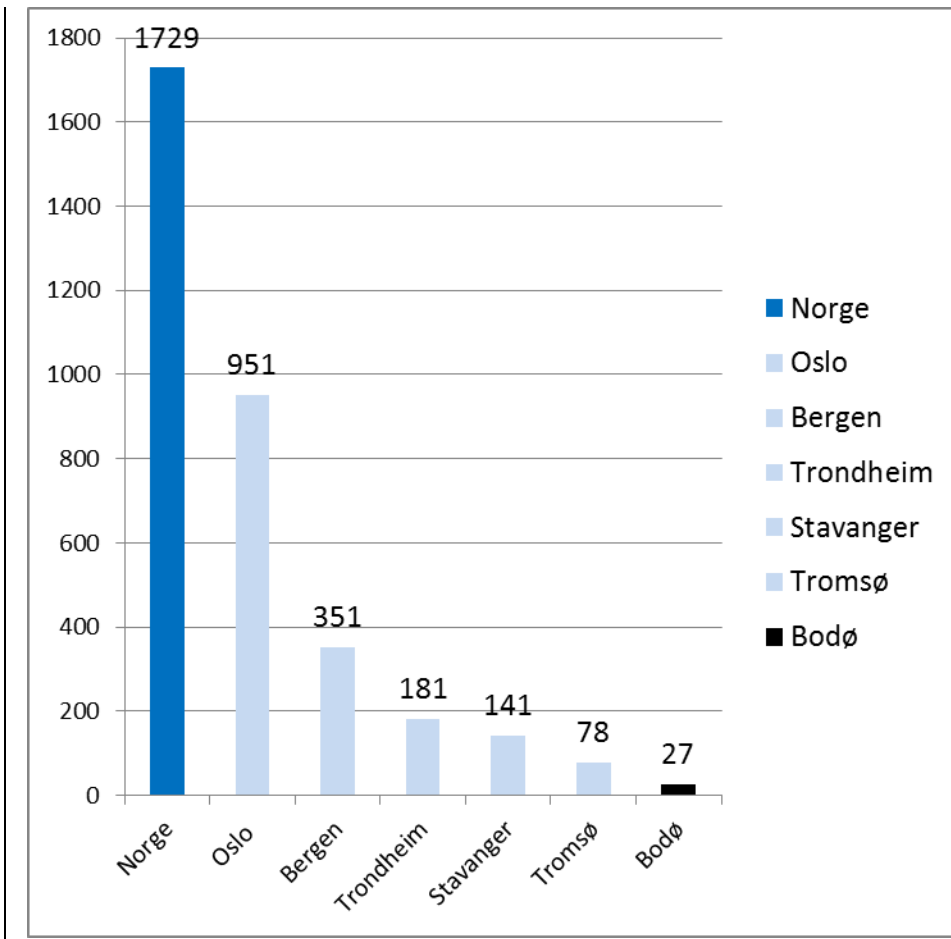
Det var i alt 20 unaturlige spedbarnsdødsfall i 2011. Resultatene fra de landsomfattende dødsstedundersøkelsene ved plutselig uventet død hos barn fra 0 til 4 år, som startet 1.11.2010, viser at det var 14 tilfeller av «krybbedød» (Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), dvs. dødsfall som forblir uforklarlige etter undersøkelse av sykehistorien, dødsstedundersøkelse og en grundig obduksjon (tabell 6).

**Tabell 6. Fordeling av plutselig uventede dødsfall hos barn 0-4 år. (74 % av barna var spedbarn, dvs. under 1 år)**

<b>Uforklarlige dødsfall</b>	
Krybbedød (SIDS)	<b>14 (40 %)</b>
<b>Forklarlige dødsfall</b>	
Akutt sykdom	15 (43 %)
Ulykker	2 (6 %)
Foreløpig ikke inkludert	4 (11 %)

### Utfordringer i rettspatologi

Profesjonaliseringen av rettspatologien synes å fortsette. I 2011 ble 98,4 % av de rettsmedisinske obduksjonene utført ved de rettsmedisinske sentrene i Tromsø, Trondheim, Bergen, Stavanger og Oslo (figur 2).



**Figur 2.** Antall rettsmedisinske obduksjoner i Norge i 2011 fordelt på rettsmedisinske sentre ■ og avdeling for patologi ■

### Sertifisering av rettsmedisinere (rettspatologi og klinisk rettsmedisin)

DRK ser det som en fordel at rettsmedisinske obduksjoner i størst mulig grad lokaliseres til de rettsmedisinske sentrene.

### Krav til stedet der rettsmedisin utøves

Ingen av de norske rettsmedisinske sentrene er ennå akkrediterte.

## Klinisk rettsmedisin

Selv om det sees en tendens til bedre kvalitet i klinisk rettsmedisinske sakkyndigerklæringer, er det enda langt frem til en jevnt høy kvalitet (figur 1). Det forekommer imidlertid ennå at DRK mottar skjemaer utfylt for hånd med nesten uleselig skrift. Slike erklæringer utgjør et rettssikkerhetsproblem.

Også for klinisk rettsmedisinske undersøkelser er det en god del variasjon fra fylke til fylke. Fra Finnmark, Sogn og Fjordane og Hedmark mottas få erklæringer (tabell 1).

### Undersøkelse i sedelighetssaker fordelt på alder

I sedelighetssaker var ca. 18 % av fornærmede under 16 år, mens kun 1 av 14(7 %) mistenkte i sedelighetssaker var under 16 år (tabell7).

**Tabell 7. Undersøkelser i sedelighetssaker 2011**

Status	<16 år	≥16 år
Mistenkt	1	13
Fornærmet	69	317
I alt	70	330

### Fornærmedes kjønnsfordeling i sedelighetssaker

I disse sakene var ca. 18 % av fornærmede kvinner under 16 år. For menn var tilsvarende andel 14 % (tabell 8).

