



---

DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISJON

---

# ÅRSRAPPORT 2017

## Innholdsfortegnelse

<b>1. LEDERS BERETNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHETEN OG HOVEDTALL</b> .....	<b>4</b>
2.1 Medlemmer av Den rettsmedisinske kommisjon .....	6
2.2 Sentrale volumtall for Den rettsmedisinske kommisjon .....	8
<b>3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER</b> .....	<b>9</b>
3.1 Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin .....	11
3.1.1 Generelt .....	11
3.1.2 Antall sakkyndige erklæringer .....	11
3.1.3 Type lovovertrødelse i saker innkommet .....	12
3.1.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt .....	12
3.1.5 Omstendigheter ved dødsfallet .....	14
3.1.6 Klinisk rettsmedisin – fornærmedes alder, kjønn og utfall i behandlede erklæringer .....	15
3.1.7 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker .....	16
3.1.8 Saksbehandlingstid .....	17
3.2 Genetisk gruppe .....	19
3.2.1 Generelt .....	19
3.2.2 Antall sakkyndige erklæringer .....	19
3.2.3 Type lovovertrødelse i saker innkommet .....	20
3.2.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt .....	20
3.2.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker .....	21
3.2.6 Saksbehandlingstid .....	21
3.3 Toksikologisk gruppe .....	22
3.3.1 Generelt .....	22
3.3.2 Antall sakkyndige erklæringer .....	22
3.3.3 Type lovovertrødelse i saker innkommet .....	23
3.3.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt .....	24
3.3.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker .....	24
3.3.6 Saksbehandlingstid .....	26
3.4 Psykiatrisk gruppe .....	27
3.4.1 Generelt .....	27
3.4.2 Antall sakkyndige erklæringer .....	28
3.4.3 Type lovovertrødelse i saker innkommet .....	29
3.4.4 Fordeling av saker innkommet etter fylke .....	30
3.4.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker .....	31
3.4.6 Saksbehandlingstid .....	32
3.5 Sekretariatet .....	33

## 1. LEDERS BERETNING

Året 2017 har nok en gang vært et travelt år for kommisjonen. Kommisjon mottok samlet mer enn 9 000 erklæringer til behandling, hvilket igjen er et historisk høyt antall mottatte erklæringer.

Jeg har også tidligere, blant annet i leders beretning for 2016, beskrevet hvordan den høye inngangen av erklæringer setter kommisjonens tradisjonelle arbeidsform under et betydelig press. En endring i arbeidsformen er antakelig påkrevet, og i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Statens sivilrettsforvaltning, har vi derfor utarbeidet et forslag til frikjøpsavtale for medlemmene av kommisjonen. Ett av medlemmene har inngått slik avtale og vil i 2018 være frikjøpt sin ordinære jobb tilsvarende 20 % stilling. Jeg ser frem til å høste erfaringer fra dette «pilotprosjektet», og er det vellykket, håper jeg dette er et varig alternativ til dagens løsning som flere medlemmer av kommisjonen vil finne interessant.

Kommisjonen har i 2017 hatt et særlig fokus på de rekrutterings- og kompetanseutfordringer vi erfarer at flere rettsmedisinske fagfelt sliter med, og da særlig rettspatologi og klinisk rettsmedisin. For å sikre gode og robuste rettsmedisinske tjenester og fagmiljøer i fremtiden, er jeg av den oppfatning at de regionale helseforetakene må få det rettsmedisinske oppdraget inn i sine årlige oppdragsdokument. På denne måten får rettsmedisinen en forankring i etablerte miljøer, og myndighetene en mulighet til å følge opp og styre utviklingen.

Videre bør det utarbeides spesifikke planer for de enkelte rettsmedisinske fagområdene med krav på institusjonsnivå for kvalitet og produktivitet, samt krav på individnivå mht. kompetanse. Det er viktig å presisere at selv om det regionale helseforetaket får ansvaret for finansiering og organisering, betyr ikke det at alternative rettsmedisinske løsninger i Norge nødvendigvis skal avvikles og overføres foretakene. Men ettersom de regionale helseforetakene allerede har et ansvar for spesialistutdanningen, er det muligens naturlig at de også får ansvaret for utdanning og opplæring av ansatte som utfører rettsmedisinsk virksomhet.

Jeg finner også grunn til å nevne en særlig problemstilling kommisjonen har diskutert i 2017, og som vi vil se nærmere på i 2018.

Innen ulike rettsmedisinske områder eksisterer det i dag tilsynelatende ulik forståelse av hva sannsynlighet er, og hvordan den bør komme til uttrykk i det rettsmedisinske arbeidet. Innen rettstoksikologi og rettsgenetikk er det etablert en praksis for bruk av ulik grad av sannsynlighet ved konklusjonene. Sannsynlighet kan kobles til matematiske beregninger (sannsynlighetsberegning/likelihood ratio), som eksempelvis internasjonale retningslinjer anbefaler innen rettsgenetikk. For de øvrige rettsmedisinske fagene er praksisen mer variert, hvor rettspsykiatri er i en særstilling. I rettspsykiatri er det en langvarig praksis for at konklusjonene skal være klare og entydige, og hvor den eventuelle tvilen skal komme til uttrykk gjennom vurderingene gjort underveis. Kommisjonen vil i 2018 se nærmere på hvordan tvil og sannsynlighet/usannsynlighet kan uttrykkes, og om det kan skapes en mer omforent (rettsmedisinsk) standard for dette.

Oslo, 26. mars 2018



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.

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).<sup>1</sup> Kommisjonens medlemmer underviser også i spisskompetansekurs innen de ulike rettsmedisinske fagområdene (C-kurs).

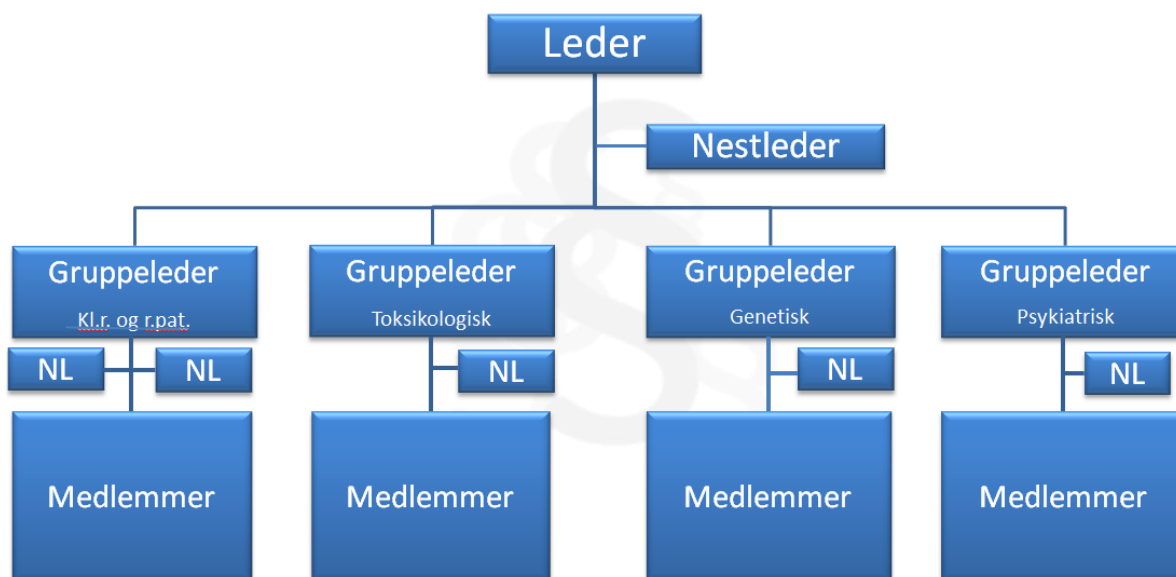
Kommisjonen skal veilede og bistå retten, påtalemyndigheten, forsvarere, bistandsadvokater, sakkyndige, justismyndigheter, helsemyndigheter og andre aktuelle myndigheter i rettsmedisinske spørsmål.

