

DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON
Justissekretariatene

Dok.nr. 2

Justisdepartementet
Politiavdelingenpostmottak@jd.dep.nopb 8005 Dep
0030 OsloDeres referanse
200801226

Deres dato

Vår referanse

20080572

Vår dato

20.06.08

Høring NOU 2008:4 "Fra ord til handling - Bekjempelse av voldtekt krevet handling".

Den rettsmedisinske kommisjon ble først gjort oppmerksom på denne høringen den 16.06.08, og har således ikke kunne gi utredningen en utredning i organisasjonen. Denne høringsuttalelsen er derfor utarbeidet av kommisjonens leder med bakgrunn i de diskusjonene som er ført i kommisjonen de senere årene om ulike forhold rundt dokumentasjon av biologiske funn ved voldtekt og oppfølging av fornærmede i voldtektssaker.

Kapittel 9 har som overskrift "Hjelpetiltak etter voldtekt", dette kapittelet omhandler ulike hjelpetiltak, men også dokumentasjon av skader og sikring av bevis i helseinstitusjoner. Det hadde vært bedre om utvalget hadde klarere skilt mellom disse oppgavene.

Kap 9.4.1 Overgrepsmottagenes behov for kompetanse.

Det er selvvinnlysende at bedre kompetanse i mottak gir bedre behandling og bedre dokumentasjon. Vi støtter tiltak som gjør at ansatte i slike mottak og i legevakter generelt, får bedre kunnskap om voldtektsdokumentasjon.

Det bør imidlertid skilles mellom utvikling av behandlingskompetanse, som bør være en del av helsevesenet, og dokumentasjonskompetanse, som bør kunne veiledes av rettsmedisinsk sakkyndige.

Når det gjelder det siste, bør de rettsmedisinske institutt i Norge, og eventuelt et institutt slik Hareide-innstillingen beskriver, utvikle klinisk rettsmedisinsk kompetanse (undersøkelse av levende i rettsmedisinsk sammenheng) og undervisningsopplegg. Dette er nødvendig for bedre dokumentasjon av skader både på fornærmede i straffesaker og på antatte gjerningsmenn. Det virker da kunstig å skille ut voldtektsforbrytelser fra annen voldskriminalitet. **Utvalgets forslag om at helsevesenet bør få et overordnet statlig rettsmedisinsk fagorgan (se Hareide-innstillingen) støttes, men i påvente at et slikt institutt, faller oppgavene på de rettsmedisinske instituttene.** Det vises for øvrig til kommisjonens høringsuttalelser av 24.11.06 og 17.01.07 til departementet om Hareide-utvalgets innstilling.

Postadresse:
Postboks 8027 Dep
0030 OsloKontoradresse:
Teatergt. 5
Org. nr.
986 186 999Telefon:
22 99 13 63
Telefaks:
22 99 13 26

~~Den rettsmedisinske kommisjon finner det relativt problematisk at deskriptive journalnotater~~
vedrørende fornærmede i voldssaker blir fremlagt for retten med fornærmedes tillatelse.
Behandler skal da etter vår vurdering eventuelt kunne avhøres som vitne ved behov.

Det blir imidlertid mer problematisk dersom det er behov for en sakkyndigvurdering. Da vil behandler være inhabil som sakkyndig i straffesaken, og vil i de fleste tilfeller heller ikke ha den kompetanse som klinisk rettsmedisin forutsetter. Dersom rettsvesenet har behov for en sakkyndig vurdering for eksempel av styrke på det fysiske traumet, eller hva slags type gjenstand/våpen som kan ha vært brukt da traumet ble påført, bør uavhengig, kompetent rettsmedisiner engasjeres.

Det samme gjelder dersom det er behov for en sakkyndigvurdering av psykisk skade som mulig resultat av en voldtekt, eller for så vidt andre voldshandlinger. Behandlere, og for all del de behandlere som har fulgt fornærmede over tid, vil ikke oppfylle habilitetskravet for sakkyndige. De kan utvilsomt utføre en god behandling/oppfølging, men det objektivitetskravet som man har til sakkyndige, vil ikke være tilstede. Bevisst eller ubevisst identifiserer behandler seg med pasient og med pasientens historie, se for øvrig kap 11.2.5 og våre kommentarer til dette nedenfor.

Når det står i kap 9.4.1 at ”utvalgte kjenner til at for eksempel psykiatrisk sykepleiere med spesiell kompetanse i traumebehandling ikke har hatt samme tyngde i retten som en psykiater eller psykolog”, er det vanskelig å vite om dette er en opplevelse av en som er i behandler situasjon i motsetning til en sakkyndig psykiater/psykolog, eller om det er andre forhold som ligger bak en slik antagelse.

Det er kommisjonens erfaring at det også fra sakkyndige avgis en del erklæringer som er farget av sympati for fornærmede og som derfor ikke fremstår som helt nøytrale.