**Tabell 8. Undersøkelse av fornærmet i sedelighetssaker fordelt på menn og kvinner**

Status	<16 år	≥16 år
Kvinner	64	286
Menn	5	31
I alt	<b>69</b>	<b>317</b>

### Kvalitetsheving i klinisk rettsmedisin er nødvendig

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen har ansvar for opplæringen av leger som arbeider ved Voldtekstmottak. DRK-medlemmene Berit Schei og Kari Ormstad har holdt en lang rekke kurs over hele landet. Tilsvarende har Arne Kr. Myhre, Jens Grøgaard, Åshild Vege, Torleiv Ole Rognum og Norsk Rettsmedisinsk Forenings leder Arne Stray-Pedersen holdt mange foredrag/kurs om rettsmedisinske undersøkelser ved barnemishandling.

En sertifiseringsordning for leger som utfører klinisk rettsmedisin har vært diskutert. Det er flere gode argumenter for at en slik ordning burde gjennomføres. Krav til stedet der klinisk rettsmedisin utføres burde også diskuteres. Slike sentre bør ha ledelse med spesialkompetanse og dessuten ha et minimumsvolum av saker slik at man kan opprettholde og videreutvikle nødvendig erfaring. Det er lite ønskelig at tilfeldige leger uten trening for denne typen saker blir satt til å utarbeide rettsmedisinske sakkyndigerklæringer.

### Referanser:

Barnedødsårsaksgruppen Folkehelseinstituttet. Dødsstedundersøkelse ved plutselig uventet barnedød. Statusrapport første år. Folkehelseinstituttet desember 2011.

## Toksikologisk gruppe

### Generelt

Det ble i 2011 mottatt i alt 3016 retts toksikologiske sakkyndige primærerklæringer (tabell 1). Dette var en øking på 5,2 % fra 2010, da det var 2868 primærerklæringer. I tillegg ble det mottatt 68 tilleggserklæringer etter straffeprosesslovens § 147, annet ledd. I alt utgjør dette 3 084 erklæringer.

**Tabell 1. Sakkyndige primærerklæringer**

År	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Antall</b>	2521	2278	2252	2502	2291	2868	3016

### Type lovovertrjedelse

Kun et fåtall saker omhandlet andre forhold enn vurdering av påvirkning. Det alt overveiende antallet gjelder fortsatt mistanke om overtrjedelse av vegtrafikklovens bestemmelser om bilkjøring under påvirkning av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel. Resten var fordelt på ulike andre lovområder (tabell 2).

**Tabell 2 Type lovovertrjedelse**

Fag/Lovområde*	Vtrl	Nark	Strl	LL	Sed	Båt	LM	Vå	A	I ALT
Rettstoksikologi	2900	45	6	25	13	9	1	1	16	3016

\*Vtrl: Vegtrafikkloven, Nark: Straffeloven § 162, Strl: Straffeloven for øvrig, L/L: Liv-, legeme- og helbreds kapitlet, LM: Legemiddeloven, Luft: Luftfartsloven, Sed: Sedelighetskapitlet i Strl, Båt: Småbåtloven, Vå: Våpenloven, A: Annet

### Fylkesvis fordeling av saker innen retts toksikologi

I tabell 3 er det gitt en oversikt over den fylkesmessige fordelingen av retts toksikologiske saker de siste to år. 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.

Det er en relativt betydelig fylkesmessig variasjon i antallet saker. Variasjonen i 2011 var fra 91 saker pr. 100 000 innbyggere fra Rogaland til 19 saker pr. 100 000 fra Sogn og Fjordane.

Fra 2010 til 2011 var det størst øking i antallet saker fra Troms (38 %), Rogaland og Østfold (begge 23 %). Fra 2010 til 2011 var det størst nedgang i antallet saker fra Sogn og Fjordane (34 %), Nord-Trøndelag (31 %) og Buskerud (11 %).

Når man ser på antall saker i forhold til innbyggertallet kom det i 2011 flest saker fra Rogaland, Akershus og Telemark. I 2010 var dette Vestfold, Buskerud og Rogaland. Færrest saker sett i forhold til innbyggertallet kom i 2011 fra Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Buskerud. I 2010 var dette også Nordland, Sør- og Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal.

**Tabell 3. Fylkesvis fordeling av saker (primærerklæringer)**

Fylke	Sakkyndige erklæringer i alt			
	2010		2011	
	Antall	Pr 100 000	Antall	Pr 100 000
Finnmark	32	44	36	49
Troms	87	56	120	76
Nordland	47	20	50	21
Nord-Trøndelag	49	37	34	26
Sør-Trøndelag	107	37	103	35
Møre og Romsdal	94	37	112	44
Sogn og Fjordane	32	30	21	19
Hordaland	312	65	343	70
Rogaland	326	76	402	91
Agderfylkene	205	73	191	67
Vestfold	182	79	167	71
Telemark	123	73	130	77
Buskerud	202	78	179	68
Oppland	76	41	71	38
Hedmark	102	53	98	51
Akershus	398	74	448	81
Oslo	359	61	340	55
Østfold	132	49	162	58
Andre	3	-	9	-
<b>I ALT</b>	<b>2868</b>	<b>59</b>	<b>3016</b>	<b>60</b>

**Reaksjoner fra Den rettsmedisinske kommisjon:**

I 2011 var det ingen bemerkninger til 86 % av sakene, sammenlignet med 90 % i 2010. Dette anser DRK som en mindre endring. Økingen er stort sett en øking i bemerkninger der man ikke ber om tilleggserklæring. Det var vesentlige bemerkninger til 13 % av erklæringene. Man ba om tilleggserklæring fra den sakkyndige i 54 saker (2 %). Antallet tilleggserklæringer (68) er noe høyere enn dette fordi enkelte tilleggserklæringer kommer pga. at mandatet er endret eller at det er fremlagt tilleggsopplysninger som ønskes belyst. Antallet tilleggserklæringer er lavere enn tidligere, noe som reflekterer at de ikke etterspørres like hyppig.