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.

---

<sup>1</sup> 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 2017. Sekretariatet er nærmere omtalt i kapittel 3.5.

## 2.1 Medlemmer av Den rettsmedisinske kommisjon

**Leder:** Overlege, spes. i psykiatri, Karl Heinrich Melle, Trondheim

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

### Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin

Leder: 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

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

Overlege, spes. i klinisk farmakologi, dr. med., prof. em. 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 Andsnes Berg, Bergen

### **Genetisk gruppe**

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

Nestleder: Professor, dr. philos., Per M. Knappskog, Bergen

Professor, dr. med., Niels Morling, København

Professor, PhD, Marie Allen, Uppsala

Forsker, PhD, Toril Fagerheim, Tromsø

Forsker, dr. philos, Berit Myhre Dupuy, Oslo

Forsker, PhD, Linda Ferrante, Oslo

Seniorrådgiver, PhD, Thomas Berg, Tromsø

Seksjonssjef, cand.scient., Marguerethe Stenersen, Oslo

### **Psykiatrisk gruppe**

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

Nestleder: Spes. i psykiatri, Gunnar Johannessen, Grimstad

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 erklæringer<sup>2</sup> innkommet - behandlet - restanse

Gruppe/År	Innkommet		Behandlet		Restanse	
	2017	2016	2017	2016	2017	2016
Rettspat. og klin. rettsmed.	4 205	4 360	3 942	4 188	1 298	1 035
Genetisk	1 811	1 655	1 748	1 763	322	259
Toksikologisk	2 276	2 089	2 232	2 162	107	63
Psykiatrisk	780	678	763	628	110	93
<b>Totalt</b>	<b>9 072</b>	<b>8 782</b>	<b>8 685</b>	<b>8 741</b>	<b>1 837</b>	<b>1 450</b>

Tabell 2.2.2 A Reaksjoner<sup>3</sup> fra kommisjonen i behandlede erklæringer

Reaksjoner/Gruppe	Rettspat. og klin. rettsmed.		Genetisk	
	Ant	%	Ant	%
Ingen vesentlige mangler	3 184	81	1 693	97
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	670	17	44	2
Vesentlige mangler og ber om tilleggserklæring	63	2	8	<1
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	19	<1	3	<1
Ber om nye sakkyndige	-	-	-	-
Avviste erklæringer	6	<1	-	-
<b>Totalt</b>	<b>3 942</b>	<b>≈100</b>	<b>1 748</b>	<b>≈100</b>

Tabell 2.2.2 B Reaksjoner<sup>4</sup> fra kommisjonen i behandlede erklæringer

Reaksjoner/Gruppe	Toksikologisk		Psykiatrisk	
	Ant	%	Ant	%
Ingen vesentlige mangler	1 897	85	530	69
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	159	7	148	19
Vesentlige mangler og ber om tilleggserklæring	104	5	37	5
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	71	2	33	4
Ber om nye sakkyndige	-	-	3	<1
Avviste erklæringer	1	<1	12	<1
<b>Totalt</b>	<b>2 232</b>	<b>≈100</b>	<b>763</b>	<b>≈100</b>

<sup>2</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer

<sup>3</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet

<sup>4</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet



### 3. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER

Den rettsmedisinske kommisjon har i 2017 hatt to særlige fokusområder:

- Videreføre og videreutvikle arbeidet med å trekke sterkere vekselvirkninger mellom de rettsmedisinske fagene, herunder utarbeide en felles veileder for rettsmedisinske sakkyndige
- Ta initiativ til en modernisering og fornyet organisering av rettsmedisinsk sakkyndighet, særlig innen rettspatologi

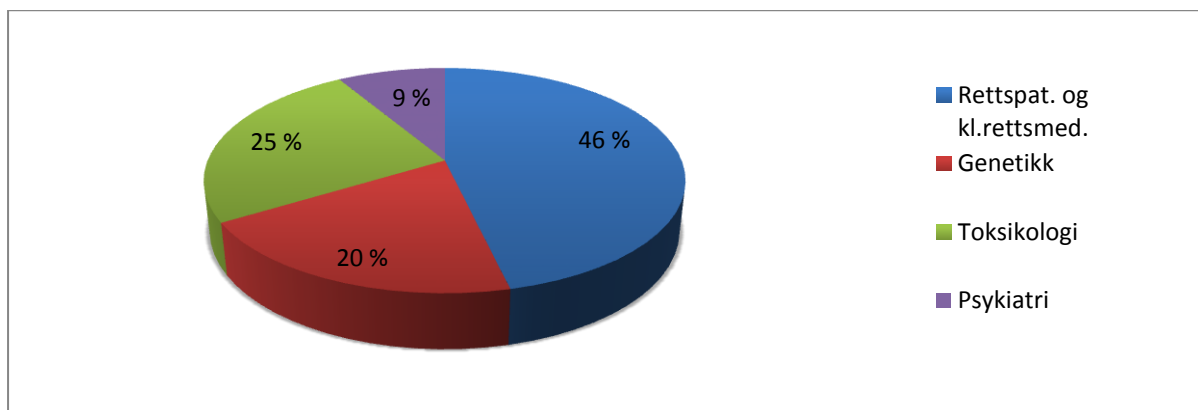
En samlet ledergruppe i kommisjonen har i samarbeid med sekretariatet utarbeidet et dokument kalt «Rettsmedisinske erklæringsers form og innhold» til årets kurs i strafferett og straffeprosess (B-kurs). I dokumentet gir vi uttrykk for en rettsmedisinsk sakkyndigplattform som de fleste rettsmedisinske fag vil kunne kjenne seg igjen, og samtidig er det lagt opp til at dokumentets hoveddeler og kapitteloverskrifter vil kunne brukes som en mal for det konkrete sakkyndige arbeidet.

Kommisjonen håper med dette arbeidet å dekke to av våre prioriterte oppgaver i 2017. Vi har gjennom dette arbeidet synliggjort noen av de fellestrekk som er i de rettsmedisinske fagene, og samtidig har vi laget en mal for hvordan de uerfarne sakkyndige som går B-kurs kan bygge opp sitt rettsmedisinske arbeid. Vi opplever dette dokumentet som så vellykket at vi vil lage en omarbeidet versjon som vil kunne brukes utenom kurssituasjonen. Den omarbeidete versjonen av dokumentet vil bli tilgjengelig på kommisjonens nettside i løpet av våren 2018.

Kommisjonen har videre hatt et særlig fokus på kvalitet og rekruttering til fremtidig norsk rettsmedisin. De ulike rettsmedisinske fagdisiplinene har ulike utfordringer, men det er først og fremst i rettspatologi det haster. Den bekymring for rettspatologiens framtid som ble uttrykt gjennom 2016 er fortsatt like aktuell. Kommisjonens gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin har derfor nedsatt en arbeidsgruppe som særlig ser på denne problemstillingen. De har jobbet med ulike løsnings- og forbedringsforslag gjennom 2017, og vil fortsette dette arbeidet også i 2018.

Kommisjonen mottok i 2017 et stort antall sakkyndig erklæringer til kvalitetskontroll. Det har over flere år vært en økning i kommisjonens samlede antall mottatte erklæringer, hvilket også har gjentatt seg i 2017. Genetisk og toksikologisk gruppe mottok om lag 10 % flere erklæringer enn i 2016, mens psykiatrisk gruppe opplevde en økning på om lag 15 %. For gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin var det en svak reduksjon, dog er det samlede antall erklæringer om lag 3 % høyere enn i 2016.

