



DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISJON

ÅRSRAPPORT 2016



Innholdsfortegnelse

1. LEDERS BERETNING	3
2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL	5
2.1 Medlemmer av Den rettsmedisinske kommisjon.....	7
2.2 Sentrale volumtall for Den rettsmedisinske kommisjon	9
3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER	10
3.1 Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin	11
3.1.1 Generelt	11
3.1.2 Antall sakkyndige erklæringer.....	12
3.1.3 Type lovovertrerdelse i saker innkommet	13
3.1.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt	14
3.1.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker for 2016	19
3.1.6 Saksbehandlingstid	20
3.2 Genetisk gruppe.....	22
3.2.1 Generelt	22
3.2.2 Antall sakkyndige erklæringer.....	23
3.2.3 Type lovovertrerdelse i saker innkommet	23
3.2.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt	24
3.2.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker for 2016	25
3.2.6 Saksbehandlingstid	25
3.3 Toksikologisk gruppe.....	26
3.3.1 Generelt	26
3.3.2 Antall sakkyndige erklæringer.....	27
3.3.3 Type lovovertrerdelse i saker innkommet	27
3.3.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt	27
3.3.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker for 2016	29
3.3.6 Saksbehandlingstid	30
3.4 Psykiatrisk gruppe	31
3.4.1 Generelt	31
3.4.2 Antall sakkyndige erklæringer.....	32
3.4.3 Type lovovertrerdelse i saker innkommet	34
3.4.4 Fylkesvis fordeling av saker innkommet	34
3.4.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker for 2016	35
3.4.6 Saksbehandlingstid	37
3.5 Sekretariatet.....	38

1. LEDERS BERETNING

I året som har gått har det vært interessant å være kommisjonsleder. Nyoppnevnt kommisjon våren 2015 har etablert seg, og det har i 2016 har vært større muligheter til å se fremover.

Min opplevelse er at det innen de ulike rettsmedisinske fagdisipliner og fagmiljøer gjøres mye godt arbeid, og at det er vilje og ønske om å levere gode rettsmedisinske tjenester fra alle fagmiljø. Dette ser kommisjonen ikke minst ved påmelding til kommisjonens kurs i strafferett og straffeprosess, også kjent som B-kurs. Kommisjonen mottok et stort antall påmeldinger fra alle deler av landet, og fra ulike rettsmedisinske fagdisipliner. Det ble fra flere hold gitt uttrykk for at denne type kurs var svært viktig for søker og søkers arbeidsplass, da de jobbet iherdig med kompetanseheving.

Det synes også som at det rekrutteres godt i de fleste fagmiljøer. På årets B-kurs var det mange unge og forholdsvis uerfarne sakkyndige som deltok. Dette er en endring fra tidligere, hvor deltagerne stort sett var erfarne sakkyndige som deltok da kurset var et nytt tilbud i «markedet». En konsekvens av denne endringen i deltagermassen er at det i større grad etterspørres retningslinjer for sakkyndigarbeid, et forslag til mal for utarbeidelse av sakkyndigerklæringer etc. Kommisjonen ønsker å imøtekomme denne etterspørselen, og vil i løpet av våren 2017 utarbeide et skriv som besvarer denne type spørsmål.

Samtidig gjenstår det et betydelig arbeid rent organisatorisk og faglig fra institusjonene som har ansvar for enkelte av de rettsmedisinske tjenestene i Norge. Det kan synes som at det ved overgangen til regionale helseforetak i 2002 ikke forelå en klar plan for hvordan sikre gode rettsmedisinske tjenester over tid.

Sentrale justis- og helsemyndigheter har anerkjent utfordringen innen rettspsykiatri, og det er nå foreslått en nasjonal rettspsykiatrisk enhet for formidling av sakkyndighet til påtalemyndighet og retten. Innen klinisk rettsmedisin er det etablert barnehus og voldtekstmottak, men det er en utfordring å sikre alle fornærmede et adekvat helsetilbud samt etablere gode finansielle rammevilkår til å utferdige rettsmedisinske erklæringer i etterkant av undersøkelser.

Den største bekymringen i 2016 er uten tvil rekrutteringen innen rettspatologi i Norge. Jeg er svært bekymret over situasjonen slik den nå foreligger på Vestlandet og i Trøndelag, og dersom ikke noe gjøres raskt, risikerer store områder av landet å være uten rettspatolog om

få år. Dette er en situasjon som jeg i samråd med gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin vil følge tett de neste to årene.

Avslutningsvis finner jeg grunn til å bemerke at inngangen av saker til kommisjonen også i år har vært svært høy. Dette setter kommisjonens tradisjonelle arbeidsform under et ikke ubetydelig press, og kommisjonen har sett på ulike måter vi kan møte denne utfordringen på. Arbeidet med å finne gode alternative løsninger vil bli vektlagt i 2017.

Oslo, 1. mars 2017



Karl Henrik Melle

Leder av Den rettsmedisinske kommisjon

2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) oppnevnes av Justis- og beredskapsdepartementet med hjemmel i straffeprosessloven (strpl.) § 146. Virksomheten til DRK er regulert av bestemmelsene i strpl. §§ 146 og 147 samt forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon av 14. mars 2003.

Kommisjonens primære oppgave er å kvalitetskontrollere erklæringer og uttalelser avgitt til påtalemyndigheten og retten av sakkyndige i straffesaker. Figur 1.1 under viser en noe forenklet saksgang.

Retten eller påtalemyndigheten (rekvirent) oppnevner en eller flere sakkyndige til å utrede et rettsmedisinsk spørsmål. De(n) oppnevnte sakkyndige avgir sin erklæring til rekvirent samt sender kopi av sin erklæring til DRK. Kommisjonen gjennomgår erklæringen, og sender sin uttalelse til partene i saken. Kommisjonen kan be de(n) sakkyndige om en tilleggsuttalelse og/eller ytterligere undersøkelser innen en gitt frist. Når saken er ferdig etterforsket, kan den sakkyndige erklæringen utgjøre en del av påtalemyndighetens grunnlag for en tiltale. Medlemmer av kommisjonen kan i denne forbindelse bli innkalt i retten under hovedforhandling for å redegjøre for kommisjonens behandling av erklæringen.

Figur 1.1 Saksgang



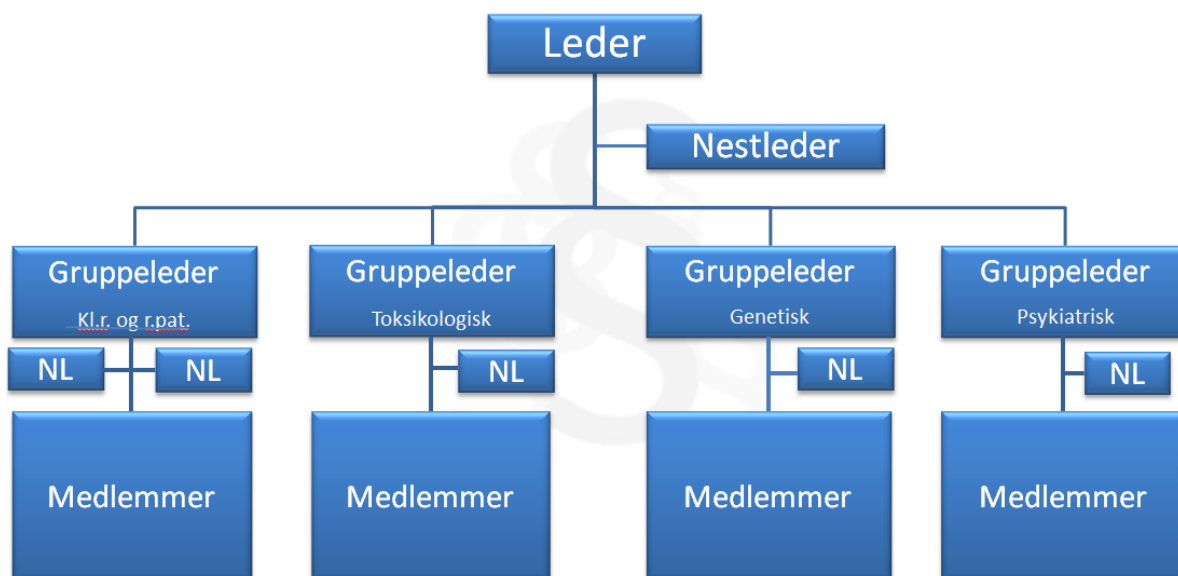
Kommisjonen har ansvar for en felles utdanning av sakkyndige, og avholder jevnlig kurs i strafferett og straffeprosess (B-kurs).¹ Kommisjonens medlemmer underviser også i spisskompetansekurs innen de ulike fagområdene (C-kurs).

Kommisjonen skal veilede og bistå retten, påtalemyndigheten, forsvarere, bistandsadvokater, sakkyndige, justismyndigheter, helsemyndigheter og andre aktuelle myndigheter i rettsmedisinske spørsmål.

Kommisjonen ledes av kommisjonsleder. Stedfortreder for leder er nestleder. Kommisjonen er delt inn fire faggrupper som ledes av hver sin gruppeleder. Faggruppene er per i dag gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, toksikologisk gruppe, genetisk gruppe og psykiatrisk gruppe.