Når det gjelder behandling av personer utasett for voldtekt, mener vi at dette er et fagområde som bør utvikles i helsevesenet, og som ikke skal veiledes fra ”et overordnet statlig rettsmedisinsk fagorgan” som vi forstår anbefalt på s 77, venstre spalte.

~~På s 77 høyre spalte omtales Den rettsmedisinske kommisjons veileder- og utdanningsansvar.~~
Kommisjonen arrangerer i dag enkelte kurs for sakkyndige, men mener de fagspesifikke kurs i rettsmedisin (dokumentasjon av skader, utredning av barnemishandling for rettsapparatet, vurdering av fornærmede eller tiltalte i straffesaker) primært bør gå ut fra de enkelte rettsmedisinske fagmiljøene.

Kap 9.4.4 Sporsikring og toksikologisk prøvetakning.

Det synes som om to ulike situasjoner kan oppstå.:

En person oppsøker et voldtektsmottak eller legevakt etter en episode, da er det viktig at helsepersonell opptrer som **behandlere**, men også **sikrer bevis**. Helsepersonell må kunne teknisk sikre bevis, og vite hvordan dette materialet skal håndteres i ettertid. Inntil saken er anmeldt vil slike bevis tilhøre pasienten, men oppbevares betryggende i helsevesenet. Først ved politianmeldelse vil bevisene, med pasientens samtykke, oversendes politiet til analyse. Vi støtter at slikt materiale kan oppbevares noe lenger enn tre måneder, men vi er opptatt av at helseinstitusjonen må gjøre pasienten oppmerksom på at en rask anmeldelse er en betingelse for offentlig voldsoffererstatning.

Spørsmålet ~~om da~~ dukker opp er, skal analyse av bevismateriale kunne foretas ~~for pasienten~~ bestemmer seg for anmeldelse. Pasienten vil kunne vurdere om hun/han vil **anmelde avhengig av funn (sæd, annet biologisk materiale med mer)? Utvalget anbefaler at slike undersøkelser ansees som helsehjelp, og at analysene dekkes av det offentlige. Dette støttes.** Det er imidlertid viktig at slike analyser foretas med samme rettssikkerhet som politiets analyser (dokumentasjon av "chain of custody", analyser på rettsmedisinsk laboratorier med mer). Det er også rimelig å understreke at normalprosedyren bør være at forholdet politianmeldes og materialet overlates politiet så snart som mulig til vanlig bevissikring og analyse.

Den andre situasjonen er når en person oppsøker politiet for å anmelde en sak og politiet ber vedkommende sikre bevis ved undersøkelse i helsevesenet. Helsepersonell er da **politiets sakkyndig** og overlater dokumentasjon og bevismateriale til politiet. Fornærmede må da gjøres oppmerksom på at en slik undersøkelse er frivillig. I slike saker mottar politiet bevisene umiddelbart og gjennomfører analyser. **Utvalget foreslår at slike analyser skal belastes en sentral bevilgning og ikke i det enkelte politidistrikt, DNA-analyser skal inn under en slik sentral pott fra september 2008. Dette forslaget støttes.** Det er viktig at det ikke er økonomiske begrensninger som avgjør om man analyserer alle relevante prøver.

Kap 9.4.6 Rettsmedisinsk kapasitet.

Dette kapittelet omhandler bare DNA analyser. Det anføres at DNA analyser ideelt sett burde kunne leveres innen 72 timer. Man forutsetter da vaktordninger ved analyseinstitusjonen. Det synes urimelig å opprette et vaktssystem med bakgrunn kun i behovene for voldtektsoppfølging. Dersom man skal ha et slikt vaktssystem, må man vurdere alle typer saker der det kan dreie seg om varetekstfengsling eller andre behov for hurtig oppklaring.

Man bør også vurdere behovet for vaktordninger for annen rettsmedisinsk service i denne sammenheng. Det kan være slik at det er mer behov for en vaktjeneste for rettspatologer som da kunne rykke ut på åsted ved funn av lik, enn for rettsgenetikere. Det er imidlertid et spørsmål om bevilgninger i begge tilfeller. Utvalget berører ikke hvorledes en slik vaktberedskap skal finansieres, men slutter seg til Hareide-utvalgets innstilling om et statens rettssakkyndig institutt.

Kap 11.2.5 Kravet om sakkyndig til å utrede fornærmedes helseskader.

Vi er enige i fornærmedeutvalgets og departementet oppfatning av at det er behov for sakkyndighet ved vurdering av helseskader som kan gi grunnlag for erstatning for fremtidig innteksttap, fremtidige utgifter eller menerstatning. Bistandsadvokaten bør være den som fremmer krav om sakkyndige. Sakkyndige bør være rettsoppnevnt, få sitt mandat og sitt honorar fra domstolen.

Det er dessverre få fagpersoner som har erfaring i slikt sakkyndigarbeide, og bistandsadvokater og domstolen er ikke alltid bevisst hvilket mandat en sakkyndig bør få. Vår kommisjon har sett flere eksempler på uheldig formulerte mandat og uheldig utarbeidete erklæringer. Det er et ønske fra vår side at Justisdepartementet og Domstoladministrasjonen tok tak i dette problemet og laget en veileder for hvordan slike mandat bør utformes og rammene for det sakkyndige arbeidet. Kommisjonen vil gjerne være bidragsyter i et slikt arbeide.