**Figur 3.1 Prosentvis fordeling antall innkomne erklæringer**



Det ble i 2017 utbetalt kr 11 292 019<sup>5</sup> i godtgjørelse til medlemmene av Den rettsmedisinske kommisjon. Utbetalingene er i all hovedsak knyttet til saksbehandling av erklæringene, men også noe møte- og kursvirksomhet.

---

<sup>5</sup> Inklusive arbeidsgiveravgift

## 3.1 Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin

### 3.1.1 Generelt

Det er i dag utfordringer ved rekruttering til rettspatologi og klinisk rettsmedisin. I NOU 2017:12 Svikt og svik - gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt, foreslås økt satsing på utdannelse av leger i sosialpediatri. For å hjelpe på rekrutteringen i rettspatologi og klinisk rettsmedisin, foreslår NOU 2017:12 at det opprettes en spesialitet i faget. Dette er nødvendig for at unge leger skal velge å gå inn i dette arbeidet.

Kommisjonen har også iverksatt et eget arbeid omkring disse spørsmålene, og har nedsatt en arbeidsgruppe med mandat om å arbeide for en sertifiseringsordning for leger som utfører klinisk rettsmedisin, og opprettelse av en egen spesialitet i rettspatologi/klinisk rettsmedisin. Arbeidsgruppen har hatt en samling og ett orienteringsmøte med gruppen i Helsedirektoratet som arbeider med legespesialitetene.

De utenlandske medlemmene i gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin har vært et positivt bidrag til gruppen. Disse medlemmene har pekt på forbedringsområder mht. norsk praksis sammenlignet med Sverige og Danmark. Disse innspillene vil bli tatt med videre i arbeidet for å øke kvaliteten av det rettsmedisinske arbeidet innen disse fagfeltene.

### 3.1.2 Antall sakkyndige erklæringer

Det totale antall mottatte sakkyndige erklæringer innen rettspatologi og klinisk rettsmedisin er nærmest uforandret fra 2016, jf. tabell 3.1.1. Antallet klinisk rettsmedisinske erklæringer har økt, mens antall rettsmedisinske obduksjoner viser en nedgang. Det har ikke lyktes å ta igjen restansen på drøyt 1 000 saker fra forrige årsskiftet.

Tabell 3.1.1 Antall erklæringer<sup>6</sup> innkommet - behandlet - restanse

År	2017	2016	2015
Innkomet	4 205	4 360	3 646
Behandlet	3 942	4 188	3 304
Restanse	1 298	1 035	863

Tabell 3.1.2 Antall innkomne primærerklæringer fordelt på fagområde

Fagområde/År	2017	2016	2015
Rettspatologi	1 890	2 139	1 887
Klinisk rettsmedisin	2 107	2 021	1 555
Rettsodontologi	19	10	-
Rettsantropologi	7	6	5
Andre rettsmedisinske fag	7	10	18
<b>Totalt</b>	<b>4 030</b>	<b>4 186</b>	<b>3 465</b>

<sup>6</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer

### 3.1.3 Type lovovertrjedelse i saker innkommet

Tabell 3.1.3 Type lovovertrjedelse<sup>7</sup> i innkomne primærerklæringer for klinisk rettsmedisin

År/Lov	L/L	Sed	Strl	Vtrl	Nark	Annet	L/M	Totalt
År 2017	1207	898	1			1		2 107
År 2016	1 141	877	3	-	-	-	-	2 021

### 3.1.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt

Det er stadig en uttalt skjevfordeling av rettsmedisinske obduksjoner mellom politidistriktene, jf. tabell 3.1.4. Dette er, som påpekt mange ganger tidligere, antakelig en følge av at utgiftene må dekkes innenfor budsjettet til det enkelte politidistrikt. Der avstandene er store til de rettsmedisinske sentrene blir transportutgiftene betydelige.

Agder politidistrikt har den laveste obduksjonshyppigheten. Der rekvireres rettsmedisinsk obduksjon i 11 unaturlige dødsfall per 100 000 innbygger. Til sammenligning har eksempelvis Vest politidistrikt en nesten fem ganger høyere obduksjonshyppighet enn Agder.

Tabell 3.1.4 Fordeling av innkomne primærerklæringer i rettspatologi og rettsantropologi

Politidistrikt/År	2017	
	Antall	Pr 100 000 <sup>8</sup>
Øst politidistrikt	198	27
Oslo politidistrikt	399	46
Innlandet politidistrikt	73	19
Sør-Øst politidistrikt	313	44
Agder politidistrikt	32	11
Sør-Vest politidistrikt	212	41
Vest politidistrikt	298	51
Møre og Romsdal politidistrikt	57	21
Trøndelag politidistrikt	179	39
Nordland politidistrikt	67	28
Troms politidistrikt	43	26
Finnmark politidistrikt	23	30
Svalbard	2	-
Øvrige <sup>9</sup>	1	-
<b>Totalt/Gjennomsnittlig</b>	<b>1 897</b>	<b>32</b>

<sup>7</sup> Denne klassifiseringen baserer seg på inndelingen etter straffeloven av 1902, men gjelder bestemmelser etter straffelov av 2005. 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

<sup>8</sup> Basert på antall innbyggere per politidistrikt mottatt fra Politidirektoratet

<sup>9</sup> Gjelder Kommissjonen for gjenopptakelse av straffesaker, Spesialenheten og KRIPOS

Variasjonen i antall klinisk rettsmedisinske erklæringer fra de forskjellige politidistriktene er langt mindre enn for rettsmedisinske obduksjoner, jf. tabell 3.1.5. En mulig forklaring er at det er flere barnehus og voldtekstmottak enn sentre for rettspatologi, og følgelig at den geografiske spredningen er bedre.

Økt fokus på vold og overgrep og barnemishandling har dessuten ført til at terskelen for å rekvirere klinisk rettsmedisinsk undersøkelse er blitt lavere.

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

Politidistrikt/År	2017 <sup>10</sup>	
	Antall	Pr 100 000 <sup>11</sup>
Øst politidistrikt	251	34
Oslo politidistrikt	501	58
Innlandet politidistrikt	79	21
Sør-Øst politidistrikt	189	27
Agder politidistrikt	147	48
Sør-Vest politidistrikt	163	31
Vest politidistrikt	222	38
Møre og Romsdal politidistrikt	83	31
Trøndelag politidistrikt	202	44
Nordland politidistrikt	172	71
Troms politidistrikt	81	49
Finnmark politidistrikt	38	50
Svalbard	-	-
Øvrige <sup>12</sup>	5	-
<b>Totalt/Gjennomsnittlig</b>	<b>2 133</b>	<b>42</b>

<sup>10</sup> I 2017 var seks erklæringer i andre rettsmedisinske fag.

<sup>11</sup> Basert på antall innbyggere per politidistrikt mottatt fra Politidirektoratet

<sup>12</sup> Andre rekvirenter, eksempelvis privat part, Økokrim, Kripos etc.

### 3.1.5 Omstendigheter ved dødsfallet

Av de rettsmedisinske obduksjonene ble det i omlag 41 % antatt at det var en naturlig død, jf. tabell 3.1.6. Når antall drap er noe høyere enn KRIPOS sine tall (25 saker)<sup>13</sup>, skyldes det forskjellig definisjon. I kommisjonens statistikk benyttes den medisinske definisjonen på drap: «villet påført dødelig skade», uten hensyn til eventuell domfellelse for drap etter straffeloven § 275.

Antall selvdrap er lavere enn den reelle forekomsten. Dette skyldes bl.a. at rettsmedisinsk obduksjon ikke alltid rekvireres når det er mistanke om selvdrap.