**Behandlingstid**

Median behandlingstid var ca. 16 dager og gjennomsnittet var 17 dager. Dette er nesten en halvering sammenlignet med 2010 (hhv 28 og 31 dager).

**Kommentarer til tallene**

Økningen i antallet saker fra 2009 til 2010 har fortsatt i 2011, om enn i noe mindre grad. Dette skyldes sannsynligvis stor aktivitet hos politiet.

Den til dels betydelige variasjonen i den fylkesmessige bruken av rettstoksikologiske undersøkelser kan skyldes både bemanning, geografi, prioriteringer og økonomiske disposisjoner. Flest uttalelser sendes inn fra Rogaland som i tillegg har hatt en vesentlig økning. Antall undersøkelser fra Nord-Trøndelag har gått ned igjen, men antallet er fortsatt høyere enn i 2009. Nord-Trøndelag har gjennom en årrekke utmerket seg med et lavt antall saker, både i absolutte tall og relativt sett.

Behandlingstiden er betydelig kortere enn foregående år, noe innføring av elektronisk saksbehandling kan ha bidratt til.

Det var også dette året en viss øking i antallet vesentlige bemerkninger, men DRK tror ikke endringen er av betydning og andelen bemerkninger har vært relativt stabil de siste årene. Som før blir vesentlige bemerkninger som hovedregel besvart. Storparten av bemerkningene fra kommisjonen er fortsatt generelle og gjelder forhold som retten kan ta stilling til under en evt. rettssak. Antallet tilleggserklæringer er tilfredsstillende og synes å stå i forhold til de bemerkningene som gis.

### **Gruppens arbeid**

Gruppen har seks medlemmer. Saksmengden er betydelig, men fortsatt overkommelig med den sammensetningen gruppen har. Saksarbeidet har gått uten nevneverdige problemer og behandlingstiden har gått ned. Fortsatt blir de aller fleste sakene behandlet av to medlemmer, unntaksvis tre.

Gruppen hadde to møter for å diskutere faglige spørsmål. Forsking og ny viten på det rettstoksikologiske området blir presentert og diskutert. Man har da diskutert enkeltstoffer som av spesiell interesse for rettstoksikologien og som det er viktig å belyse og diskutere med jevne mellomrom.

## Genetisk gruppe

Genetisk gruppe har hatt 9 medlemmer i perioden 2009-2012.

I 2011 ble det behandlet 1294 primærerklæringer i rettsgenetikk, noe som er en økning på 18 % i forhold til 2010. I tillegg ble det behandlet 211 tilleggserklæringer i 2011.

**Tabell 1: Sakkyndige primærerklæringer i rettsgenetikk behandlet i DRK 2006-2011**

År	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Primærrapporter	643	924	1 217	1 088	1 093	1 294

Tabell 1 viser utviklingen av antallet saker i fagområdet genetikk fra 2006 til 2011. I følge strpl.§ 147 skal den sakkyndige straks sende DRK avskrift av den skriftlige erklæringen som gis retten eller påtalemyndigheten. Rettsgenetiske saker ble innsendt til DRK fra og med 2003. Fra 2006 ble imidlertid ikke saker der det ikke er påvist DNA eller der rapporten kun beskriver fullstendige og rene DNA profiler sendt inn til DRK. Dette unntaket fra innsendingsplikten i strpl. §147 ble gjort med fullmakt fra Justis- og beredskapsdepartementet for rettsgenetiske saker ut fra hensynet til best mulig ressursutnyttelse. Kommisjonen mottar heller ikke saker som henlegges av politiet. DRK oppfatter formålet med unntakene fra innsendelsesplikten slik at kommisjonen først og fremst skal bruke resurser på å kontrollere de rettsgenetiske uttalelsene hvor den sakkyndige utøver skjønn. Med utgangspunkt i disse kriteriene har den sakkyndige ansvaret for å vurdere om en sak i rettsgenetikk skal sendes inn til DRK eller ikke. Disse begrensningene i innsendingsplikten og etterprøvingen av rettsgenetiske uttalelser er likevel et omdiskutert tema, da også andre kriterier kan ligge til grunn for et sakkyndig skjønn enn DNA profilen.

Den fylkesvise fordelingen av saker i rettsgenetikk som er behandlet i DRK viser noe variasjon når det gjelder antall saker pr. innbygger i perioden 2009-2011 (tabell 2). I 2011 er Finnmark og Telemark de fylkene med flest saker pr. innbygger, mens Sogn og Fjordane som tidligere er fylket med færrest saker. Økningen i antall rettsgenetiske saker til behandling i DRK har i perioden vært størst fra Finnmark.



**Tabell 2: Fylkesvis fordeling av rettsgenetiske primærerklæringer behandlet i DRK 2009-2011**

Fylke	2009		2010		2011	
	Ant	Pr 100 000	Ant	Pr 100 000	Ant	Pr 100 000
Finnmark	10	14	20	28	30	41
Troms	45	29	34	22	47	30
Nordland	31	13	33	14	36	15
Nord-Trøndelag	25	19	15	12	19	14
Sør-Trøndelag	53	18	55	19	89	30
Møre og Romsdal	34	14	33	10	38	15
Sogn og Fjordane	13	12	8	8	14	13
Hordaland	140	29	124	26	127	29
Rogaland	95	22	110	26	121	27
Agderfylkene	43	15	54	19	49	17
Vestfold	49	21	51	21	38	16
Telemark	47	28	50	30	67	39
Buskerud	50	19	38	15	77	29
Oppland	51	28	25	14	35	19
Hedmark	45	24	44	23	45	23
Akershus	147	28	132	25	148	27
Oslo	141	24	188	32	230	37
Østfold	69	25	77	28	84	30
Andre	-	-	2	-	-	-
<b>I ALT</b>	<b>1 088</b>	<b>22</b>	<b>1 093</b>	<b>23</b>	<b>1 294</b>	<b>19</b>

Det har i perioden 2009-2011 vært en betydelig økning av antallet rettsgenetiske saker mottatt av DRK innenfor Sædlighet- og Liv-legme-helberedskapittelene i straffeloven (tabell 3).