¹ For nærmere omtale av ABC-modellen, se [NOU 2001: 12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker](#)

Figur 1.2 Organisasjonskart



Statens sivilrettsforvaltning (SRF) utøver sekretariatsfunksjoner for kommisjonen. Sekretariatet skal bl.a. yte kommisjonen kontorfaglig og juridisk bistand. Seniorrådgiver Johan Flem Kalheim har fungert som leder av sekretariatet i 2016. Sekretariatet er nærmere omtalt i kapittel 3.5.

2.1 Medlemmer av Den rettsmedisinske kommisjon

Leder: Overlege, spes. i psykiatri, Karl Henrik Melle, Trondheim

Nestleder: Professor, dr. philos., Hans Geir Eiken, Ås

Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin

Leder: Avd.dir., prof. i rettsmed., dr. med., MHA, Torleiv Ole Rognum, Asker

Nestleder: Overlege, prof. i rettsmed., spes. i patologi, dr. med., Inge Morild, Bergen

Nestleder: Overlege, førsteam., spes. i barnesykdom, dr. med., Arne Kr. Myhre, Trondheim

Overlege, prof. i rettsmed., spes. i pat og i rettsmed. (Sverige), dr. med., Kari Ormstad, Oslo

Prof. i rettsmed., dr. med., Lars Uhlin-Hansen, Tromsø

Overlege, spes. i patologi, dr. med., Ivar Skjåk Nordrum, Trondheim

Professor, dr. med., Berit Schei, Trondheim

Professor, dr. med., Eldar Søreide, Stavanger

Overlege, dr. med., Jens Grøgaard, Oslo

Overlege, spes. i nevrologi, dr. med., Christian Lund, Oslo

Överläkare, med. chef, spec. i rättsmedicin, PhD, Petra Råsten Almqvist, Stockholm

Professor dr. med., spes. i patologi og i rettsmedisin, Hans Petter Hougen, København

Overlege, PhD, Helle M. F. Nesvold, Oslo

Overlege, spes. i patologi og i rettsmedisin, Steen Holger Hansen, København

Overlege, PhD, førsteam. i rettspatologi og klinisk rettsmedisin, Arne Stray-Pedersen, Oslo

Toksikologisk gruppe

Leder: Overlege, spes. i klinisk farmakologi, PhD, Vigdis Vindenes, Oslo

Nestleder: Overlege, spes. i klinisk farmakologi, dr. med., Bettina Riedel, Bergen

Professor, spes. i klinisk farmakologi, dr. med., Jørg Mørland, Oslo

Overlege, spes. i klinisk farmakologi, dr. med., Thor Hilberg, Oslo

Overlege, spes. i klinisk farmakologi, PhD, Arne Helland, Trondheim

Overlege, spes. i klinisk farmakologi, Margrete Larsen Burns, Oslo

Overlege, spes. i klinisk farmakologi, Jon Andnes Berg, Bergen

Genetisk gruppe

Leder: Professor, dr. philos, Hans Geir Eiken, Ås

Nestleder: Professor Per M. Knappskog, Bergen

Professor, dr. med., Niels Morling, København

Professor, PhD, Marie Allen, Uppsala

Forsker Toril Fagerheim, Tromsø

Forsker, dr. philos, Berit Myhre Dupuy, Oslo

Forsker, prosjektleder, Linda Ferrante, Oslo

Forsker, seniorrådgiver, Thomas Berg, Tromsø

Avdelingsdirektør, cand.scient., Marguerethe Stenersen, Oslo

Psykiatrisk gruppe

Leder: Overlege, spes. i psykiatri, Karl Henrik Melle, Trondheim

Nestleder: Spes. i psykiatri, Gunnar Johannessen, Grimstad

Overlege, spes. i barne- og ungdomspsykiatri, Jannike E. Snoek, Oslo

Professor, spes. i klin nevropsyk. og i psyk. hab, dr. philos, Kirsten Rasmussen, Trondheim

Professor, spes. i klinisk voksen- og nevropsykologi, dr. philos, Knut Waterloo, Tromsø

Overlege, spes. i psykiatri, Andreas Hamnes, Trondheim

Spes. i psykiatri, Agneta Nilsson, Risør

Professor, spes. i klinisk nevropsykologi, Knut Dalen, Hol

Dr. philos, spes. i klinisk psykologi, Johannes H. Langeveld, Stavanger

Overlege, spes. i psykiatri, dr. med., Kjersti Narud, Oslo

Overlege, spes. i psykiatri, dr. med., Jon Johnsen, Oslo

2.2 Sentrale volumtall for Den rettsmedisinske kommisjon

Tabell 2.2.1 Antall erklæringer² innkommet - behandlet - restanse

Gruppe/År	Innkomet		Behandlet		Restanse	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Rettspat. og klin. rettsmed.	4 360	3 646	4 188	3 304	1 035	863
Genetisk	1 655	1 842	1 763	2 212	259	367
Toksikologisk	2 089	2 062	2 162	2 198	63	136
Psykisk	678	664	628	689	93	43
Totalt	8 782	8 214	8 741	8 403	1 450	1 409

Tabell 2.2.2. A Reaksjoner³ fra kommisjonen i behandlede erklæringer for 2016

Reaksjoner/Gruppe	Rettspat. og klin. rettsmed.		Genetisk	
	Ant	%	Ant	%
Ingen vesentlige mangler	3 469	83	1 692	96
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	600	14	45	3
Vesentlige mangler og ber om tilleggserklæring	103	3	24	1
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	8	<1	1	<1
Ber om nye sakkyndige	2	<1	-	0
Avviste erklæringer	6	<1	1	<1
Totalt	4 188	≈100	1 763	≈100

Tabell 2.2.2. B Reaksjoner⁴ fra kommisjonen i behandlede erklæringer for 2016

Reaksjoner/Gruppe	Toksikologisk		Psykisk	
	Ant	%	Ant	%
Ingen vesentlige mangler	1 882	87	437	70
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	128	6	123	20
Vesentlige mangler og ber om tilleggserklæring	109	5	38	6
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	39	2	18	3
Ber om nye sakkyndige	-	-	-	-
Avviste erklæringer	4	<1	12	2
Totalt	2 162	≈100	628	≈100

² Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer

³ Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet i perioden 1.1.2016 – 31.12.2016

⁴ Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet i perioden 1.1.2016 – 31.12.2016

3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER

Den rettsmedisinske kommisjon har hatt to særlige fokusområder i 2016:

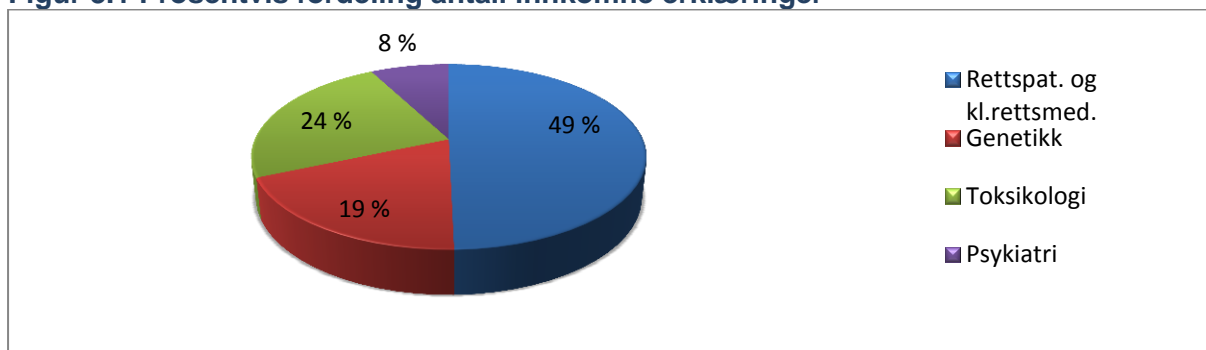
- Trekke sterkere vekselvirkninger mellom de rettsmedisinske fagene
- Forsterke kvaliteten på sakkyndige erklæringer innen klinisk rettsmedisin

Innen rettsmedisinsk sakkyndighetsarbeid er det svært mange fellestrekk uavhengig av disiplinenes faglige likheter eller ulikheter. Likevel har det utviklet seg ulike måter for hvordan det sakkyndige arbeidet utføres, hvordan den sakkyndige erklæringen utarbeides og hvordan det sakkyndige arbeidet presenteres. Kommisjonen har derfor i 2016 hatt et særlig fokus på å trekke sterkere vekselvirkninger mellom faggruppene, herunder også på kommisjonens skandinaviske medlemmers erfaringer. Målet er å kunne etablere en sakkyndig standard som kan gjelde for all rettsmedisinsk sakkyndighet, uten at de enkelte rettsmedisinske områdenes særtrekk og styrker svekkes. Standarden skal bidra til å styrke erklæringens innhold og også være et bidrag i å øke brukervennligheten av det sakkyndige arbeidet.

Kommisjonen mottok i 2016 et stort antall sakkyndig erklæringer til kvalitetskontroll, og tendensen man har sett de foregående år har også gjentatt seg i 2016. Innen rettsgenetikk og rettstoksikologi er inngangen av erklæringer innenfor det som må anses som naturlige variasjoner. Innen rettspsykiatri er det over flere år en svak, men konsistent, økning av antall erklæringer, mens det innen rettspatologi og klinisk rettsmedisin er en konstant høy og vedvarende økning i antall mottatte erklæringer.