**Tabell 3.1.6 Innkomne rettspatologiske saker fordelt etter dødsårsak**

Dødsårsak	Antall
Naturlig død	653
Ulykke	456
Drap	37
Selvdrap	383
Ukjent årsak	79
<b>Totalt</b>	<b>1 608</b>

Skarp vold (knivdrap) forekommer i halvparten av drapene, mens stump vold står for tredjeparten, jf. tabell 3.1.7. Dette er omtrent uforandret fra 2016. Antallet knivdrap hadde trolig vært høyere om ikke hadde vært for effektive skademottak i de store byene.

**Tabell 3.1.7 Metode for drap – innkomne rettspatologiske saker**

Metode	Antall
Skarp vold	19
Stump vold	12
Skuddskader	2
Kvelning	3
Forgiftning	1
Brann	-
<b>Totalt</b>	<b>37</b>

Hengning er den hyppigst anvendte selvdrapsmetode og står for 45 % av selvdrapene med forgiftning som nest hyppigste metode med 17 %, jf. tabell 3.1.8.

Som nevnt ovenfor, omfatter selvmordsstatistikken i kommisjonens årsrapport ikke alle selvdrap.

<sup>13</sup> <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/drap/drapoversikt-kripos-2017.pdf>

Tabell 3.1.8 Metode ved selvdrap – innkomne rettspatologiske saker

Metode	Antall
Skarp vold	21
Stump vold	44
Skuddskader	39
Kvelning	172
Forgiftning	67
Brann	4
Drukning	31
Forfrysning	3
Andre metoder	1
Elektrisk støt	-
Sprenging	1
<b>Totalt</b>	<b>383</b>

### 3.1.6 Klinisk rettsmedisin – fornærmedes alder, kjønn og utfall i behandlede erklæringer

I aldersgruppen under 16 år er det omtrent like stor andel jenter (52 %) og gutter (48 %) som er fornærmede. Gruppen over 16 år domineres av kvinner (86 %). I den siste gruppen utgjør seksuelle overgrep den største andelen saker.

Tabell 3.1.9 Klinisk rettsmedisin - fornærmedes alder og kjønn i behandlede erklæringer

Fornærmet	Under 16 år	Over 16 år
Kvinne	657	570
Mann	601	89
<b>Totalt</b>	<b>1 258</b>	<b>659</b>

I de klinisk rettsmedisinske erklæringene fra aldersgruppen fornærmede over 16 år fikk 7 % påvist vesentlige mangler som førte til anmodning om tilleggserklæring eller, eventuelt at erklæringen ikke kunne benyttes. Hele 48 % fikk bemerkninger selv om det ikke forelå vesentlige mangler. For erklæringene i aldersgruppen under 16 år var 2 % med vesentlig mangel og 17 % som fikk bemerkninger uten at det forelå vesentlige bemerkninger, jf. tabell 3.1.10.

Tabell 3.1.10 Klinisk rettsmedisin – utfall behandlede erklæringer fordelt på alder &lt;/&gt; 16 år

Reaksjoner	Fornærmet <16	Fornærmet >16
Ingen vesentlige mangler	1 017	296
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	213	319
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	23	35
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	5	8
Vesentlige mangler, ber om nye sakkyndige	-	1
Avviste erklæringer	-	-
<b>Totalt</b>	<b>1 258</b>	<b>659</b>

### 3.1.7 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker

I erklæringene fra fagområdene rettspatologi og rettsantropologi var det kun 0,2 % som fikk påvist vesentlige mangler, mens 4 % fikk bemerkninger uten at det ble påvist vesentlige bemerkninger.

Tabell 3.1.11 Reaksjoner<sup>14</sup> fra fagområdene rettspatologi og rettsantropologi

Reaksjoner	Rettspatologi	Rettsantropologi
Ingen vesentlige mangler	1 735	5
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	70	-
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	3	-
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	1	-
Vesentlige mangler, ber om nye sakkyndige	-	-
Avviste erklæringer	1	-
<b>Totalt</b>	<b>1 810</b>	<b>5</b>

Kommisjonen påpekte vesentlige mangler i 3,6 % av de klinisk rettsmedisinske erklæringene. I 3 % ble det bedt om tilleggserklæring. I 28 % av erklæringene ble det gitt bemerkninger uten at det forelå vesentlige mangler.

I 2017 ble det sendt inn 23 rettsodontologiske erklæringer. Av disse ble det påvist vesentlige mangler i tre erklæringer og gitt bemerkninger i 14 av erklæringene, som tilsvarer 61 % av sakene. Dette høye antallet bemerkninger kan ha sammenheng med manglende fordypningskurs (såkalt C-kurs) i rettsodontologi.

<sup>14</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet



Tabell 3.1.12 Reaksjoner<sup>15</sup> fra fagområdene klinisk rettsmedisin, rettsodontologi og andre rettsmedisinske fag

Reaksjoner	Klinisk rettsmed	Rettsodont.	Andre med. fag
Ingen vesentlige mangler	1 430	6	7
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	586	14	-
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	60	-	-
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	15	3	-
Vesentlige mangler, ber om nye sakkyndige	1	-	-
Avviste erklæringer	5	-	-
<b>Totalt</b>	<b>2 097</b>	<b>23</b>	<b>7</b>

### 3.1.8 Saksbehandlingstid

Saksbehandlingstiden i gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin er for lang. Inntil nå har alt saksarbeid blitt utført på medlemmenes fritid, men i 2018 vil en nestleder være frikjøpt en dag i uken til arbeid for kommisjonen. Gruppen håper også å få oppnevnt ytterligere et medlem til gruppen. Disse tiltakene vil forhåpentligvis føre til en kortere saksbehandlingstid.

Tabell 3.1.13 A Saksbehandlingstid rettspatologi

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring <sup>16</sup>
Under 1 uke	14
1 – 2 uker	47
2 – 4 uker	163
1 – 2 mnd	308
2 – 3 mnd	427
4 – 6 mnd	809
>6 mnd	21
<i>Ukjent</i> <sup>17</sup>	20
<b>Antall erklæringer</b>	<b>1 809</b>

<sup>15</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet

<sup>16</sup> Omfatter både primærerklæringer, tilleggserklæringer og oppdaterte erklæringer

<sup>17</sup> Ved overgang til nytt verktøy for beregning av saksbehandlingstid er det enkelte saker som av ulike årsaker ikke har latt seg beregne

Tabell 3.1.13 B Saksbehandlingstid klinisk rettsmedisin

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring <sup>18</sup>
Under 1 uke	35
1 – 2 uker	61
2 – 4 uker	117
1 – 2 mnd	305
2 – 3 mnd	220
4 – 6 mnd	968
>6 mnd	354
<i>Ukjent</i> <sup>19</sup>	37
<b>Antall erklæringer</b>	<b>2 097</b>

<sup>18</sup> Omfatter både primærerklæringer, tilleggserklæringer og oppdaterte erklæringer

<sup>19</sup> Ved overgang til nytt verktøy for beregning av saksbehandlingstid er det enkelte saker som av ulike årsaker ikke har latt seg beregne

## 3.2 Genetisk gruppe

### 3.2.1 Generelt

Gruppen har i 2017 hatt ni medlemmer, hvorav syv medlemmer er fra Norge, et medlem er fra Sverige og et medlem er fra Danmark. Det har vært arrangert et heldags gruppemøte i 2017.

Det er kun de sakkyndige ved Oslo universitetssykehus (OUS), Seksjon for rettsgenetikk i straffesaker, 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 kommisjonen<sup>20</sup>.

Genetisk gruppe har engasjert seg i innføring av bruk av mandat og standardiserte vurderinger i rettsgenetikken i Norge. I 2017 har gruppen i utvalgte saker lagt vekt på å anbefale de sakkyndige i større grad å benytte mandat og standardiserte vurderinger i rapportene, og da med særlig med vekt på bruk av statistikk (likelihood ratio, forkortet LR) for å oppnå bedre bevismessig vektning av DNA resultater i straffesaker. I tillegg har gruppen engasjert seg i behovet for flere fagmiljøer innen rettsgenetikken i Norge.