**Tabell 3: Type lovovertrødelse i rettsgenetiske saker 2009-2011**

Fag/Lovområde*	Vtrl	Strl L/L	Våpen	Nark	Sed	Strl	LM	A	I ALT
Rettsgenetikk 2009	7	85	10	146	172	666	1	1	1 088
Rettsgenetikk 2010	5	110	4	153	237	583	0	1	1 093
Rettsgenetikk 2011	4	170	6	170	321	622	0	1	1 294

\*Vtrl: Vegtrafikkloven, Strl L/L: Liv-, legeme- og helbredskapitlet, Våpen.:Våpenloven, Nark: Straffeloven § 168, Sed: Sedelighetskapitlet i Strl, Strl: Straffeloven for øvrig, LM: Legemiddeloven, A: Annet

## Reaksjoner fra genetisk gruppe

I 2011 ble det sendt ut svar på 1719 rettsgenetiske sakkyndigrapporter i forhold til 1214 saker i 2010. Dette utgjør en økning på ca. 42 % i antallet behandlede saker. Kommisjonen hadde ingen bemerkninger til 1653 rapporter, mens til 66 rapporter (3,8 %) ble det sendt bemerkninger, dvs. at andelen rettsgenetiske saker som fikk bemerkninger fra DRK er litt lavere i 2011 enn i 2010 da andelen var 5 %. I perioden 2006-2010 besvarte sakkyndige kun en mindre del av kommisjonens bemerkninger og krav om tilleggserklæringer. I 2011 har sakkyndige besvart alle bemerkningene fra kommisjonen fortløpende, noe som betyr at det sakkyndig oppdraget blir fullført i samsvar med lov og forskrift. DRK vil likevel påpeke at kvaliteten på slike tilleggserklæringer fra sakkyndige er noe varierende. I en del tilfeller besvarer ikke sakkyndige det som blir etterspurt i DRKs bemerkninger, selv om det utarbeides en tilleggserklæring.

DRK mottar resultattabeller fra de rettsgenetiske undersøkelsene, mens rekvirentene og retten har normalt ikke hatt tilgang til resultattabellene. Dette pålegger DRK et særlig ansvar, og fra og med våren 2011 har sakkyndige i tillegg til tabellene også vedlagt mengdemessig dokumentasjon når DRK har etterspurt dette. Generelt omhandler bemerkningene dokumentasjon og premisser for erklæringer, sammenligninger og sammenfall mellom referanser og spor, antatte genotyper i spor og antallet personer i blandingsspor, vurdering av alternative forklaringer, bevismessig vekt (skjønsmessig og tallmessig) m.m. Som tidligere påpekt, antas det at rapportene fra RMI kan kvalitetssikres bedre av DRK dersom det blir bedre opplyst om mandatet i rapporten. En nybestemmelse om mandat for sakkyndige erklæringer trådte i kraft 10. desember 2010 (strpl. § 142 a), men mandatet refereres svært sjelden i rettsgenetiske rapporter. Kommisjonen mener at det kan være vanskelig å etterprøve de vurderingene og svarene som en erklæring omhandler når rekvirentens spørsmål er ukjente (dvs. mangler mandat). I mange tilfeller vil selv mer generelle mandat (som for eksempel et oppdrag om å "undersøke alt materiale for DNA") gi verdifull informasjon og trolig også bedre kvaliteten på kontrollen. Vurderinger av resultatenes bevismessig vekt etter internasjonale anbefalinger med bruk av "likelihood ratio" eller standardisering av skjønsmessige vurderinger og alternative forklaringer, vil også trolig bedre både kvaliteten på erklæringene og DRKs kvalitetssikring.

## Andre oppgaver

I oktober 2010 ble det lagt om til elektronisk saksbehandling av rettsgenetiske saker. Dette har vært en utfordring for genetisk gruppe i hele 2011. Det har også resultert i lengre saksbehandlingstid. I samme periode har også saksmengden fra RMI til DRK økt betydelig (se over). Ved slutten av 2011 var behandlingstiden igjen noe kortere og nærmere forventet normal behandlingstid.

I forbindelse med oppfølging av tidligere Arbeidsgruppe i Justis- og politidepartementet (Rapport: *"Kvalitetssikring av rettsgenetisk sakkyndigvurderinger"*, juni 2009) har Genetisk gruppe sendt RMI, Riksadvokaten og Domstolsadministrasjonen et notat med anbefalinger når det gjelder sakkyndige uttalelser i rettsgenetikk (*"DRKs anbefalinger om sakkyndiges formidling og vurdering av DNA resultater"* av 08.12.11). Det er planlagt en oppfølging av dette arbeidet i 2012.

Kommisjonen har også bistått bokprosjektet om DNA sakkyndighet ved Det juridisk fakultet, UiB. Prosjektet har også hatt finansiering fra Justis- og beredskapsdepartementet, og sluttrapport ble levert fra UiB den 15.06.11 (se Strandbakken & Aarli: *"Sakkyndighet ved bruk av DNA-bevis i straffesaker"*) Denne kan søkes opp på: [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).

I tillegg har Genetisk gruppe deltatt på *Høringskonferanse om sakkyndighet* og et seminar om *Organisering og kvalitet av sakkyndighet* (NRF), begge i Oslo, samt bidratt med foredrag i internundervisningen i Gulating lagmannsrett i Bergen. Det registres her og i andre sammenhenger at brukerne av rettsgenetiske rapporter har betydelige problemer med å forstå det som formidles fra de sakkyndige, og det bør være en prioritert oppgave for fagmiljøet å forbedre formidlingen av rettsgenetisk sakkyndighet. Det er fortsatt også en betydelig debatt rundt opprettelsen av flere rettsgenetiske fagmiljøer i Norge enn det ene i Oslo.