Det ble i 2016 utbetalt kr 11 518 553⁵ i godtgjørelse til medlemmene av Den rettsmedisinske kommisjon. Utbetalingene er i all hovedsak knyttet til saksbehandling av erklæringene, men også noe møte- og kursvirksomhet.

Figur 3.1 Prosentvis fordeling antall innkomne erklæringer



⁵ Inklusive arbeidsgiveravgift

3.1 Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin

3.1.1 Generelt

I 2016 mottok gruppa 4 360 saker og det er en restanse på over 1 000 saker ved årsskiftet. Sammenlignet med tidligere år innebærer dette en kraftig økning av både saksmengden og etterslepet.

Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin har diskutert ulike alternativer for å få en bedre kontroll over situasjonen. Et forslag om begrensninger i innsendelsesplikten til DRK mener gruppen er betenkelig så lenge det ikke finnes en nasjonal institusjon som har ansvar for produksjon, kvalitetssikring, forskning og utvikling av sakkyndigtjenestene. En slik organisasjon har vært forslått i NOU 2001:12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker⁶ og senere i Hareide-rapporten fra 2006⁷, hvor det foreslås opprettelse av et «Statens rettssakkyndige institutt».

Inntil videre er DRK den eneste institusjon med et landsdekkende ansvar for utdanning av rettsmedisinsk sakkyndige, såkalt B-kurs. DRK er også gjennom sine medlemmer engasjert i fagspesifikk utdanning av sakkyndige, såkalte C-kurs. I NOU 2001:12 foreslås også et alternativ til landsdekkende ansvar for hele den rettsmedisinske sakkyndige tjenesteproduksjonen, ved at oppgaven legges til et forsterket DRK.

Nærmere om fremtidsutsiktene

I siste gruppemøte ble det foreslått at gruppen skal forsøke å innta en mer aktiv rolle mht. til krav som bør stilles til organisasjoner som driver klinisk rettsmedisinsk arbeid, og hvilke kvalifikasjoner ansatte som utfører arbeidet bør ha.

Følgende forhold vedrørende organiseringen av de rettsmedisinske sakkyndig tjenestene ble diskutert: Strukturkrav, forankring i primær- eller spesialisthelsetjenesten for overgrepsmottak, krav til volum, mulighet til supervisjon på undersøkelse og erklæringskriving, (ISO)sertifisering. Vedrørende personalet: Krav til kursing, kompetanse, spesialitet, supervisjon, sertifisering m.m.

Møtet ble enige om å sette ned en arbeidsgruppe som skal arbeide med forslag til forbedring av organiseringen av klinisk rettsmedisin. Muligheten for å trekke inn kompetanse fra utlandet (Sverige) ble nevnt, også mulighet til å søke råd ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

⁶ [NOU 2001: 12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker](#)

⁷ Oppfølging av [NOU 2005:19 Lov om DNA-register til bruk i strafferettspleien](#)

Et spesielt trekk ved klinisk rettsmedisinsk arbeid i Norge er at dette i svært stor grad gjøres av klinikere, og at rettsmedisinere fysisk ikke er til stede (jf. Trondheim). Helsehjelp til fornærmede er ofte vel så viktig som de rettsmedisinske oppgaver, og det er ofte ikke avklart på forhånd hvem som skal ha hva, eventuelt begge deler. Dette er bedre organisert i Sverige, der det er mye større tilgang på rettsmedisinere og en egen lovbestemmelse som regulerer det rettsmedisinske arbeidet.

Det er store rekrutteringsutfordringer både i rettspatologi og klinisk rettsmedisin. For tiden er problemet størst i Trondheim, hvor det ikke finnes fulltids rettsmedisinere etter at tidligere professor i rettsmedisin Ivar Skjåk Nordrum sluttet. Også i Bergen er situasjonen kritisk. Flere forhold ble diskutert i siste gruppemøte, og det er enighet i gruppen om at vi i Norge mangler to viktige forutsetninger: En godkjent spesialitet i rettsmedisin (etter mønster fra Danmark og Sverige) og en mer formell sertifisering for kliniske leger som driver klinisk rettsmedisin. Uten mulighet til formell spesialisering, svikter rekrutteringen. Det rettsmedisinske miljøet har på eget initiativ laget en uformell sertifiseringsordning for fulltids rettsmedisinere som bygger på fem års tjeneste med spesifiserte krav til innhold (etter dansk og svensk mønster).

En av de danske representantene i gruppen nevnte at innholdet i den rettsmedisinske spesialistutdanningen i Danmark har endret seg, det er nå 50 % klinisk rettsmedisin og mindre patologi. Det er nå viktig å skissere et framtidsscenario basert på dagens situasjon for å understreke alvoret. Det ble også nevnt at en av løsningene er et nasjonalt «rettsmedisinalverk» som kan styre utviklingen.

Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin er enig om at det haster med å få på plass en spesialitet i rettsmedisin, og kommende fulltids rettsmedisinere må i større grad involveres i den kliniske rettsmedisin. I tillegg til å delta i selve undersøkelsene kan dette gjøres ved å delta i fagfelle vurderinger (peer review) samt granske bilder via telemedisinske ordninger. Det er også nødvendig å få etablert en sertifiseringsordning for klinikere som driver rettsmedisinsk arbeid.

3.1.2 Antall sakkyndige erklæringer

Antall innsendte sakkyndige erklæringer i gruppen økte med om lag 20 % fra 2015 til 2016, jf. tabell 3.1.1 og 3.1.2 under. For klinisk rettsmedisin var økningen om lag 30 % og for rettspatologi om lag 13 %. Økningen i antall sakkyndigerklæringer i rettspatologi er overraskende ettersom antall slike erklæringer har vært stabilt over mange år.

Antall erklæringer i rettsodontologi, rettsantropologi og andre fagområder var beskjedent, men det kan forventes en økning i antall rettsodontologiske erklæringer i og med at tannleger nå i økende grad benyttes ved undersøkelser i barnehusene. Tannleger som undersøker og behandler barn er også i økende grad blitt oppfordret til å melde fra ved mistanke om omsorgssvikt og overgrep. Inntil nå har tannlegens funn blitt integrert i den klinisk rettsmedisinske medisinske undersøkelsen.

Tabell 3.1.1 Antall erklæringer⁸ innkommet - behandlet - restanse

År	2016	2015
Innkomet	4 360	3 646
Behandlet	4 188	3 304
Restanse	1 035	863

Tabell 3.1.2 Antall innkomne primærerklæringer fordelt på fagområde

Fagområde/År	2016	2015
Rettspatologi	2 139	1 887
Klinisk rettsmedisin	2 021	1 555
Rettsodontologi	10	-
Rettsantropologi	6	5
Andre rettsmedisinske fag	10	18
Totalt	4 186	3 465

3.1.3 Type lovovertrerdelse i saker innkommet

Som tidligere dominerer erklæringer i voldssaker og sedelighetssaker. Rettsmedisinske sakkyndig erklæringer i voldssaker har økt med 40 % fra 2015 og i sedelighetssaker med 19 %. Den prosentvise fordelingen er likevel omtrentlig den samme, hvor voldssakene utgjør noe over halvparten av de mottatte sakene.

Tabell 3.1.3 Type lovovertrerdelse⁹ i innkomne primærerklæringer for klinisk rettsmedisin

År/Lov	L/L	Sed	Strl	Vtrl	Nark	Annet	L/M	Totalt
År 2016	1 141	877	3	-	-	-	-	2 021
År 2015	814	737	2	-	-	1	1	1 555

⁸ Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer

⁹ L/L: Liv-, legeme- og helbredsbestemmelser i strl., Sed: Sedelighetslovgivning i strl., Strl.: Straffeloven for øvrig, Vtrl.: Vegtrafikkloven, Nark.: Narkotikalovgivning i strl., L/M: Legemiddeloven

3.1.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt

Som tidligere er det store variasjoner i antall innsendte sakkyndig erklæringer i rettspatologi i forhold til innbyggertall fra politidistriktene. Vest politidistrikt har den hyppigste frekvensen. Agder politidistrikt har som tidligere den laveste frekvensen, jf. tabell 3.1.4 under. Lang og kostbar transport har i mange år vært forklaring på det lave antall obduksjoner fra Agder-distriktene. Dette er antakelig en følge av nedleggelsen av den sentrale finansieringen av rettsmedisinske obduksjoner i 1991 (delinkventfondet).

Antall klinisk rettsmedisinske erklæringer i forhold til innbygger tall er klart høyest i Finnmark og Troms, fulgt av Nordland og Oslo. Innlandet politidistrikt har den laveste frekvensen, fulgt av Møre og Romsdal og Sør-Øst politidistrikt, jf. tabell 3.1.5 under.