Arbeidet i 2017 har hatt som målsetting å fortsette 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 (LR) og standardiserte vurderinger i rapportene/erklæringene. Gruppen vil også ta initiativ til nye samhandlingsmøter og fagmøter med de rettsgenetiske miljøene i Norge.

### 3.2.2 Antall sakkyndige erklæringer

I 2017 var det en økning i antallet mottatte rettsgenetiske erklæringer på om lag 10 % sammenlignet med 2016, jf. tabell 3.2.1. Restansene var likevel ved årsskiftet fortsatt lave, dog marginalt høyere enn ved forrige årsskifte.

Tabell 3.2.1 Antall erklæringer<sup>21</sup> innkommet - behandlet - restanse

	2017	2016	2015
<b>Innkomet</b>	<b>1 811</b>	1 655	1 842
<b>Behandlet</b>	<b>1 748</b>	1 763	2 212
<b>Restanse</b>	<b>322</b>	259	367

<sup>20</sup> Det ble i 2006 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 skal sendes inn til DRK eller ikke.

<sup>21</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer

### 3.2.3 Type lovovertrødelse i saker inkommet

Blant fordelingen mellom typer lovovertrødelse var der ingen større endringer i 2017 sammenlignet med 2016, dog med noe unntak for straffeloven, narkotikaloven og våpenloven, som viser en liten økning i antallet saker, jf. tabell 3.2.2.

Tabell 3.2.2 Type lovovertrødelse<sup>22</sup> i inkomne primærerklæringer

År/Lov	L/L	Sed	Strl	Vtrl	Nark	Annet	Vå	L/M	Båt	Totalt
År 2017	225	313	640	21	279	-	17	-	1	1 496
År 2016	211	306	563	26	222	1	6	-	-	1 335
År 2015	222	341	633	18	243	18	6	1	2	1 484

### 3.2.4 Fordeling av saker inkommet etter politidistrikt

Tabell 3.2.3 Fordeling av inkomne primærerklæringer

Politidistrikt/År	2017	
	Antall	Pr 100 000 <sup>23</sup>
Øst politidistrikt	206	28
Oslo politidistrikt	298	35
Innlandet politidistrikt	88	23
Sør-Øst politidistrikt	195	27
Agder politidistrikt	112	37
Sør-Vest politidistrikt	116	22
Vest politidistrikt	166	28
Møre og Romsdal politidistrikt	56	21
Trøndelag politidistrikt	104	23
Nordland politidistrikt	89	37
Troms politidistrikt	43	26
Finnmark politidistrikt	21	28
Svalbard	-	-
Øvrige <sup>24</sup>	2	-
<b>Totalt/Gjennomsnittlig</b>	<b>1 496</b>	<b>28</b>

<sup>22</sup> Denne klassifiseringen baserer seg på inndelingen etter straffeloven av 1902, men gjelder bestemmelser etter straffelov av 2005. 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

<sup>23</sup> Basert på antall innbyggere per politidistrikt mottatt fra Politidirektoratet

<sup>24</sup> Andre rekvirenter, eksempelvis privat part, Økokrim, Kripas etc.

### 3.2.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker

Gruppen hadde bemerkninger til 54 (3 %) av de totalt 1 748 rettsgenetiske erklæringene som ble behandlet i 2017, jf. tabell 3.2.4. For 11 av disse 54 erklæringene gjaldt bemerkningen en vesentlig mangel, mens 43 av reaksjonene var kommentarer fra kommisjonen til den sakkyndige. Dette utgjør en liten nedgang av rettsgenetiske saker som har fått bemerkninger fra kommisjonen i forhold til forrige år (4 %), og den nedgangen gjelder først og fremst saker der bemerkningen har omhandlet en vesentlig mangel (fra 26 og ned til 11 saker). Samlet peker altså denne nedgangen i en positiv retning for økt kvalitet på erklæringene.

Tabell 3.2.4 Reaksjoner<sup>25</sup> fra genetisk gruppe

Reaksjoner	Antall 2017	Antall 2016
Ingen vesentlige mangler	1 694	1 692
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	43	45
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	8	24
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	3	1
Avviste erklæringer	-	1
<b>Totalt</b>	<b>1 748</b>	<b>1 763</b>

### 3.2.6 Saksbehandlingstid

Saksbehandlingstiden for en stor andel av sakene har igjennom 2017 vært for lang. Ved årsskiftet 2017/2018 har dette endret seg, og saksbehandlingstiden for hoveddelen av saken er nå mer tilfredsstillende.

I 2018 vil vi jobbe for opprettholde en kortest mulig saksbehandlingstid.

Tabell 3.2.5 Saksbehandlingstid

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring <sup>26</sup>
Under 1 uke	2
1 – 2 uker	9
2 – 4 uker	101
1 – 2 mnd	406
2 – 3 mnd	446
4 – 6 mnd	683
>6 mnd	76
<i>Ukjent</i> <sup>27</sup>	25
<b>Antall erklæringer</b>	<b>1 748</b>

<sup>25</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet

<sup>26</sup> Omfatter både primærerklæringer, tilleggserklæringer og oppdaterte erklæringer

<sup>27</sup> Ved overgang til nytt verktøy for beregning av saksbehandlingstid er det enkelte saker som av ulike årsaker ikke har latt seg beregne

### 3.3 Toksikologisk gruppe

#### 3.3.1 Generelt

Gruppens oppgaver er kvalitetssikring av sakkyndige erklæringer som omhandler rusmidlers innvirkning på evnen til å føre motorisert kjøretøy (jf. vegtrafikkloven) og på ruspåvirket 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. 95 % av sakene omhandler ruspåvirket kjøring. Det er et lavt antall toksikologiske erklæringer i straffesaker knyttet til vold, overgrep og dødsfall.

De aller fleste sakene ble behandlet av to medlemmer, mens større og faglig utfordrende saker ble behandlet av tre eller flere. Gruppen hadde syv medlemmer i 2017, og gikk fra to til tre sluttstillere for å kunne håndtere en økende saksmengde.

Toksikologisk gruppe har fokus på tiltak som kan heve kvaliteten av sakkyndige erklæringer. I denne sammenheng arbeider gruppen spesielt for å utforme faglig omforente tilbakemeldinger til de sakkyndige for å sikre likebehandling av like problemstillinger knyttet til de sakkyndige erklæringene. Kommisjonen opplever at en betydelig andel av erklæringene kunne vært betydelig kortet ned, for å øke lesbarheten for oppdragsgiver og redusere risiko for at vesentlige opplysninger i erklæringene ikke fanges opp av rettsvesenet. Erklæringene som omhandler ruspåvirket kjøring er omfattende og preget av standardtekster som ikke nødvendigvis belyser den aktuelle saken. Kommisjonen har hatt fokus på dette gjennom flere år, og gitt årlige tilbakemeldinger om dette.

Det er utarbeidet faste konsentrasjonsgrenser for stadig flere stoffer, og kommisjonen mener at potensialet for effektivisering av saksgangen for slike saker ikke er utnyttet tilstrekkelig. Med en økende saksmengde må det vektlegges å opprettholde kvaliteten på erklæringene.

Samhandling på tvers av faggruppene i kommisjonen for å bidra til kvalitetssikring av farmakologiske og toksikologiske vurderinger i saker som primært omhandler psykiatri eller rettspatologi er et viktig område å styrke. Det har vært samarbeid på tvers av gruppene i enkelte saker også i 2017, men dette bør i enda større grad utvikles. Datatekniske utfordringer når saker skal behandles på tvers av gruppene må forbedres. Slikt samarbeid er viktig og bedrer kvaliteten på tilbakemeldingene fra kommisjonen.