Genetisk gruppe har hatt et eget møte om elektronisk saksbehandling, samt et ordinært gruppemøte i forbindelse med årsmøtet i 2011.

# Psykiatrisk gruppe

## I. Oversikt over behandlede saker

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Antall saker</b>	<b>434</b>	<b>506</b>	<b>503</b>	<b>553</b>	<b>597</b>
Rettspsykiatrisk erklæring	302	350	310	335	367
Tilleggserklæring	70	70	76	76	107
Undersøkelse av fornærmede	9	31	34	26	39
Barneobservasjon	1	0	0	2	3
Nevropsykologisk erklæring	6	4	3	8	9
Prejudisiell erklæring	18	20	18	18	12
Nevrologisk undersøkelse	0	1	3	4	1
Risikovurdering	16	16	31	34	15
Overprøving av særreaksjon	0	0	17	35	35
Sykemelding tiltalt	0	1	2	1	1
Annet**	12	13	9	11	7
"Blank"	0	0	0	3	1
<b>Totalt antall registrerte saker</b>	<b>434</b>	<b>506</b>	<b>503</b>	<b>553</b>	<b>597</b>

\*\* 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

Som i tidligere år har antall innsendte erklæringer økt noe fra året før. Det er først og fremst erklæringer benevnt som tilleggserklæringer som har stått for økningen. Dette er alt fra korte tilleggserklæringer til erklæringer som er like omfattende som en vanlig rettspsykiatrisk erklæring. Antall rettspsykiatriske primærerklæringer ligger varierende på noe over 300 saker pr. år de siste årene. Foreløpige erklæringer skal i utgangspunktet ikke sendes kommisjonen, jf. strpl. § 147 første ledd annet punktum, men DRK mottar likevel noen. Dette gjelder særlig i de tilfellene den sakkyndige blir innkalt for å legge frem den foreløpige erklæringen under hovedforhandlingen. Det synes å være en tendens til at de foreløpige erklæringene blir mer omfattende, bl.a. er helseopplysninger og saksutdrag av og til tatt inn. Foreløpige erklæringer kan ikke erstatte en rettspsykiatrisk erklæring for retten uansett hvor omfattende den er. Det er mulig foreløpige erklæringer legges frem i retten uten å ha vært kvalitetssikret av kommisjonen.

Antallet sakkyndige vurderinger av fornærmede i straffesaker gikk opp igjen etter en liten nedgang i 2010. Dette gjelder i det alt vesentligste erklæringer av rettsoppnevnt sakkyndig i straffesaker i forbindelse med borgerlige rettskrav. DRK, Psykiatrisk gruppe, har over tid erfart at det er betydelig variasjon i hvilke mandat de sakkyndige er gitt for å foreta utredning av fornærmede. De sakkyndige blir ikke sjelden bedt om å foreta bevisvurderinger som det tilligger retten å gjøre.

Det var i år tre barneobservasjoner.

DRK mottar ulike erklæringer der oppdragsgiver er andre enn retten eller påtalemyndigheten, av og til med mandat som ikke er vanlige for rettspsykiatrisk utredning. Noen er direkte feilsendt, noen er sendt kommisjonen for kvalitetssikring i forbindelse med at de skal legges fram i en rettslig prosess. Unntaksvis vil DRK velge å kvalitetssikre disse erklæringene, men

som hovedregel vil de bli returnert uten kvalitetssikring. Saker som tidligere er blitt kodet som ”annet” eller ”blank”, vil kunne få egne kodekategorier om de øker i omfang.

Kommisjonen har de siste årene behandlet administrative risikovurderinger som er utført ved Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt. Disse ligger utenfor kommisjonens tradisjonelle virkeområde, men DRK har likevel valgt å behandle erklæringer som er innsendt som følge av at de vil kunne legges fram i retten i forbindelse med vurdering av for eksempel prøveløslatelse ved forvaring. En forutsetning for dette er at erklæringen er tenkt brukt i en rettslig vurdering. DRK kvalitetssikrer ikke erklæringer ment for internt bruk. Om en erklæring tidligere utferdiget for intern bruk allikevel skal fremlegges i retten kan erklæringen sendes inn, jf. ovenstående.

### Saksbehandlingstid

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i 2011 var 26 dager. Saksbehandlingstiden er redusert til nesten halve tiden fra 2010 til 2011. Dette har skjedd samtidig med at saksbehandlingen ble elektronisk. Medlemmene av kommisjonen kan nå arbeide parallelt med erklæringene og det er ingen tap av tid som følge av postforsendelser.

## FYLKESOVERSIKT

### Fylkesoversikt 2007-2011 (Rettspsykiatriske erklæringer)

Fylke:	2007	2008	2009	2010	2011	Hele perioden	Pr. 100 000/år
Østfold	12	9	16	19	21	77	5,5
Akershus	21	21	16	13	22	93	3,3
Oslo	49	47	40	26	53	215	7,0
Hedmark	13	10	7	16	12	58	6,0
Oppland	6	14	9	3	2	34	3,6
Buskerud	23	18	8	16	13	78	5,9
Vestfold	11	14	14	13	12	64	5,4
Telemark	6	11	8	10	7	42	4,9
Agderfylkene	19	16	28	20	31	114	8,0
Rogaland	28	39	59	61	55	242	10,9
Hordaland	17	22	17	21	27	104	4,2
Sogn og Fjordane	1	2	4	1	3	11	2,0
Møre og Romsdal	18	19	10	18	23	88	6,9
Sør-Trøndelag	18	30	26	33	34	141	9,5
Nord-Trøndelag	5	4	5	3	1	18	2,7
Nordland	16	23	12	20	16	87	7,3
Troms	20	31	20	20	19	110	13,9
Finnmark	11	12	8	12	11	54	14,6
Ikke oppgitt	8	0	0	2	0	10	
<i>Gjenoppt.komm.</i>	<i>x</i>	8	3	8	5	24	
<b>Totalt</b>	<b>302</b>	<b>350</b>	<b>310</b>	<b>335</b>	<b>367</b>	<b>1664</b>	<b>6,8</b>

*Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker var før 2007 registrert under Oslo, fra 2008 er kommisjonen angitt i en egen rubrikk.*

Det er samme mønster som i tidligere år med ulikheter mellom fylkene i bruk av rettspsykiatriske utredninger. Som før kan ikke dette uten videre la seg forklare ut fra ulikt kriminalitetsmønster. Noen fylker ligger stabilt høyt som Finnmark, Troms og Sør-Trøndelag,

mens Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag ligger stabilt lavt. Oslo har inntil 2011 hatt en tydelig fallende trend, Rogaland en økning mot slutten av perioden.

### KONKLUSJON VEDRØRENDE STRL §§ 44 OG 56 LITRA C

	2007	2008	2009	2010	2011	SUM
Totalt antall rettspsyk. erkl.:	302 (%)	350 (%)	310 (%)	335 (%)	367 (%)	1 664 (%)
Herav psykotisk:	68 (22,5)	77 (22,0)	70 (22,6)	74 (22,0)	77 (21,0)	366 (22,0 %)
Herav bevisstløs:	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	4 (1,2)	1 (0,3)	6 (0,3 %)
Herav høygradig psykisk utvh:	3 (1,0)	7 (2,0)	4 (1,3)	3 (0,9)	7 (1,9)	24 (14,4 %)
Alvorlig psykisk lidelse:	18 (6,0)	17 (4,9)	16 (5,2)	14 (4,2)	21 (5,7)	86 (5,2 %)
Sterk bevissthetsforstyrrelse:	9 (3,0)	11 (3,1)	11 (3,5)	5 (1,5)	14 (3,8)	50 (3,0 %)
Lettere psykisk utviklingsh.:	18 (6,0)	26 (7,4)	25 (8,1)	22 (6,6)	30 (8,2)	121 (7,2 %)

Den prosentandelen de sakkyndige har funnet å være utilregnelig har vært stabil over årene, totalt noe over 20 %. Det i alt overveiende psykotisk etter strl. § 44 første ledd som er konklusjonen. Tallene er basert på de sakkyndiges konklusjon i den primære erklæringen. Den endelige konklusjonen kan i noen få tilfeller være annerledes. Det vil kunne skje i saker der kommisjonen har hatt bemerkninger til erklæringen og de sakkyndige har endret konklusjon.

### OBSERVANDER SOM TIDLIGERE HAR HATT EN STRAFFERETTLIG SÆRREAKSJON

	2007	2008	2009	2010	2011
Totalt antall rettspsykiatriske erklæringer	302	350	310	335	367
Herav m/tidligere særreaksjon	35	46	19	27	22

Tabellen over registrerer saker der det er gjort vanlig, rettspsykiatrisk observasjon, og hvor det fremkommer at observanden tidligere har hatt en strafferettslig særreaksjon. I tillegg til de 22 som er registrert i tabellen over, kommer 35 saker der erklæringen er registrert som overprøving av løpende særreaksjon.

### Viktigste diagnose i de rettspsykiatriske erklæringene

Diagnosekategori ICD-10	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	SUM (%)
F 00-09 som første diagnose	5 (1,7)	2 (0,6)	3 (1,0)	3 (0,9)	6 (1,6)	19 (1,4)
F 10-19 som første diagnose	75 (24,8)	59 (16,9)	57 (18,4)	69 (20,5)	78 (21,3)	337 (24,4)
F 20-29 som første diagnose	80 (26,5)	89 (25,4)	85 (27,4)	84 (25,0)	88 (24,0)	425 (30,8)
F 30-39 som første diagnose	12 (4,0)	34 (9,7)	17 (5,5)	18 (5,4)	25 (6,8)	106 (7,7)
F 40-49 som første diagnose	11 (3,6)	15 (4,3)	10 (3,2)	5 (1,5)	9 (2,5)	50 (3,6)
F 60 som første diagnose	43 (14,2)	44 (12,6)	46 (14,8)	38 (11,3)	33 (9,0)	203 (14,7)
F 65 som første diagnose	5 (1,7)	1 (0,3)	1 (0,3)	4 (1,2)	4 (1,1)	15 (1,1)
F 70 som første diagnose	12 (4,0)	29 (8,3)	23 (7,4)	28 (8,4)	21 (5,7)	113 (8,2)
F 71 som første diagnose	3 (1,0)	4 (1,1)	3 (1,0)	0 (0,0)	5 (1,4)	15 (1,1)
F 80-89 som første diagnose	4 (1,3)	12 (3,4)	5 (1,6)	7 (2,0)	5 (1,4)	33 (2,4)
F 90-99 som første diagnose	7 (2,3)	14 (4,0)	13 (4,2)	22 (6,6)	10 (2,7)	66 (4,8)
<b>Totalt antall erklæringer</b>	<b>302</b>	<b>350</b>	<b>310</b>	<b>335</b>	<b>367</b>	<b>1382</b>