Tabell 3.1.4 Fordeling av innkomne primærerklæringer i rettspatologi og rettsantropologi

Politidistrikt/År	2016 ¹⁰	
	Antall	Pr 100 000
Øst politidistrikt	219	31
Oslo politidistrikt	437	51
Innlandet politidistrikt	71	19
Sør-Øst politidistrikt	327	46
Agder politidistrikt	24	8
Sør-Vest politidistrikt	246	47
Vest politidistrikt	410	69
Møre og Romsdal politidistrikt	70	27
Trøndelag politidistrikt	193	42
Nordland politidistrikt	84	30
Troms politidistrikt	36	30
Finnmark politidistrikt	23	30
Svalbard	1	-
Øvrige ¹¹	4	-
Totalt/Gjennomsnittlig	2 145	≈ 36

¹⁰ I 2016 var seks av erklæringene rettsantropologiske erklæringer

¹¹ Gjelder Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker, Spesialenheten og KRIPOS

Tabell 3.1.5 Fordeling av innkomne primærerklæringer i klinisk rettsmedisin, rettsodontologi og andre rettsmedisinske fag

Politidistrikt/År	2016 ¹²	
	Antall	Pr 100 000
Øst politidistrikt	218	30
Oslo politidistrikt	486	57
Innlandet politidistrikt	70	18
Sør-Øst politidistrikt	199	28
Agder politidistrikt	127	42
Sør-Vest politidistrikt	173	33
Vest politidistrikt	166	28
Møre og Romsdal politidistrikt	70	27
Trøndelag politidistrikt	169	37
Nordland politidistrikt	190	68
Troms politidistrikt	100	78
Finnmark politidistrikt	69	89
Øvrige ¹³	4	-
Svalbard	-	-
Totalt/Gjennomsnittlig	2 041	≈ 47

Omstendigheter ved dødsfallet

«Funnet død på bopel» er som tidligere den vanligste omstendighet ved et dødsfall som fører til at politiet rekvirer rettsmedisinske obduksjon, jf. tabell 3.1.6 under. Trafikkulykker er den nest største gruppen, dersom man holder samlegruppen «andre omstendigheter» utenfor. Statistisk sentralbyrå sin statistikk for trafikkdrepte i 2016 viser 135 tilfeller, noe som tyder på at obduksjonshyppigheten ved dødsulykker i trafikken har økt. Dette kan reflektere økt oppmerksomhet om betydningen av obduksjonsfunn og skademekanismer med tanke på forebygging.

Etter gjennomført rettsmedisinsk obduksjon ble 39 % av dødsfall som var meldt til politiet som unaturlig død, funnet å ha en naturlig dødsårsak, jf. tabell 3.1.7 under.

Ved 34 obduksjoner ble det konkludert med at det forelå drap. Kripos sin drapsstatistikk inneholder 27 drap i 2016¹⁴. Kripos inkluderer overlagte drap og forsettlig drap. Imidlertid oppgir Kripos 32 tilfeller av drap og voldelig død som er under etterforskning. Drapstallene

¹² I 2016 var 10 erklæringer i andre rettsmedisinske fag.

¹³ Andre rekvirenter, eksempelvis privat part, Økokrim, Kripos etc.

¹⁴ www.politi.no/kripos/statistikk/drap/

vil variere litt alt etter hvilken definisjon som benyttes. Kripas sin statistikk regner ikke med kroppsskade med dødsfølge.

Skarp vold (eksempelvis bruk av kniv) er den hyppigste drapsmetoden og utgjør mer enn halvparten av drapene, jf. tabell 3.1.8 under. Forbudet mot å bære kniv på offentlig sted har følgelig ikke fjernet denne risikoen.

Antall selvdrap er noe høyere enn tidligere år, jf. tabell 3.1.9 under. Dette kan skyldes en høyere obduksjonshyppighet enn tidligere. Likevel er nok det virkelige antallet selvdrap høyere, noe over 500 i følge ander kilder.

Sped- og småbarnsdødsfall

Av de behandlede rettspatologiske erklæringene, gjaldt 17 av erklæringene spedbarnsdødsfall (barn i alder 0-1 år), jf. tabell 3.1.6 under. Av disse 17 sakene er antatt dødsårsak krybbedød (SIDS) i 10 av sakene, akutt sykdom i seks av sakene og ett dødsfall skyldes en antatt ulykke.

Ni av de behandlede rettspatologiske erklæringene omhandlet småbarnsdødsfall (barn i alder 1-4 år). Ett av dødsfallene antas å skyldes plutselig uforklarlig død i småbarnsalder (SUDC). I seks av sakene antas dødsårsak å være akutt sykdom, mens to av dødsfallene antas å skyldes en ulykke.

Kommisjonen har valgt å fremheve disse sakene, da dødsfall blant barn er antatt å være en god indikator på helsetilstanden i ett land. Ti tilfeller av krybbedød i løpet av et år innebærer en dødsrate på 0,17 per 1 000 levende fødte. Det er svært lavt. Til sammenligning var raten i 1989 hele 2,4 krybbedødsfall per 1 000 levende fødte. Nedgangen skyldes først og fremst kunnskapen om risikofaktorer som mageleie, foreldres røyking og overoppheting. Samsoving med de minste spebarna diskuteres som risikofaktor. Tre av SIDS dødsfallene skjedde i seng eller i sofa sammen med voksen person.

Tabell 3.1.6 Innkomne rettspatologiske saker¹⁵ fordelt etter omstendighet ved dødsfallet

Dødsomstendighet	Antall
Død på bopel	1 255
Dødsfall, sykehus	75
Dødsfall, spedbarn (0-1 år)	17
Dødsfall, småbarn (1-4 år)	9
Dødsfall, fengsel/arrest	5
Trafikkulykker	122
Arbeidsulykker	17
Flyulykker	14
Fritidsulykker	41
Andre omstendigheter	437
Totalt	1 992¹⁶

Tabell 3.1.7 Innkomne rettspatologiske saker¹⁷ fordelt etter dødsårsak

Dødsårsak	Antall
Naturlig død	774
Ulykke	582
Drap	34
Selv mord	459
Ukjent årsak	147
Totalt	1 996¹⁸

Tabell 3.1.8 Metode for drap – innkomne rettspatologiske saker¹⁹

Metode	Antall
Skarp vold	19
Stump vold	8
Skuddskader	3
Kvelning	4
Forgiftning	-
Brann	-
Totalt	34

¹⁵ Gjelder saker som er mottatt i tidsrommet 1.1.2016 – 31.12.2016¹⁶ Det er et avvik på fire saker mellom tabell 3.1.6 og 3.1.7. Avviket antas å skyldes registreringer som ikke fanges opp i søkealternativene.¹⁷ Gjelder saker som er mottatt i tidsrommet 1.1.2016 – 31.12.2016¹⁸ Det er et avvik på fire saker mellom tabell 3.1.6 og 3.1.7. Avviket antas å skyldes registreringer som ikke fanges opp i søkealternativene.¹⁹ Gjelder saker som er mottatt i tidsrommet 1.1.2016 – 31.12.2016

Tabell 3.1.9 Metode ved selvdrap – innkomne rettspatologiske saker²⁰

Metode	Antall
Skarp vold	22
Stump vold	58
Skuddskader	47
Kvelning	205
Forgiftning	92
Brann	3
Drukning	27
Forfrysning	1
Andre metoder	3
Elektrisk støt	-
Sprenging	1
Behandlingskomplikasjonsskade	-
Totalt	459

Nærmere om de klinisk rettsmedisinske sakene

Kommisjonen mottok 1 945 primærerklæringer innen det som gruppen klassifiserer som klinisk rettsmedisinske saker og som gjaldt fornærmede. Av de mottatte erklæringene gjaldt om lag 2/3 av erklæringene barn under 16 år, mens 1/3 av erklæringene gjaldt voksne over 16 år, jf. tabell 3.1.10 under.

Tabell 3.1.10 Klinisk rettsmedisin - fornærmedes alder og kjønn

Fornærmet	Under 16 år	Over 16 år
Kvinne	628	615
Mann	615	87
Totalt	1 243	702

²⁰ Gjelder saker som er mottatt i tidsrommet 1.1.2016 – 31.12.2016

3.1.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker for 2016

Andelen erklæringer i rettspatologi med vesentlige mangler utgjør mindre enn 1 % av de innsendte erklæringene. Det er kommentarer til om lag 6 % av erklæringene.

Det er en del ulike tradisjoner i måten å utforme erklæringene. Noen erklæringer er svært kortfattede, noe som gjør det vanskelig å kontrollere om konklusjonen er i samsvar med premisene. Dels skyldes dette utilstrekkelige opplysninger om omstendighetene ved dødsfall, dvs. ufullstendige politirapporter. Dette har ikke rettsmedisinerne alltid kontroll over.

I en del tilfeller savnes noe mer opplysende beskrivelser av mikroskopiske funn. I mangel av standardiserte krav til erklæringene har DRK avstått fra å kommentere disse forholdene så lenge de ellers er adekvate.

Tabell 3.1.11 Reaksjoner²¹ fra fagområdene rettspatologi og rettsantropologi

Reaksjoner	Rettspatologi	Rettsantropologi
Ingen vesentlige mangler	2 181	6
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	128	-
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	8	-
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	2	-
Vesentlige mangler, ber om nye sakkyndige	-	-
Avviste erklæringer	-	-
Totalt	2 319	6

I de klinisk rettsmedisinske erklæringene er det vesentlige mangler i om lag 6 % av sakene, jf. tabell 3.1.12 under. I 95 % av disse bes det om tilleggserklæring. I hele 25 % har DRK kommentarer til erklæringene. Det er betydelige forbedringspotensialer, men kvaliteten er gjennomgående i bedring.