#### 3.3.2 Antall sakkyndige erklæringer

Antall sakkyndige erklæringer har i 2017 økt med om lag 9 %. Dette har også medført at restansen hadde økt noe ved utgangen av året.

Av de innkomne erklæringene i 2017, var 227 erklæringer såkalte hastesaker, hvilket tilsvarer omlag 10 % av alle mottatte erklæringer. Det store antallet hastesaker kan tyde på at saksbehandlingstiden fra rekvisisjonstidspunktet er for lang eller at en sakkyndig erklæring rekvireres for sent i forhold til berammet tidspunkt for rettsaken. Disse sakene må derfor prioriteres for å rekke å bli behandlet i tide før saken skal opp i retten. Behandling av hastesaker bidrar til forsinkelse av andre saker, og er en lite effektiv arbeidsform. Det bør jobbes med å få raskere rekvirering av erklæringer, raskere svartid på de sakkyndige erklæringene, inkludert tilbakemelding fra kommisjonen, slik at antall hastesaker reduseres.

Tabell 3.3.1 Antall erklæringer<sup>28</sup> innkommet - behandlet – restanse

	2017	2016	2015
<b>Innkomet</b>	<b>2 276</b>	2 089	2 062
<b>Behandlet</b>	<b>2 232</b>	2 162	2 198
<b>Restanse</b>	<b>105</b>	63	136

### 3.3.3 Type lovovertrerdelse i saker innkommet

Som tidligere år er det saker som omhandler ruspåvirket kjøring som utgjør hovedandelen av de toksikologiske erklæringerne (om lag 95 %). Antallet slike saker er økende, noe som henger sammen med fokuset som politiet over tid har hatt på ruspåvirket kjøring, samt mer effektive verktøy (hurtigtest for rusmidler og automatisk nummeregjenkjenning) som bidrar til at politiet kan avdekke flere ruspåvirkede førere.

Det lave antallet toksikologiske vurderinger i andre type saker tyder på at det i liten grad sikres prøver for å vurdere ruspåvirkning, og at slike forhold dermed kan bli mangelfullt utredet.

Tabell 3.3.2 Type lovovertrerdelser<sup>29</sup> i innkomne rettstoksikologiske primærerklæringer

År/Lov	Vtrl	Nark	Strl	L/L	Sed	Båt	Vå	LM	A	Totalt
2017	1 995	17	8	30	27	19	2	5	-	2 103
2016	1 825	22	7	32	19	17	-	5	-	1 927
2015	1 802	25	5	25	16	15	1	8	4	1 901

<sup>28</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer

<sup>29</sup> Denne klassifiseringen baserer seg på inndelingen etter straffeloven av 1902, men gjelder bestemmelser etter straffelov av 2005. 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

### 3.3.4 Fordeling av saker innkommet etter politidistrikt

Som tidligere år ses betydelige forskjeller i antall innkomne saker fra de ulike fylker/politidistrikt, jf. tabell 3.3.3.

Vi kjenner ikke årsakene til disse forskjellene, men de 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.

Tabell 3.3.3 Fordeling av innkomne rettstoksikologiske primærerklæringer

Politidistrikt/År	2017	
	Antall	Pr 100 000 <sup>30</sup>
Øst politidistrikt	323	45
Oslo politidistrikt	194	23
Innlandet politidistrikt	121	32
Sør-Øst politidistrikt	349	49
Agder politidistrikt	188	62
Sør-Vest politidistrikt	241	46
Vest politidistrikt	230	39
Møre og Romsdal politidistrikt	64	24
Trøndelag politidistrikt	153	33
Nordland politidistrikt	104	43
Troms politidistrikt	90	54
Finnmark politidistrikt	44	58
Svalbard	2	-
Øvrige <sup>31</sup>	-	-
<b>Totalt/Gjennomsnittlig</b>	<b>2 103</b>	<b>42</b>

### 3.3.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker

Tilbakemeldingene fra gruppen kan blant annet være å påpeke faktiske feil i beregninger, anmode om at de sakkyndige belyser alternative premisser eller usikkerheter knyttet til vurderinger, eller begrunner konklusjonen. Kommisjonen har i flere år hatt fokus på at det i større grad bør gjøres individuelle vurderinger i vegtrafikksakene som, til tross for forskrift om faste konsentrasjonsgrenser, er omfattende og består av standardtekster som ikke belyser enkeltsaken. Kommisjonen mener at kvaliteten på erklæringene vil heves om det fokuseres på den konkrete problemstillingen i den enkelte sak og at erklæringen forkortes og forenkles. Det har i liten grad blitt gjort endringer i erklæringene, på tross av tilbakemeldinger fra kommisjonen.

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

<sup>30</sup> Basert på antall innbyggere per politidistrikt mottatt fra Politidirektoratet

<sup>31</sup> Andre rekvirenter, eksempelvis privat part, Økokrim, Kripos etc.



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.

**Tabell 3.3.4 Reaksjoner<sup>32</sup> fra toksikologisk gruppe**

Reaksjoner	Antall 2017	Antall 2016
Ingen vesentlige mangler	1 897	1 882
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	159	128
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	104	109
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	71	39
Ber om nye sakkyndige	-	-
Avviste erklæringer	1	4
<b>Totalt</b>	<b>2 232</b>	<b>2 162</b>

Endringer i den prosentvise andelen av bemerkninger fra 2014 tom 2017 indikerer at antall saker hvor kommisjonen har bemerket at det er vesentlige mangler, uten at det bes om tilleggserklæring har økt fra 0,3 % til 3,2 %, jf. tabell 3.3.5. Dette resulterer i at den totale andelen av saker som blir besvart med vesentlige mangler har økt fra 5,5 % til 7,9 %. Årsaksforholdet kan være sammensatt, og kan både indikere en kvalitetsmessig variasjon i de sakkyndige erklæringene, men også økt fokus fra kommisjonens side til å bidra til å belyse sakene uten å forsinke saksgangen med en tilleggserklæring.

**Tabell 3.3.5 Reaksjoner<sup>33</sup> fra toksikologisk gruppe**

Reaksjoner/Prosent	2017	2016	2015	2014
Ingen vesentlige mangler	85	87	85	85,6
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	7,1	5,9	8,6	8,9
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	4,7	5,0	5,5	5,2
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	3,2	1,8	0,8	0,3
<b>Totalt</b>	<b>2 232</b>	<b>2 162</b>	<b>2 198</b>	<b>2 242</b>

Kommisjonen har i lengre tid påpekt at når sakkyndige legger til grunn en rekke premisser som er til siktedes gunst, kan dette medføre at det er usannsynlig at alle disse premissene er tilstede samtidig, og konklusjonen blir en teoretisk vurdering. Kommisjonen har hatt fokus på at den sakkyndiges oppgave er å bidra til å belyse saken best mulig, og at det dermed kan være behov for å angi ulike beregninger/vurderinger som synliggjør usikkerheten. Særlig vil dette være viktig i saker hvor det er både en fornærmet og en siktet, fordi vektlegging av premisser som er til gunst for den ene parten, vil kunne være til ugunst for den andre parten.

<sup>32</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet

<sup>33</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer som er behandlet

### 3.3.6 Saksbehandlingstid

Toksikologisk gruppe hadde noe økt saksbehandlingstid i 2017, dette skyldes økt antall innkomne saker. Ved årsskiftet 2017/2018 har dette endret seg, og saksbehandlingstiden for hoveddelen av saken er nå mer tilfredsstillende.

I 2018 vil vi jobbe for opprettholde en kortest mulig saksbehandlingstid, da en rimelig 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, og gruppen har som målsetning at saksbehandlingstiden ikke skal overskride fire uker. I perioder med stor sakstilgang er saksbehandlingstiden lengre.