Når den sakkyndige skal utrede medisinsk men (invaliditet) i forbindelse med et borgerlig rettskrav i en straffesak, må utredningen tilsvare den utredningen som man forventer i andre erstatningssaker og vil innebære flere vurderinger. Dette må medføre at fornærmedes tidligere liv og eventuelle inngangsinvaliditet også utredes nærmere, noe som nok ikke alle fornærmede i straffesaker er klar over.

Medisinsk invaliditet skal først bestemmes når behandling/rehabilitering er avsluttet. I straffesaker som kommer opp relativt kort tid etter de påklagete handlinger, vil psykiatrisk/psykologisk behandling ofte kun være påbegynt. Det kan derfor være uhensiktsmessig å behandle menerstatning i straffesaken.

I saker med barn/ unge vil man ikke kunne si noe sikkert om medisinsk invaliditet etter psykiske traumer før vedkommende er blitt stabilisert som voksen, med mindre det dreier seg om for eksempel alvorlige hjerneskader. Vi finner at en vurdering av mulig fremtidig medisinsk invaliditet i verste fall kan fungere som et selvoppfyllende profeti for ungdommen, men uansett vil være meget usikkert. Spørsmål om i hvilken grad en skade eventuelt vil forsinke en utdanning, kan være rimeligere å utrede. Men også dette er vanskelig å anslå, det er jo ganske mange ungdommer som bytter linjer på videregående skole, gjentar skoleår eller ikke går rett til videre til utdanning eller arbeide etter avsluttet videregående. Det kan være vanskelig å vurdere år hvilke faktorer som er bestemmende for slike valg.

Dette finner vi problematisk, og ser ikke at utvalget har diskutert dette.

Det er ikke mange sakkyndige som har erfaring med slike sakkyndigoppdrag. Den rettsmedisinske kommisjon prøver å føre et register over sakkyndige som kan være aktuelt å oppnevne. Dette registeret kan rekvirenten (domstol eller bistandsadvokat) få tilgang til. Det skal imidlertid opplyses at det ikke er mange personer på denne listen. Jeg tror det er lite hensiktsmessig at hver enkelt domstol pårøver å etablere en egen liste av mulige sakkyndige.

9.4.3 Psykososial oppfølging.

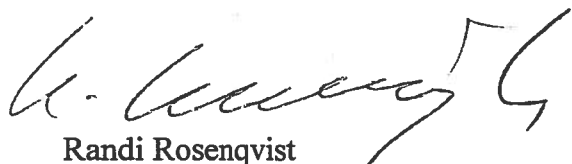
~~Utvalget foreslår at all psykososial oppfølging hos privatpraktiserende psykolog/psykiater skal være kostnadsfritt i ett år, også når terapeuten ikke har driftsavtale med det offentlige. Man foreslår også at all hjelp knyttet til overgrepsmottak og oppfølging av voldtektsoffer skal være kostnadsfritt for pasienten.~~

Dette ligger riktignok utenfor den rettsmedisinske kommisjons kjerneområde å ta stilling til, men jeg vil likevel advare mot dette.

Jeg finner det kunstig å sette voldtektsofre i en annen situasjon enn pasienter som har vært utsatt for andre traumer (mistet hele familien i en kollisjon, fått påvist dødelig sykdom, knivstukket med alvorlige skader med mer).

Dersom det offentlige helsevesen ikke kan dekke behovet for rask psykiatrisk/psykologisk oppfølging, bør det i det aktuelle helseforetaket fattes vedtak om garantibehandling utenfor det offentlige helseapparat. I dag kan man tro at noen med slikt behandlingsbehov ikke får en slik garanti (prioritert behandling), og det bør i tilfellet løses ved generelle pålegg til helseforetakene om å gi disse pasientene prioritet. Da utgifter pasienten har til slik behandling vel går inn i erstatningskravet derom voldtekten blir anmeldt (voldsoffererstatning eller erstatning fra overgriper), vil ikke pasienten lide økonomisk tap. Det frarådes å eventuelt lage en ordning der pasienten selv kan utløse fri behandling uten anmeldelse.

~~Det er derimot en gjennomførbar ordning dersom organiserte voldtektsmottak og lege~~
ikke tar egenandel av voldsoffer ved første konsultasjon. Dette kan ordens via ~~normaltariffen~~,
som for eksempel i dag ikke forutsetter egenandel fra barn som oppsøker helsevesenet. Jeg
støtter imidlertid sterkt kravet om at legevakt/voldtektsmottak da får en refusjon som dekker
utgiftene til en grundig undersøkelse og dokumentasjon av skader uavhengig av om pasienten
politianmelder saken eller ikke.



Randi Rosenqvist
Leder, DRK