Kommisjonen fant vesentlige mangler i 34 saker som gjaldt barn under 16 år, mens kommisjonen fant vesentlige mangler ved 63 av sakene som gjaldt voksne over 16 år. Gitt det langt større antall saker kommisjonen mottar som gjelder barn under 16 år, jf. tabell 3.1.10 over, er den prosentvise andelen erklæringer kommisjonen finner vesentlige mangler ved, betydelig mye høyere hva gjelder gruppen over 16 år. Dette indikerer at det jobbes godt innenfor barnehusene med det sakkyndige arbeidet, mens behovet for kvalitetsheving

²¹ Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet i perioden 1.1.2016 – 31.12.2016

er større på overgrepsmottakene. Kommisjonen er kjent med at for mange overgrepsmottak er ressursituasjonen knapp og at det sakkyndige etterarbeidet ofte blir skadelidende når det må gjøres harde prioriteringer. Dette er uheldig og noe kommisjonen følger tett.

Tabell 3.1.12 Reaksjoner²² fra fagområdene klinisk rettsmedisin, rettsodontologi og andre rettsmedisinske fag

Reaksjoner	Klinisk rettsmed	Rettsodont.	Andre med. fag
Ingen vesentlige mangler	1 265	2	15
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	466	1	5
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	95	-	-
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	6	-	-
Vesentlige mangler, ber om nye sakkyndige	1	-	1
Avviste erklæringer	6	-	-
Totalt	1 839	3	21

3.1.6 Saksbehandlingstid

Saksbehandlingstiden er i saker som gjelder rettspatologi for lang, jf. tabell 3.3.13 A under. Det er uheldig at behandlingstiden er mer enn fire måneder i 46 % i obduksjonssakene.

Tabell 3.1.13 A Saksbehandlingstid rettspatologi 2016

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring	Tilleggserklæring	Oppdaterte erklæringer ²³
Under 1 uke	7	2	4
1 – 2 uker	7	5	4
2 – 4 uker	62	5	3
1 – 2 mnd	278	4	9
2 – 3 mnd	643	1	3
4 – 6 mnd	858	2	2
>6 mnd	5	-	-

²² Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet i perioden 1.1.2016 – 31.12.2016

²³ Dette er erklæringer innkommet uten at kommisjonen har etterspurt ytterligere opplysninger eller undersøkelser

For klinisk rettsmedisinske erklæringer er behandlingstiden noe bedre enn for obduksjonssakene, hvor om lag 60 % av sakene behandles innen fire måneder, jf. tabell 3.1.13 B under.

Tabell 3.1.13 B Saksbehandlingstid klinisk rettsmedisin 2016

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring	Tilleggserklæring	Oppdaterte erklæringer ²⁴
Under 1 uke	27	15	5
1 – 2 uker	16	10	9
2 – 4 uker	22	20	3
1 – 2 mnd	455	13	14
2 – 3 mnd	296	5	6
4 – 6 mnd	606	3	3
>6 mnd	56	-	-

Også for de øvrige rettsmedisinske erklæringene er saksbehandlingstiden for lang, jf. tabell 3.1.13 C under. For om lag 60 % av sakene er saksbehandlingstiden mer enn fire måneder. Et moment er at i disse sakene har ikke alltid DRK egen kompetanse. Derfor kan det ta tid å innhente ekstern ekspertise.

Tabell 3.1.13 C Saksbehandlingstid annet rettsmedisinsk område 2016

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring	Tilleggserklæring	Oppdaterte erklæringer ²⁵
Under 1 uke	3	1	1
1 – 2 uker	-	-	-
2 – 4 uker	-	-	-
1 – 2 mnd	-	-	-
2 – 3 mnd	6	-	-
4 – 6 mnd	12	-	-
>6 mnd	1	-	-

²⁴ Dette er erklæringer innkommet uten at kommisjonen har etterspurt ytterligere opplysninger eller undersøkelser

²⁵ Dette er erklæringer innkommet uten at kommisjonen har etterspurt ytterligere opplysninger eller undersøkelser

3.2 Genetisk gruppe

3.2.1 Generelt

Gruppen har i 2016 hatt ni medlemmer, hvorav syv medlemmer er fra Norge, et medlem er fra Sverige og et medlem er fra Danmark.

Innsendelsesplikten

Det er kun de sakkyndige ved sporavdelingen i Oslo (i 2016 under Folkehelseinstituttet, men fra 2017 i Oslo universitetssykehus) som sender inn erklæringer i rettsgenetikk til kommisjonen. Når kommisjonen i denne årsrapporten legger frem tall over sakkyndige erklæringer i rettsgenetikk, er det imidlertid viktig å være klar over at de sakkyndige sender inn kun et utvalg av saker til kommisjonen²⁶.

Bruk av mandat og standardiserte vurderinger

Genetisk gruppe har engasjert seg i innføring av bruk av mandat og standardiserte vurderinger i rettsgenetikken i Norge. I 2013 utarbeidet gruppen et forslag på oppdrag fra Riksadvokaten, og dette forslaget har blitt fulgt opp og diskutert med fagmiljøene og de sakkyndige i 2014 og 2015. I 2016 har gruppen i utvalgte saker lagt vekt på å anbefale den sakkyndige å bruke av mandat og standardiserte vurderinger i større grad, og da med særlig med vekt på bruk av statistikk (likelihood ratio) for å oppnå bedre bevismessig vekting av DNA resultater i straffesaker.

Arbeid i 2017

Arbeidet i 2017 har som målsetting å fortsette den gode utviklingen med å få ned restanser til et minimum og redusere saksbehandlingstiden. Vi vil ellers fortsette arbeidet for at de rettsgenetiske sakkyndige skal ta i bruk mandat, statistikk (likelihood ratio) og standardiserte vurderinger i rapportene/erklæringene. Gruppen vil også ta initiativ til nye samhandlingsmøter og fagmøter med de rettsgenetiske miljøene i Norge.

²⁶ Det ble i 2006 ble gjort unntak fra innsendingsplikten i straffeprosessloven § 147 for en stor del av de rettsgenetiske sakene. Dette med fullmakt fra Justis- og beredskapsdepartementet. Unntaket fra innsendingsplikten gjelder saker der det ikke er påvist DNA eller der rapporten kun beskriver fullstendige og rene DNA-profiler. Kommisjonen mottar heller ikke saker som henlegges av politiet.

Disse begrensningene i innsendingsplikten må likevel vurderes for den enkelte sak, da også andre kriterier kan ligge til grunn for et sakkyndig skjønn enn f.eks. hvor entydig DNA-profilen er. De sakkyndige har selv ansvaret for å vurdere om en sak i rettsgenetikk likevel skal sendes inn til DRK eller ikke når det er gjort andre skjønsmessige vurderinger i erklæringen.

3.2.2 Antall sakkyndige erklæringer

I 2016 var det en liten nedgang i antall mottatte rettsgenetiske erklæringer på om lag 10 % sammenlignet med 2015, jf. tabell 3.2.1. Restansene var ved årsskiftet også lavere enn forrige år.

Tabell 3.2.1 Antall erklæringer²⁷ innkommet - behandlet - restanse

	2016	2015
Innkomet	1 655	1 842
Behandlet	1 763	2 212
Restanse	259	367

3.2.3 Type lovovertrerdelse i saker innkommet

Blant fordelingen mellom typer lovovertrerdelser var der ingen større endringer i 2016 sammenlignet med 2015, dog med noe unntak for straffeloven som viser en liten nedgang i antallet saker. jf. tabell 3.2.2.

Tabell 3.2.2 Type lovovertrerdelse²⁸ i innkomne primærerklæringer

År/Lov	L/L	Sed	Strl	Vtrl	Nark	Annet	Vå	L/M	Båt	Totalt
År 2016	211	306	563	26	222	1	6	-	-	1 335
År 2015	222	341	633	18	243	18	6	1	2	1 484

²⁷ Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer

²⁸ L/L: Liv-, legeme- og helbredsbestemmelser i strl., Sed: Sedelighetslovgivning i strl., Strl.: Straffeloven for øvrig, Vtrl.: Vegtrafikkloven, Nark.: Narkotikalovgivning i strl., Vå.: Våpenloven, L/M: Legemiddeloven, Båt: Småbåtloven

3.2.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt

Tabell 3.2.3 Fordeling av innkomne primærerklæringer

Politidistrikt/År	2016 ²⁹	
	Antall	Pr 100 000 ³⁰
Øst politidistrikt	174	24
Oslo politidistrikt	284	33
Innlandet politidistrikt	73	19
Sør-Øst politidistrikt	205	29
Agder politidistrikt	86	29
Sør-Vest politidistrikt	115	22
Vest politidistrikt	144	24
Møre og Romsdal politidistrikt	46	17
Trøndelag politidistrikt	98	22
Nordland politidistrikt	52	19
Troms politidistrikt	23	18
Finnmark politidistrikt	34	45
Øvrige ³¹	1	-
Svalbard	-	-
Totalt/Gjennomsnittlig	1 335	≈ 25

²⁹ I 2016 var 10 erklæringer i andre rettsmedisinske fag.

³⁰ Basert på innbyggertall fra [politiets egen oversikt](#) over antall innbyggere per politidistrikt

³¹ Andre rekvirenter, eksempelvis privat part, Økokrim, Kripos etc.

3.2.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker for 2016

Gruppen hadde bemerkninger til 71 (4 %) av de totalt 1 763 rettsgenetiske erklæringene som ble behandlet i 2016, jf. tabell 3.2.4. For 26 av disse 71 erklæringene gjaldt bemerkningen en vesentlig mangel, mens 45 av reaksjonene var kommentarer fra kommisjonen til den sakkyndige. Det registreres altså en økning i andelen av rettsgenetiske saker som har fått bemerkninger fra kommisjonen i forhold til forrige år (2,5 %).