Tabell 3.3.5 Saksbehandlingstid

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring <sup>34</sup>
Under 1 uke	150
1 – 2 uker	184
2 – 4 uker	548
1 – 2 mnd	1 236
2 – 3 mnd	69
4 – 6 mnd	17
>6 mnd	0
<i>Ukjent</i> <sup>35</sup>	28
<b>Antall erklæringer</b>	<b>2 232</b>

<sup>34</sup> Omfatter både primærerklæringer, tilleggserklæringer og oppdaterte erklæringer

<sup>35</sup> Ved overgang til nytt verktøy for beregning av saksbehandlingstid er det enkelte saker som av ulike årsaker ikke har latt seg beregne

## 3.4 Psykiatrisk gruppe

### 3.4.1 Generelt

Erklæringene kontrolleres som hovedregel av tre medlemmer i psykiatrisk gruppe. Dersom problemstillingen krever det utvides eller erstattes ett av medlemmene i psykiatrisk gruppe med et medlem fra toksikologisk eller gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Dette sikrer at kvalitetskontrollen av for eksempel medisinske, nevrologiske og/eller toksikologiske problemstillinger styrkes.

#### **Arbeid i 2017**

Kvalitetskontroll av erklæringene har vært prioritert og til tider tatt all tid. I motsetning til årene 2014-2016 har 2017 vært preget av perioder med et stort antall hastesaker. Omfanget har til tider vært så stort at ordinær saksbehandling har stoppet opp over uker. Dette har igjen gjort at enkelte erklæringer som har vært sendt inn i god tid har vært nødt til å hastebehandles, som følge av at kommisjonens uttalelse må foreligge før hovedforhandlingen. Det er også et inntrykk at hasteerklæringene oftere har mangler og feil som medfører behov for tilleggserklæring. Dette igjen medfører stress og merarbeid for både de sakkyndige og kommisjonen.

Etter at endringen i salærforskriften hvor reisetid godtgjøres kun med 50 % av salærsats er det et inntrykk av at antallet samtaler som danner grunnlag for erklæringen har gått ned, og at enkelte sakkyndige mer som regel gjennomfører én samtale enn to. Kommisjonen vil påminne om anbefalingene om minst to samtaler ved ulike tidspunkt. Dette bør det kun unntaksvis avvikes fra. Spesielt ved svingende tilstander, usikkert medikamentinntak, rusmiddelpåvirkning og/eller abstinensstilstand vil én samtale ikke være nok. I slike tilfeller vil kommisjonen bemerke det.

#### **Nyhetsbrev**

Gruppen har også i 2017 arbeidet med nyhetsbrev om ulike tema. I 2017 ble det arbeidet med to ulike nyhetsbrev, som vil komme ut i februar og mars 2018.

#### **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 flere år 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 rettspsykiatriske 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. Lange utdrag av beskrivelser av faktum uten relevans for den rettspsykiatriske vurderingen er heller ikke nødvendig. Også i 2017 har dette vært tilfellet, men det kan virke som at enkelte sakkyndige har tatt tilbakemeldingene og har laget kortere og mer konsise erklæringer. Psykiatrisk gruppe oppfordrer fortsatt rettspsykiatriske sakkyndige til å være seg dette bevisst, da kortere og konsise erklæringer som regel er av bedre kvalitet.

### 3.4.2 Antall sakkyndige erklæringer

Det var igjen en økning i antall erklæringer fra 2016 til 2017. Det kom inn ca. 100 flere erklæringer enn året før. Med økningen fra 2014-2016 blir dette en økning på ca. 180 erklæringer på tre år. Som ventet blir en årvisst økning i erklæringer ved tidsmessige milepæler for vurdering av opprettholdelse av særreaksjoner som følge av at flere får opprettholdt særreaksjon enn blir frifunnet. Det har fra 2016 til 2017 kommet til en økning på ca. 50 rettspsykiatriske erklæringer som det ikke per dato finnes forklaring på. Om dette er tilfeldig eller representerer en trend med at det gjennomføres flere rettspsykiatriske undersøkelser vil tiden vise.

Som i årene før har ikke økningen i antall erklæringer endret den prosentmessige fordelingen av tilbakemeldinger fra kommisjonen. I praksis betyr at kommisjonen uttaler seg i flere saker. Da det å utforme uttalelser er tidkrevende vil psykiatrisk gruppe oppfordre sakkyndige til å lese og forholde seg til anbefalingene fra nyhetsbrevene på vår nettside, ikke minst de to siste fra 2016. Dette da det fortsatt er enkelte sakkyndige som mottar samme tilbakemelding gjentatte ganger.

Tabell 3.4.1 Antall erklæringer<sup>36</sup> innkommet – behandlet – restanse

	2017	2016	2015
<b>Innkommet</b>	<b>780</b>	678	664
<b>Behandlet</b>	<b>763</b>	628	689
<b>Restanse</b>	<b>110</b>	93	43

Tabell 3.4.2 Innkomne erklæringer<sup>37</sup> fordelt på undersøkelsestyper

Undersøkelsestyper	2017	2016
Rettspsykiatrisk erklæring	437	386
Tilleggserklæring	105	95
Undersøkelse av fornærmede	46	39
Barneobservasjon	-	-
Nevropsykologisk erklæring	26	15
Foreløpig erklæring	36	40
Nevrologisk undersøkelse	1	-
Risikovurdering	40	32
Overprøving av særreaksjon	77	55
Sykemelding tiltalt	4	8
Andre undersøkelsestyper	8	8
<b>Totalt</b>	<b>780</b>	678

<sup>36</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer.

<sup>37</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer.

### 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 780 innkomne sakene i psykiatrisk gruppe i 2017 gjaldt 35 saker drap eller drapsforsøk. Ett fall fra 2016 hvor antallet var 44 som var en relativt stor økning fra årene 2013-2015, da antall drap og drapsforsøk lå på ca. 30 per år.

Tallene for 2017 harmoniserer derfor mer med tallene for tidligere år der 2017 fremstår som et unntak. Av de 35 sakene som omhandler drap eller drapsforsøk konkluderte de sakkyndige i 11 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 13, 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 fremstår derfor noenlunde stabilt over år. I 2017 var det sju av elleve som fikk diagnosen *F20.0 Paranoid schizofreni*<sup>38</sup> etter ICD-10, mot åtte av 13 året før. Som i årene før underbygger tallene at paranoid schizofreni er den klart største diagnosekategorien som medfører en konklusjon om «psykotisk» knyttet til saker med drap og drapsforsøk hvor sakkyndige finner observanden «psykotisk».

---

<sup>38</sup> 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.

### 3.4.4 Fordeling av saker innkommet etter fylke

Som i tidligere år 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 tidligere Nord-Trøndelag. I 2017 var det Finnmark, Rogaland og Sogn og Fjordane som har hatt en klar økning og som gjennomførte flest rettspsykiatriske erklæringer per 100 000 innbyggere

Tabell 3.4.3 Fordeling av innkomne rettspsykiatriske erklæringer

Fylke/ År	2017			2016	
	Ant. Totalt	Antall primær-erkl. <sup>39</sup>	Pr 100 000 <sup>40</sup>	Ant. Totalt	Antall primær-erkl. <sup>41</sup>
Østfold	31	29	10	26	23
Akershus	77	70	11	57	48
Oslo	123	96	14	94	76
Hedmark	29	23	12	33	29
Oppland	8	7	4	17	14
Buskerud	26	19	7	25	23
Vestfold	32	27	11	26	23
Telemark	20	13	7	26	19
Agder-fylkene	54	44	14	64	57
Rogaland	111	98	21	87	70
Hordaland	61	48	9	44	32
Sogn og Fjordane	25	24	22	24	21
Møre og Romsdal	40	30	11	25	22
Trøndelag <sup>42</sup>	52	49	11	45	37
Nord-Trøndelag <sup>43</sup>	-	-	-	6	5
Nordland	30	26	11	19	15
Troms	31	25	15	32	26
Finnmark	20	18	24	16	14
Gjenopptakelseskommissjonen	7	5	-	12	8
Svalbard	1	1	-	-	-
Annet	2	2	-	-	-
<b>Totalt/Gjennomsnittlig</b>	<b>780</b>	<b>654</b>	<b>13</b>	<b>678</b>	<b>562</b>