**Alle psykiatriske diagnoser (hver observand kan ha opp til 4 psykiatriske diagnoser)**

<b>Diagnosekategori ICD-10</b>	<b>2007 (%)</b>	<b>2008 (%)</b>	<b>2009 (%)</b>	<b>2010 (%)</b>	<b>2011 (%)</b>	<b>SUM (%)</b>
F 00-09 som en av fire diagnoser	9 (3,0)	7 (2,0)	3 (1,0)	11 (3,3)	12 (3,3)	42 (2,5)
F 10-19 som en av fire diagnoser	137 (45,3)	151 (43,1)	138 (44,5)	110 (32,8)	159 (40,3)	695 (41,7)
F 20-29 som en av fire diagnoser	86 (28,5)	97 (27,7)	89 (28,7)	80 (23,8)	91 (24,8)	443 (26,6)
F 30-39 som en av fire diagnoser	28 (9,3)	48 (13,7)	31 (10,0)	30 (8,9)	32 (8,8)	169 (10,1)
F 40-49 som en av fire diagnoser	17 (5,6)	23 (6,6)	23 (7,4)	21 (6,2)	28 (7,6)	112 (6,7)
F 60 som en av fire diagnoser	82 (27,2)	68 (19,4)	67 (21,6)	70 (20,8)	64 (17,4)	351 (21,1)
F 65 som en av fire diagnoser	8 (2,6)	4 (1,1)	2 (0,6)	8 (2,3)	8 (2,2)	30 (1,8)
F 70 som en av fire diagnoser	19 (6,3)	30 (8,6)	26 (8,4)	32 (9,5)	23 (6,3)	130 (7,8)
F 71 som en av fire diagnoser	3 (1,0)	4 (1,1)	3 (1,0)	0 (0,0)	5 (1,4)	15 (0,9)
F 80-89 som en av fire diagnoser	7 (2,3)	17 (4,9)	6 (1,9)	13 (3,8)	11 (3,0)	54 (3,2)
F 90-99 som en av fire diagnoser	22 (7,3)	28 (8,0)	28 (9,0)	37 (11,0)	35 (9,5)	150 (9,0)
Fyller ikke noen diagnosekrit.	24 (7,9)	13 (4,7)	15 (4,8)	33 (9,8)	29 (7,9)	114 (6,9)
Ingen opplysning	7 (2,3)	14 (4,0)	30 (9,7)	21 (6,2)	46 (12,5)	153 (9,1)
<b>Totalt antall saker</b>	<b>302</b>	<b>350</b>	<b>310</b>	<b>335</b>	<b>367</b>	<b>1644</b>

Tabellene over oppsummerer diagnosene de sakkyndige har satt i siste femårsperiode. Under kommenteres tallene for 2011 hvis ikke annet er nevnt.

**Hjerneorganiske lidelser** (F 00-09) var primærdiagnose for ca.1,5 % av observandene.

**Rusdiagnoser** (F10-19) var primærdiagnosen for ca. 21 %, mens totalt hadde ca. 40 % diagnosen som en av flere diagnostiserte tilstander. Dette antas å være en viss underdiagnostisering først og fremst som følge av at de sakkyndige ikke gir diagnosen ved manglende komparentopplysninger.

**Schizofreni, schizotyp lidelse og vrangforestillingslidelse** (F 20-29) var primærdiagnosen i ca. 24 % av tilfellene.

**Affektive lidelser** (F 30-39) som i årene før er langt nær så hyppig som schizofrenispekterlidelser. Ca. 7 % hadde dette som primærdiagnose mens totalt ca. 9 % hadde en diagnostisert stemningslidelse.

**Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser** (F 40-49) ble anført som primærdiagnose i 2 - 3 % av erklæringene, mens totalt 7 - 8 % hadde en diagnose i dette kapittelet. De diagnostiserte tilstandene er i stor grad posttraumatisk stresslidelser (PTSD) og akutte belastningslidelser.

**Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser** (F 50-59) er som årene før ikke diagnostisert i noen av de rettspsykiatriske erklæringene.

**Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne** (F 60-69), er i tabellene delt i to kategorier, personlighetsforstyrrelser og seksuelle avvik. Det var ca. 9 % som hadde personlighetsforstyrrelse som primærdiagnose, totalt ca. 17 %. Dette dreier seg stort sett om dyssosial personlighetsforstyrrelse, men også paranoid personlighetsforstyrrelse, samt ustabil personlighetsforstyrrelse. Blandet personlighetsforstyrrelse er også relativt ofte stilt.



Seksuelle avvik ble registrert som primær diagnose hos ca. 1 %, ca. 2 % som en av flere.

**Lettere psykisk utviklingshemming og moderat psykisk utviklingshemming** (F 70 og F 71). 7 - 8 % av de observerte fikk en av disse diagnosene. Tallene har i femårsperioden ligget stabilt rett under 10 %. Sett i forhold til den antatte andelen psykisk utviklingshemmede i fengsel må dette være en underdiagnostisering, eventuelt at det gjøres for få observasjoner med tanke på psykisk utviklingshemming.

**Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser** (F 80-89) er diagnostisert som primærdiagnose i overkant av 1 %, og som en av flere diagnoser hos ca. 3 %.

**Oppmerksomhetsforstyrrelser, herunder ADHD** (F 90 - 99) forekommer som primærdiagnose hos ca. 3 %, som en av flere diagnoser hos i alt ca. 10 % av de observerte.

**Ingen diagnose** ble satt i ca. 8 % av sakene. Dette tallet kom i tillegg til de 12,5 % der det ikke var nok opplysninger til at en diagnose etter ICD-10 kunne stilles.

#### **Observander siktet etter strl. § 233 (drap og drapsforsøk)**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Antall erklæringer	302	350	310	335	367
Siktelse § 233 nå	36	34	27	29	34
44p*	10	7	16	10	9
44pu**	0	0	1	1	0
44b***	0	0	0	0	0

\* 44p: de sakkyndige konkluderte med psykotisk

\*\*44pu: de sakkyndige konkluderte med psykisk utviklingshemmet i høy grad

\*\*\*44b: de sakkyndige konkluderte med bevisstløs

Antall siktelse etter strl. § 233 gjelder kun saker som er registrert som rettspsykiatriske erklæringer. I forhold til strl. § 44 gjelder registreringen alle typer saker, inkludert tilleggserklæringer, slik som tidligere år.

De rettspsykiatriske sakkyndige konkluderte i 2011 med at 9 av 34 observander som var siktet for drap etter strl. § 233 var psykotisk eller psykisk utviklingshemmet i høy grad etter strl. § 44. Som tidligere år ble ingen funnet bevisstløs.