Tabell 3.2.4 Reaksjoner³² fra genetisk gruppe

Reaksjoner	Antall 2016	Antall 2015
Ingen vesentlige mangler	1 692	2 155
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	45	29
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	24	18
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	1	10
Avviste erklæringer	1	-
Totalt	1 763	1 139

3.2.6 Saksbehandlingstid

Saksbehandlingstid har gått ned i løpet av 2016. For å få ned saksbehandlingstiden har genetisk gruppe som to av de andre gruppene valgt å la flere medlemmer sluttstille saker (det vil si ansvarlig for utforming av uttalelse og ferdigstillelse av saken). I tillegg til leder har to andre av de erfarne saksbehandlerne vært med på å utforme uttalelser og avslutte saker i 2016. Ved årsskifte har dette ført til at restansen lav, og dette vil trolig i 2017 gi en ytterligere positiv effekt på saksbehandlingstiden.

Tabell 3.2.5 Saksbehandlingstid

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring	Tilleggserklæring	Oppdaterte erklæringer ³³
Under 1 uke	4	3	2
1 – 2 uker	12	2	17
2 – 4 uker	84	4	37
1 – 2 mnd	319	6	90
2 – 3 mnd	376	1	54
4 – 6 mnd	410	2	55
>6 mnd	94	1	12

³² Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet i perioden 1.1.2016 – 31.12.2016

³³ Dette er erklæringer innkommet uten at kommisjonen har etterspurt ytterligere opplysninger eller undersøkelser

3.3 Toksikologisk gruppe

3.3.1 Generelt

Gruppens oppgaver er rettet mot kvalitetssikring av sakkyndige erklæringer som omhandler rusmidlers innvirkning på evnen til å føre motorisert kjøretøy og på adferd ved mistanke om andre straffbare handlinger. Også kvalitetssikring av erklæringer knyttet til saker som gjelder beslag av rus- og dopingmidler, beregning av rusdoser og beretning om deres virkning ligger til arbeidet i toksikologisk gruppe.

I 2016 hadde gruppen syv medlemmer. De aller fleste sakene ble behandlet av to medlemmer, mens større og faglig utfordrende saker ble behandlet av tre eller flere. Leder eller nestleder sluttstiller alle sakene.

I sitt arbeid har toksikologisk gruppe fokusert på tiltak som kan heve kvaliteten av sakkyndige erklæringer. Det gjelder spesielt arbeidet med å utforme faglig omforente tilbakemeldinger til de sakkyndige for å sikre likebehandling av like problemstillinger.

Toksikologisk gruppe har deltatt i en arbeidsgruppe som har utformet et standardisert mandat til bruk i saker som omhandler ruspåvirket kjøring, rapporten ble ferdigstilt i 2016.

I 2016 ble det gjort en revisjon av forskriften som omhandler kjøring i ruspåvirket tilstand. Det er innført konsentrasjonsgrenser for åtte nye stoffer og det kan gjøres «summering» av konsentrasjoner av benzodiazepiner og opioider. Det har bidratt til en likere og enklere behandling av enkelte saker.

I 2016 fortsatte toksikologisk gruppe å ha fokus på å styrke samarbeidet med de andre faggruppene i kommisjonen med henblikk på å bidra til kvalitetssikring av farmakologiske og toksikologiske vurderinger i saker som tilligger de andre gruppene. Det har vært samarbeid på tvers av gruppene i enkelte saker også i 2016, og tilbakemeldingene fra de aktuelle gruppene er positive. Vi mener at dette har bidratt til bedre kvalitet på tilbakemeldingene fra kommisjonen.

Alle de sakkyndige fra rettsmedisinske fag ved Folkehelseinstituttet vil være virksomhetsoverdratt til Oslo universitetssykehus fra og med 1. januar 2017, men dette innebærer ingen endring i virksomheten.

Det kom 98 «Nye Psykoaktive Substanser» (NPS) på det Europeiske markedet i 2016, og dette er omtrent samme antall som i 2015. Særlig ses det en økt forekomst av nye designer

benzodiazepiner i Norge og i vegtrafikksakene. Beregning av rusdoser/brukerdoser og virkninger er utfordrende, fordi det ikke finnes vitenskapelig litteratur som kan legges til grunn. Det er svært vanskelig å påvise slike stoffer, og det er trolig en betydelig underrapportering i forhold til hvor hyppig slike stoffer er inntatt i sakene som kommisjonen behandler.

3.3.2 Antall sakkyndige erklæringer

Saksmengden i toksikologisk gruppe i 2016 var omtrent den samme som i 2015, jf. tabell 3.3.1. Gruppen har fått kontroll på etterslepet av saker fra tidligere år, og restansen har blitt ytterligere redusert i 2016, sammenliknet med 2015.

Tabell 3.3.1 Antall erklæringer³⁴ innkommet - behandlet - restanse

	2016	2015
Innkomet	2 089	2 062
Behandlet	2 162	2 198
Restanse	63	136

3.3.3 Type lovovertrerdelse i saker innkommet

Saker som omhandler ruspåvirket kjøring er dominerende i toksikologisk gruppe, og fordelingen av de ulike sakstypene er relativt lik som tidligere år.

Tabell 3.3.2 Type lovovertrerdelser³⁵ i innkomne rettstoksikologiske primærerklæringer

År/Lov	Vtrl	Nark	Strl	L/L	Sed	Båt	Vå	LM	A	Totalt
2016	1 825	22	7	32	19	17	-	5	-	1 927
2015	1 802	25	5	25	16	15	1	8	4	1 901

3.3.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt

Som tidligere år ses betydelige regionale forskjeller i antall innkomne saker, jf. tabell 3.3.3. Sakene har tidligere blitt rapportert per fylke, men oppgis fra og med 2016 for de ulike politidistriktene. Tallmaterialet for 2016 kan derfor ikke sammenlignes med tallmaterialet fra tidligere år.

Vi kjenner ikke årsakene til hvorfor det foreligger slike forskjeller, men disse kan muligens forklares med ulikt fokus i de ulike politidistriktene og/eller ulik praksis for rekvirering av sakkyndige erklæringer. Disse kan også være knyttet til distriktenes økonomiske situasjon. I

³⁴ Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer

³⁵ Vtrl.: Vegtrafikkloven, Nark: Narkotikalovgivning i strl., Strl.: Straffeloven for øvrig, L/L: Liv-, legeme- og helbredsbestemmelser i strl., Sed: Sedelighetsbestemmelser i strl., Båt: Småbåtloven, Vå: Våpenloven, LM: Legemiddeloven, A: Annet

tillegg kan man ikke utelukke regionale variasjoner i legemiddel- og rusmiddelbruk og/eller tilfeldig variasjon fra år til år.

Tabell 3.3.3 Fordeling av innkomne rettstoksikologiske primærerklæringer

Politidistrikt/År	2016 ³⁶	
	Antall	Pr 100 000 ³⁷
Øst politidistrikt	283	40
Oslo politidistrikt	152	18
Innlandet politidistrikt	130	34
Sør-Øst politidistrikt	378	54
Agder politidistrikt	208	70
Sør-Vest politidistrikt	219	42
Vest politidistrikt	172	29
Møre og Romsdal politidistrikt	82	31
Trøndelag politidistrikt	111	42
Nordland politidistrikt	93	33
Troms politidistrikt	44	34
Finnmark politidistrikt	50	66
Øvrige ³⁸	1	-
Svalbard	4	-
Totalt/Gjennomsnittlig	1 927	≈ 41

³⁶ I 2016 var 10 erklæringer i andre rettsmedisinske fag.

³⁷ Basert på innbyggertall fra [politiets egen oversikt](#) over antall innbyggere per politidistrikt

³⁸ Andre rekvisiter, eksempelvis privat part, Økokrim, Kripos etc.

3.3.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker for 2016

Det er ingen vesentlig endring i antall av de ulike reaksjonene i de sakkyndige erklæringene fra toksikologisk gruppe.

Tilbakemeldingene fra gruppen kan være å påpeke faktiske feil eller mangler, anmode om at de sakkyndige belyser alternative premiss, belyser usikkerheter knyttet til vurderinger, begrunner konklusjonen, ber om tilleggsundersøkelser etc.

Tilbakemeldingene fra kommisjonen medfører i enkelte saker at de sakkyndige endrer sin konklusjon, mens de i andre saker opprettholder sin opprinnelige konklusjon med en utdypet begrunnelse for hvorfor denne anses rimelig. Tilbakemeldingene er viktig for å synliggjøre ovenfor rettsvesenet at det kan foreligge ulike faglige oppfatninger, og at dette kan medføre endringer i konklusjonen avhengig av hvilke premisser som legges til grunn. På sikt vil det være av interesse å undersøke hvilke konsekvenser kommisjonens bemerkninger har for utfallet av en sak.

Som tidligere har det fra toksikologisk gruppe vært fokus på at det bør gjøres mer individuelle vurderinger i hver enkelt sak, og at det i mindre grad benyttes standardtekster. Etter innføring av faste konsentrasjonsgrenser i vegtrafikksaker i 2012 og ytterligere revisjon av forskriften som regulerer dette i 2016, har det blitt mindre behov for vurderinger av flere forhold i vegtrafikksakene. Dette medfører at en rekke sakkyndige erklæringer kan forenkles.