<sup>39</sup> Gjelder alle typer undersøkelser

<sup>40</sup> Basert på tall fra Statistisk sentralbyrå per 1. januar 2018

<sup>41</sup> Gjelder alle typer undersøkelser

<sup>42</sup> Tall for 2016 viser Sør-Trøndelag (Trøndelagsfylkene sammenslått i 2017)

<sup>43</sup> Tall for 2016 viser Nord-Trøndelag (Trøndelagsfylkene sammenslått i 2017)

### 3.4.5 Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker

Reaksjonene fra psykiatrisk gruppe fremstår prosentmessig stabilt over år selv om antallet erklæringer øker. I 2017 uttalte kommisjonen seg i 221 saker imot 179 saker i 2016. Sammenlignet med de andre gruppene kan dette virke høyt men sammenlignet med klinisk rettsmedisin som har mange fellestrekk med rettspsykiatri, er tallene samsvarende. Begge fagområdene bygger på kliniske undersøkelser etterfulgt av en skjønnsmessig vurdering. Som skrevet i tidligere årsrapporter opptrer enkelte kommentarer hyppig og ikke uvanlig til de samme sakkyndige. Kommisjonen har valgt å begynne å sette fotnoter med referanse til nyhetsbrev og/eller høyesterettsdommer der problemstillingen som påpekes eksplisitt er omtalt. Hadde de sakkyndige lest nyhetsbrevene fra psykiatrisk gruppe og endret atferd som følge av uttalelsene, hadde andelen uttalelser kunne sunket betraktelig. Samtidig ser en også at enkelte sakkyndige enten endrer senere uttalelser i tråd med kommisjonens påpekning, eller begrunner og tydeliggjør bedre sine vurderinger der de er uenig med kommisjonen.

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. 21<sup>44</sup> fra psykiatrisk gruppe hadde antallet kommentarer vært betydelig lavere. Det samme om retten hadde gitt et mandat i tråd med vedlegget til nyhetsbrevet, og ikke et mandat i tråd med Kontor for voldsoffererstatning eller Røsæg-utvalgets forslag til mandat. De sakkyndige blir fortsatt alt for ofte i mandatet spurt om å ta stilling til faktum i saken før retten har tatt stilling til skyldspørsmålet.

Praksisen blant enkelte sakkyndige om at de i sin vurdering og konklusjon lar være å ta stilling til de andre vilkårene i 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 vilkårene mandatets punkter omhandler, med unntak av ved en positiv konklusjon etter strl. § 20 første ledd. Da skal de sakkyndige kun henvise til denne konklusjonen vedrørende det tilsvarende vilkåret etter strl. § 80. Dette gjelder både i vurderingen og i konklusjonen.

Fra 2015 til 2016 var det et fall i vesentlige mangler fra 74 til 56. Dette endret seg til 70 igjen i 2017. Det ble bedt om tilleggserklæring i 38 saker (37 i 2016) men vesentlig mangel uten å be om tilleggserklæring økte til 33 i 2017 (18 i 2016). Denne økningen kan skyldes at saken er godt nok opplyst ved kommisjonens påpekning til at retten kan ta stilling til de sakkyndiges vurdering, uten at det er nødvendig med en tilleggserklæring. Ofte vil ikke en tilleggserklæring kunne endre på kommisjonens vurdering av erklæringen og da er det heller ikke formålstjenlig å be om en tilleggserklæring. Problemstillinger som dette avklares uansett best under en eventuell hovedforhandling da bevisførselen kan ta hensyn til det som er påpekt slik at tvil og usikkerhetsmomenter kan reduseres eller fjernes. Om de sakkyndige under hovedforhandlingen skulle endre konklusjon eller på vesentlige punkter utfyller den skal de som kjent sende referat av sin muntlige fremstilling til kommisjonen.

Som i årene før er det 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 de samme sakkyndige oftere får denne reaksjonen enn andre.

<sup>44</sup> Nyhetsbrev nr. 21 ([www.sivilrett.no/drk/nyhetsbrev/psyk/nr21](http://www.sivilrett.no/drk/nyhetsbrev/psyk/nr21))

Reaksjonen hvor kommisjonen påpeker «vesentlige mangler» og samtidig ber om nye sakkyndige uttales sjelden, men i 2017 ble denne uttalelsen gitt tre ganger.

Avviste erklæringer er erklæringer som sendes kommisjonen, men som faller utenfor de erklæringer kommisjonen etter loven skal kvalitetskontrollere. Dette gjelder stort sett erklæringer som ikke er en del av en straffesak.

Tabell 3.4.4 Reaksjoner<sup>45</sup> fra psykiatrisk gruppe

Reaksjoner	Antall 2017	Antall 2016
Ingen vesentlige mangler	530	437
Ingen vesentlige mangler, men kommentarer	148	123
Vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring	37	38
Vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring	33	18
Vesentlige mangler, ber om nye sakkyndige	3	-
Avviste erklæringer	12	12
<b>Totalt</b>	<b>763</b>	<b>628</b>

### 3.4.6 Saksbehandlingstid

For gruppens saksbehandlingstid er det betydelige variasjoner. Gruppen mottok et betydelig antall hasteerklæringer, og det ble behandlet nærmere 100 erklæringer innen én uke og 100 erklæringer innen to uker. En konsekvens av at så mange erklæringer måtte behandles innen en så stram tidsramme, har vært at andre erklæringer har fått en (for) lang liggetid. Dette har igjen medført at i en del av disse sakene har hovedforhandling nærmet seg, og følgelig har også en del av disse erklæringene måttet hastebehandles. Det er en utilfredsstillende arbeidsprosess for alle parter, og gruppen tilstreber å ha en saksbehandlingstid på inntil fire uker. Dette er målsetningen for 2018, dog er dette avhengig av at gruppen ikke opplever den samme økningen i antall erklæringer til kvalitetskontroll.

Tabell 3.4.5. Saksbehandlingstid

Behandlingstid antall pr. intervall	Erklæring <sup>46</sup>
Under 1 uke	98
1 – 2 uker	97
2 – 4 uker	136
1 – 2 mnd	214
2 – 3 mnd	162
4 – 6 mnd	22
>6 mnd	0
<i>Ukjent</i> <sup>47</sup>	34
<b>Antall erklæringer</b>	<b>763</b>

<sup>45</sup> Inkluderer både primær- og tilleggserklæringer

<sup>46</sup> Omfatter både primærerklæringer, tilleggserklæringer og oppdaterte erklæringer

<sup>47</sup> Ved overgang til nytt verktøy for beregning av saksbehandlingstid er det enkelte saker som av ulike årsaker ikke har latt seg beregne



### **3.5 Sekretariatet**

Statens sivilrettsforvaltning innehar sekretariatsfunksjonen for DRK. Sekretariatsfunksjonen er hjemlet i forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon § 4, hvor det fremkommer at det skal ytes kontorfaglig, administrativ og juridisk bistand til kommisjonen. Sekretariatet består av jurister 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 kurs i strafferett og straffeprosess (B-kurs) samt besvarer en rekke henvendelser fra andre aktører i strafferettspleien.

Sekretariatet deltar på ulike kurs, møter, foredrag og rettsmedisinske samlinger. Sekretariatet bidrar også til kommisjonens nyhetsbrev samt er juridiske rådgivere ved rettslige problemstillinger.