DRK har ikke ferdigstilt behandlingen i den såkalte "terrorsaken" fra 22. juli 2011. Hovedforhandling for tingretten vil gjennomføres først våren 2012. Den første sakkyndige erklæringen ble innlevert høsten 2011. Det er oppnevnt nye sakkyndige og deres erklæring vil ventelig foreligge i april 2012. De opprinnelige sakkyndige konkluderte med at observanden var psykotisk, og tallene skal derfor registreres under 44p. DRK vil gi en redegjørelse for kommisjonens behandling av saken i årsmeldingen for 2012. Det gjelder både saksbehandlingen i forkant av hovedforhandlingen, prosessen i det offentlige rom og eventuelt i etterkant av saken.



## II. Reaksjoner fra Psykiatrisk gruppe

	2009		2010		2011	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
<b>TOTALT ANTALL</b>	<b>503</b>	<b>-</b>	<b>553</b>	<b>-</b>	<b>597</b>	<b>-</b>
Ingen bemerkning:	355	(71)	424	(77)	426	(71)
Bemerkning:	118	(23)	80	(14)	118	(20)
Ber om tilleggserklæring:	28	(6)	44	(8)	52	(9)
Ber om nye sakkyndige:	2	(4)	2	(3)	0	(0)

For 2011 var det en liten oppgang i antall bemerkninger igjen etter en nedgang i 2010. Antall saker hvor kommisjonen ber om en tilleggserklæring er som året før. Kommisjonen ber ytterst sjelden om at det oppnevnes nye sakkyndige. I 2011 skjedde det ikke.

For de 39 fornærmede erklæringene i 2011 ble det bedt om tilleggserklæring i 7 tilfeller og gitt bemerkning til 11 andre.

Ved gjennomgang av statistikk over hvem som ikke får bemerkning, får bemerkning eller det utbes en tilleggserklæring, er det stor variasjon blant de sakkyndige. Sakkyndige med liten eller ingen erfaring i sakkyndigoppdrag vil nok oftere kunne få en bemerkning, men også blant erfarne sakkyndige er det stor variasjon. De gangene det er ulike og vanskelige problemstillinger som behandles er det ikke alltid klart at det opplyser saken dersom kommisjonen gir bemerkninger. I forhold til en liten gruppe sakkyndige er det imidlertid de samme problemstillinger som går igjen. Dette strekker seg tilsynelatende fra enkle problemstillinger som erklæringens formkrav og mulighet for i det hele tatt å kvalitetssikre de sakkyndiges resonnement opp mot kriteriene i straffeloven, til gjentatte vurderinger som skaper tvil om de sakkyndige har forstått sentrale rettspsykiatriske begrep.

DRK forutsetter at det å påta seg oppdrag som sakkyndig innen rettspsykiatri innebærer at man er i stand til å forholde seg til aktuell lovforståelse og tradisjonell norsk rettspsykiatrisk standard.

## III. Annen virksomhet i Psykiatrisk gruppe

Medlemmer av Psykiatrisk gruppe ble også i 2011 bedt om å møte i retten i vanskelige saker eller i saker hvor det var uenighet mellom de sakkyndige eller mellom de sakkyndige og DRK. Det var i to saker dette skjedde i 2011. Dette er en praksis retten bør være tilbakeholden med. Kommisjonen skal ikke fungere som "en tredje sakkyndig", men kun vitne i tråd med hva som følger av forskrift for Den rettsmedisinske kommisjon, jf. forskriftens § 5. Som det fremgår av merknadene til denne bestemmelsen kan kommisjonens leder, gruppelederen eller ett av de medlemmer som har deltatt i behandlingen av en aktuell sak, møte i retten for å redegjøre for sin forståelse av rettsmedisinske begreper, kommisjonens saksbehandling og kommisjonens forutgående faglige vurderinger av erklæringen.

### Hastesaker

Antall saker i 2011 som var merket med "hast" var 117 (av i alt 597). Dette utgjør ca 20 % av sakene. En del av sakene var berammet opptil tre uker frem i tid fra de innkom DRK, så

spredningen var relativt stor. Saker med 2-3 ukers frist er uproblematisk å tilpasse saksflyten. Samtidig er det fortsatt mange hastesaker med en til få dagers frist før hovedforhandling. I tillegg til at sakene må behandles på kort varsel, vanskeliggjør disse sakenegod flyt av ordinære saker. De er administrativt ressurskrevende for både kommisjonen og for sekretariatet, og bør i størst mulig grad unngås. Som bemerket i tidligere årsmeldinger kan kvalitetssikringen vanskeliggjøres ved at DRK kan få høyere terskel for å be om tilleggserklæring for ikke å utsette saken.

### **Antall sakkyndige**

Det ble i 2011 levert rettspsykiatriske erklæringer fra i alt 144 ulike sakkyndige. DRK har ingen nøyaktig statistikk, men i ca. en tredjedel av sakene var minst en av de sakkyndige psykologspesialist.

### **Gruppemøter**

Gruppen hadde fire møter i 2011 der aktuelle problemstillinger, saker og avgjørelser ble diskutert.

### **Nyhetsbrev**

Tidligere nyhetsbrev er lagt ut på DRK's hjemmeside: [www.sivilrett.no](http://www.sivilrett.no). Psykiatrisk gruppe har arbeidet med et nyhetsbrev som var tenkt sendt til de sakkyndige DRK har i sine registre, til påtalemyndighet og domstoler, i desember 2011. Som følge av betydelig merarbeid er dette utsatt til 2012.

### **Høringsuttalelser**

Psykiatrisk gruppe har bistått DRKs leder med høringsuttalelse vedrørende utvidelse av virkeområdet for strafferettslige særreaksjoner for utilregnelige som begår vedvarende og samfunnsskadelig kriminalitet.