Tabell 3.3.4 Reaksjoner³⁹ fra toksikologisk gruppe

Reaksjoner	Antall 2016	Antall 2015
Ingen vesentlige mangler	1 882	1 870
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	128	190
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	109	121
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	39	17
Ber om nye sakkyndige	-	-
Avviste erklæringer	4	-
Totalt	2 162	2 198

³⁹ Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet i perioden 1.1.2016 – 31.12.2016

3.3.6 Saksbehandlingstid

Toksikologisk gruppe har de siste årene hatt en stadig reduksjon i saksbehandlingstid både for primær erklæringer og tilleggserklæringer. En rimelig kort saksbehandlingstid er viktig for rettssikkerheten, dette slik at alle involverte aktører i saken skal kunne ha god anledning til å sette seg inn i relevante forhold i sakene.

Gruppen har som målsetning at saksbehandlingstiden ikke skal overskride fire uker. I perioder med stor sakstilgang eller saker av betydelig kompleksitet kan føre til noe lengre saksbehandlingstiden være noe lengre.

Tabell 3.3.5 Saksbehandlingstid

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring	Tilleggserklæring	Oppdaterte erklæringer ⁴⁰
Under 1 uke	118	27	14
1 – 2 uker	130	36	12
2 – 4 uker	814	44	11
1 – 2 mnd	812	9	2
2 – 3 mnd	20	-	1
4 – 6 mnd	2	-	-
>6 mnd	4	-	-

⁴⁰ Dette er erklæringer innkommet uten at kommisjonen har etterspurt ytterligere opplysninger eller undersøkelser

3.4 Psykiatrisk gruppe

3.4.1 Generelt

Som hovedregel kvalitetskontrolleres innsendte erklæringer av tre medlemmer i psykiatrisk gruppe. Dersom problemstillingen krever det, utvides gruppen med saksbehandlere fra toksikologisk gruppe og/eller fra gruppe for patologi og klinisk rettsmedisin. Denne arbeidsformen styrker klart kvaliteten og bredden i kvalitetskontrollen av erklæringene de gangene eksempelvis nevrologiske eller toksikologiske problemstillinger kompliserer vurderingen.

Arbeid i 2016

Kvalitetskontroll av erklæringene har vært prioritert, men det har også vært satt av tid til å utarbeide utkast til nyhetsbrev som vil komme i løpet av 2017. Den positive utviklingen mht. til saksbehandlingstiden gjennom 2015 ble dessverre noe skadelidende av dette og restansetallene økte igjen mot årsskiftet 2016/2017.

Nyhetsbrev

Gruppen har over tid sett behov for å ta opp ulike tema i nyhetsbrev og forsøke å ivareta rollen som premissleverandør mht. standarder ved rettspsykiatrisk arbeid som ble etablert i perioden Randi Rosenqvist var gruppeleder.

Nyhetsbrev nr. 22 kom ut i februar 2016 og handlet om «Endring av straffeloven og mandatutforming ved rettspsykiatriske undersøkelser»⁴¹. I vedlegget til nyhetsbrevet ligger det forslag til mandat utformet etter straffeloven av 2005, samt veiledere for de sakkyndige til de ulike mandatforslagene. Forslagene til mandat er utarbeidet i et samarbeid med Riksadvokaten og Domstoladministrasjonen.

Nyhetsbrev nr. 23 kom i mai 2016 og handlet om «Rettspsykiatriske erklærings form og innhold. Innhenting av helseopplysninger»⁴². Dette nyhetsbrevet fokuserte på ulike sider av rettspsykiatrisk virksomhet og forbedringsområder medlemmer av psykiatrisk gruppe har sett siste årene.

Den rettsmedisinske kommisjons nettsider

Psykiatrisk gruppe vil gjøre oppmerksom på at nettsidene til kommisjonen inneholder mye relevant informasjon. I tidligere nyhetsbrev ligger det mye nyttig informasjon for sakkyndige og rekvirenter. Nyhetsbrevene er tematisert og selv om mange av nyhetsbrevene er år

⁴¹ [Nyhetsbrev nr. 22 \(www.sivilrett.no/drk\)](http://www.sivilrett.no/drk)

⁴² [Nyhetsbrev nr. 23 \(www.sivilrett.no/drk\)](http://www.sivilrett.no/drk)

gamle, inneholder de sentral informasjon og gir god veiledning rundt sentrale rettspsykiatriske problemstillinger.

Lange og omfattende rettspsykiatriske erklæringer

Psykiatrisk gruppe har i tidligere årsrapporter uttalt at det mottas rettspsykiatrisk erklæringer som er langt mer omfangsrike enn nødvendig, og det uten at gruppen kan se at disse erklæringene er av bedre kvalitet enn de kortere erklæringene. Også i 2016 har dette vært tilfellet, og gruppen oppfordrer rettspsykiatrisk sakkyndige til å være seg dette bevisst, da kortere og konsise erklæringer som regel er presise og gode erklæringer.

3.4.2 Antall sakkyndige erklæringer

Det var igjen en økning i antall erklæringer fra 2015 til 2016. Det kom inn noe flere erklæringer enn året før. Med økningen fra 2014-2015 blir det en økning på nærmere 80 erklæringer på to år. Sammenholdt med at færre erklæringer ble behandlet i 2016 enn 2015 medførte det en økt restanseoppbygging mot årsskiftet. Da erklæringene som hovedregel også er mer omfattende enn tidligere, medfører dette en større økning i tidsbruk enn det økningen i antall erklæringer i seg selv skulle tilsi.

Økningen i antall erklæringer har heller ikke endret den prosentmessige fordelingen av tilbakemeldinger fra kommisjonen. Det å utforme uttalelser er tidkrevende, og psykiatrisk gruppe vil oppfordre sakkyndige til å lese og forholde seg til anbefalingene fra nyhetsbrevene på vår nettside, ikke minst de to siste fra 2016.

Det vises også til årsrapporten for 2014⁴³ side 32 og 33 der kommentarene om erklæringene var ganske omfattende. Disse kommentarene er fortsatt gjeldende.

Tabell 3.4.1 Antall erklæringer⁴⁴ innkommet - behandlet - restanse

	2016	2015
Innkommet	678	664
Behandlet	628	689
Restanse	93	43

⁴³ Årsrapport 2014 (www.sivilrett.no/drk)

⁴⁴ Inkluderer både primær- og tilleggs erklæringer.

Tabell 3.4.2 Innkomne erklæringer⁴⁵ fordelt på undersøkelsestyper

Undersøkelsestyper	2016	2015
Rettspsykiatrisk erklæring	386	374
Tilleggserklæring	95	92
Undersøkelse av fornærmede	39	65
Barneobservasjon	-	-
Nevropsykologisk erklæring	15	16
Foreløpig erklæring	40	16
Nevrologisk undersøkelse	-	-
Risikovurdering	32	44
Overprøving av særreaksjon	55	54
Sykemelding tiltalt	8	1
Andre undersøkelsestyper	8	2
Totalt	678	664

Antall mottatte erklæringer fordelt på undersøkelsestype var i 2016 stort sett likt med årene før, jf. tabell 3.4.2 over. Noen variasjoner er likevel markante, blant annet har antall mottatt fornærmede erklæringer sunket ganske betydelig fra 2015 til 2016. Kommisjonen kan ikke se noen åpenbare grunner til denne variasjonen.

Antall innsendte foreløpige erklæringer har økt fra 2015 til 2016. Foreløpige erklæringer er i utgangspunktet unntatt fra innsendelsesplikten, men kommisjonen har valgt å behandle slike erklæringer der vi er gjort kjent med at de skal fremlegges i retten og/eller at påtalemyndigheten eller retten ber om kommisjonens behandling.

Foreløpige erklæringer som skal legges fram i retten av den sakkyndige er etter kommisjonens oppfatning å anse som en ordinær rettsmedisinsk erklæring. Kommisjonen antar at det fortsatt redegjøres for uvisst antall foreløpige erklæringer i retten uten at de er kvalitetskontrollert av DRK. Det er uheldig.

Etter en periode med få erklæringer vedrørende tiltaltes evne til å møte i retten var det en liten økning i denne type erklæringer i 2016. Som følge av manglende klare kriterier er dette vanskelige erklæring både å utferdige og kvalitetskontrollere.

Det har tidligere vært antatt at antall risikovurderinger ved tidsmessige milepæler ved forvaring og særreaksjoner for de utilregnelige skulle forventes å øke da antallet som

⁴⁵ Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer.

dømmes til og får opprettholdt særreaksjoner, er flere enn de som får opphør. Denne tendensen var i liten grad tilfelle både for 2015 og 2016.

3.4.3 Type lovovertrjedelse i saker innkommet

Psykiatrisk gruppe har valgt å synliggjøre alvorlige lovbrudd som drap og drapsforsøk, da det antas at disse sakene er av størst interesse.

Av de i alt 678 innkomne sakene i psykiatrisk gruppe i 2016 gjaldt 44 saker drap eller drapsforsøk, en relativt stor økning fra årene 2013-2015, da antall drap og drapsforsøk lå på ca. 30 per år. Av de 44 sakene som omhandler drap eller drapsforsøk konkluderte de sakkyndige i 13 av sakene med at observanden var «*psykotisk*», jf. straffeloven (strl.) § 20 første ledd bokstav b. De samme tallene for de tre årene før, var henholdsvis åtte, ni og sju. Prosentandelen av lovbrutere som ble ansett som «*psykotisk*» iht. tidligere strl. § 44 første ledd og nåværende § 20 første ledd bokstav b er derfor noenlunde stabilt over år.

I 2016 var det åtte av 13 som fikk diagnosen *F20.0 Paranoid schizofreni*⁴⁶ etter ICD-10. Som i årene før underbygger tallene at dette er den klart største diagnosekategorien som medfører en konklusjon om «*psykotisk*» knyttet til saker med drap og drapsforsøk.

3.4.4 Fylkesvis fordeling av saker innkommet

Over tid synes det å være endringer i de ulike fylkene i hvor mange rettspsykiatriske erklæringer som utferdiges per 100 000 innbyggere, jf. tabell 3.4.3 under. Disse variasjonene over tid har antagelig ingen noen god forklaring på, og kan skyldes ulike forhold. Det er likevel noen fylker som ligger stabilt lavt år for år som Oppland og Nord-Trøndelag. I 2015 var det Vestfold som har hatt en klar økning og lå med flest rettspsykiatriske erklæringer per 100 000 innbyggere, men falt igjen i 2016. I 2016 var det Hedmark og Sogn og Fjordane som fikk en klar økning, mens Sør-Trøndelag fikk et fall. Som tidligere ligger Finnmark og Agder-fylkene relativt høyt.

⁴⁶ DRK registrerer konklusjoner og diagnoser på saksnivå. Det skjer at det kommer inn tilleggserklæringer etter årsskiftet. Om konklusjonen eller diagnosen endres vil dette endres på saksnivå. Det betyr at om saken er fra årene før vil dette endres for året saken er registrert. Slik sett kan tallene for de ulike år variere noe fra årsrapport til årsrapport.

Tabell 3.4.3 Fordeling av innkomne rettspsykiatriske erklæringer

Fylke/ År	2016			2015		
	Ant. totalt	Antall rettspsyk erkl	Pr 100 000 ⁴⁷	Ant. totalt	Antall rettspsyk erkl	Pr 100 000
Østfold	26	23	6,5	29	15	5
Akershus	57	48	2,9	68	25	4
Oslo	94	76	7	103	54	8
Hedmark	33	29	13	28	12	6
Oppland	17	14	6,4	10	7	4
Buskerud	25	23	5,8	29	15	5
Vestfold	26	23	5,7	24	16	16
Telemark	26	19	11	16	12	12
Agder-fylkene	64	57	14	47	30	10
Rogaland	87	70	12	77	51	11
Hordaland	44	32	5	56	31	6
Sogn og Fjordane	24	21	10	11	7	6
Møre og Romsdal	25	22	6	25	19	7
Sør-Trøndelag	45	37	6	48	32	10
Nord-Trøndelag	6	5	2	8	5	3
Nordland	19	15	4	25	8	3
Troms	32	26	13	25	18	11
Finnmark	16	14	11	24	9	12
Gjenopptakelseskommissjonen	12	8	-	9	7	-
Annet	-	-	-	2	1	-
Totalt/Gjennomsnittlig	678	562	≈ 9	664	374	≈ 7

3.4.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker for 2016

Reaksjonene fra psykiatrisk gruppe fremstår prosentmessig stabilt over år selv om antallet erklæringer øker. Det kommenteres i 179 saker, et tall som kan virke høyt spesielt sammenlignet med de andre gruppene. Sammenlignet med klinisk rettsmedisin som har mange fellestrekk med rettspsykiatri, er imidlertid tallene samsvarende.

Som skrevet i tidligere årsrapporter opptrer enkelte kommentarer hyppig og ikke uvanlig til de samme sakkyndige. Om de sakkyndige hadde lest nyhetsbrev fra psykiatrisk gruppe og endret atferd som følge av kommentarene, hadde andelen kommentarer sunket betraktelig. Samtidig ser en også at enkelte sakkyndige enten endrer senere uttalelser i tråd med

⁴⁷ Basert på tall fra [Statistisk sentralbyrå](#) per 1. januar 2016

kommisjonens påpekning, eller begrunner og tydeliggjør bedre sine vurderinger der de er uenige. Det kommenteres fortsatt på åpenbart for omfattende erklæringer.

Det er fortsatt manglende forbehold om rettens vurdering av faktum i saken ved diagnostikk og vurdering av skadefølge som hyppigst kommenteres i erklæringer om fornærmede i straffesaker. Om de sakkyndige hadde fulgt rådene i Nyhetsbrev nr. 21⁴⁸ fra psykiatrisk gruppe hadde antallet kommentarer vært betydelig lavere.

Praksisen blant enkelte sakkyndige om at de i sin vurdering og konklusjon lar være å ta stilling til de andre begrepene strl. § 80 bokstavene g og h omhandler, dersom de konkluderer positivt på «psykotisk» etter strl. § 20 første ledd bokstav b er fortsatt til stede. De sakkyndig skal ta stilling til alle «begrepene» mandatets punkter omhandler, med unntak av ved en positiv konklusjon etter strl. § 20 første ledd. Da skal de sakkyndige henwise til denne konklusjonen vedrørende det tilsvarende begrepet etter strl. § 80.

De siste årene er andelen påpekte vesentlige mangler rundt 15 % eller noe fallende, jf. tabell 3.4.4 under. Vi ba om tilleggserklæring i 38 saker, mot hhv. 52 saker i 2015, 54 saker i 2014 og 29 saker i 2013. Prosentmessig betyr det en nedgang fra 2014 og 2015.

Det er hele tiden en viss andel nye sakkyndige uten at det fremstår som at det er en overrepresentasjon av yngre nye sakkyndige som får «vesentlige mangler». Som før er det heller en tendens til at noen sakkyndige klart oftere har fått denne reaksjonen enn andre.

Forholdstallet mellom vesentlig mangel der kommisjonen ikke har sett behovet for en tilleggserklæring, og der det utbes en tilleggserklæring, er relativt stabilt. Vesentlig mangel uten at det utbes tilleggserklæring skjer i de tilfeller der saken er godt nok opplyst, men kommisjonen ut fra premissgrunnlaget de sakkyndige presenterer er uenig i, eller mener det fortsatt foreligger tvil vedrørende de sakkyndiges konklusjon. Denne type problemstillinger avklares best under en eventuell hovedforhandling da bevisførselen kan ta hensyn til dette. Om de sakkyndige i retten skulle endre konklusjon eller på vesentlige punkter utfyller den skal de som kjent sende referat av sin muntlige fremstilling til kommisjonen.

Reaksjonen hvor kommisjonen påpeker «vesentlige mangler» og samtidig ber om nye sakkyndige skjer sjelden. I 2016 ble denne kommentaren ikke gitt.

⁴⁸ [Nyhetsbrev nr. 21 \(www.sivilrett.no/drk\)](http://www.sivilrett.no/drk)

Avviste erklæringer er erklæringer som sendes kommisjonen, men som faller utenfor de erklæringer kommisjonen etter loven skal kvalitetskontrollere.

Tabell 3.4.4 Reaksjoner⁴⁹ fra psykiatrisk gruppe

Reaksjoner	Antall 2016	Antall 2015
Ingen vesentlige mangler	437	468
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	123	143
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	38	52
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	18	22
Vesentlige mangler, ber om nye sakkyndige	-	1
Avviste erklæringer	12	3
Totalt	628	689

3.4.6 Saksbehandlingstid

Måten saksbehandlingstiden rapporteres på er endret i 2016 og kan ikke sammenlignes med tallene fra årene før. Den nye måten å rapportere saksbehandlingstid på, fremstår klart mer hensiktsmessig. Som følge av økende restanse har saksbehandlingstiden gått opp gjennom 2016. Ut fra praktiske hensyn burde saksbehandlingstiden ikke vært lenger enn maksimalt fire uker, men dette er vanskelig å opprettholde da det i 2016 periodevis kom mye hasteerklæringer som måtte prioriteres. Ordinær saksbehandling kan da stoppe opp over uker.

Tabell 3.4.5. Saksbehandlingstid

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring	Tilleggserklæring	Oppdaterte erklæringer ⁵⁰
Under 1 uke	28	9	27
1 – 2 uker	42	22	15
2 – 4 uker	93	20	6
1 – 2 mnd	184	1	5
2 – 3 mnd	127	-	-
4 – 6 mnd	15	2	2
>6 mnd	1	-	1

⁴⁹ Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet i perioden 1.1.2016 – 31.12.2016

⁵⁰ Dette er erklæringer innkommet uten at kommisjonen har etterspurt ytterligere opplysninger eller undersøkelser

3.5 Sekretariatet

Statens sivilrettsforvaltning innehar sekretariatsfunksjonen for DRK. Sekretariatsfunksjonen er hjemlet i forskriften om DRK § 4 hvor det fremkommer at det skal ytes kontorfaglig, administrativ og juridisk bistand til kommisjonen. Sekretariatet består av jurist og konsulenter i SRF.

Sekretariatet bistår kommisjonen bl.a. med mottak, fordeling og utsendelse av saker og uttalelser fra kommisjonen, med praktiske og administrative forberedelser til interne og eksterne møter, med arrangering av B-kurs samt besvarer en rekke henvendelser fra andre aktører i strafferettspleien.

Sekretariatet har deltatt på ulike kurs, møter, foredrag og rettsmedisinske samlinger. Sekretariatet har også bidratt til kommisjonens nyhetsbrev.

