

NOU

Norges offentlige utredninger **2001: 12**

Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker

Utredning fra utvalg oppnevnt av Det kgl. Justis- og politidepartement
Avgitt til Det kgl. Justis- og politidepartement 2. april 2001.

Statens forvaltningstjeneste
Informasjonsforvaltning

Oslo 2000

Til Justis- og politidepartementet

Det kgl. Justis- og politidepartement oppnevnte 2. april 1998 et utvalg for å gjennomgå rettsmedisinsk kvalitetssikring og kontroll i straffesaker. Utvalget legger med dette frem sin utredning.

Oslo, 2. april 2001

Torleiv Ole Rognum leder
Ingunn Fossgard
Anne Kristin Herse
Tor Langbach
Bjørnar Olaisen
Randi Rosenqvist
Hans-Jacob Sandsberg
Frode Sulland
Hans-Christian Ingebrigtsen

Del I Utvalgets oppnevning, bakgrunn, mv.

Kapittel 1

Sammendrag

I en rekke alvorlige og mediefokuserte straffesaker de siste ti årene har rettsmedisinske spørsmål stått sentralt, og ført til en økt bevissthet omkring betydningen av rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker. Gjenopptakelsen av Liland-saken førte til at et regjeringsoppnevnt utvalg gransket saken. Utvalget konkluderte blant annet med kritikk mot de rettsmedisinsk sakkyndiges undersøkelser og uttalelser, og mot samspillet mellom dem og de juridiske aktørene i straffesaken (NOU 1996: 15 Liland-saken).

Justisdepartementet oppnevnte 2. april 1998 et utvalg til å gjennomgå rettsmedisinsk kvalitetssikring og kontroll i straffesaker. Utvalgets sammensetning, mandat og arbeid er omtalt i ([Link til](#)) kapittel 2. Bakgrunnen for utvalgets arbeid er omtalt i ([Link til](#)) kapittel 3, og tidligere vurderinger av spørsmål om organisering og kvalitetssikring av rettsmedisinsk virksomhet i Norge er omtalt i ([Link til](#)) kapittel 4.

Rettsmedisin er medisinsk kunnskap anvendt i rettslig sammenheng (herunder inkludert etterforskning), se pkt. 6.1. Når politiet eller retten får sakkyndig bistand fra det medisinske eller et beslektet fagområde, utøver den sakkyndige rettsmedisin. Rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet kan finne sted innen alle medisinske spesialiteter og fagområder. Den er primært regulert av prosesslovgivningen – rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet er ikke pasientrettet. I dag arbeider både leger og biologer innenfor det man kan kalle *rettsmedisin i vid forstand*: *rettspatologi* (obduksjon av ofre for mulige kriminelle handlinger eller ulykker), *klinisk rettsmedisin* (undersøkelse av levende voldsofre), *rettspsykiatri* (psykiatrisk eller psykologisk vurdering av tilregnelighet og tilbakefallsrisiko), *rettstoksikologi* (undersøkelse av prøver fra levende og døde for påvisning av rusmidler og giftige stoffer), *rettsgenetikk* (farskapstesting og undersøkelse og identifisering av biologiske spor), *rettsodontologi* (bl.a. undersøkelse av tenner for identifisering av personer) og *rettsantropologi* (bl.a. undersøkelse av benrester for identifisering). Det er rettspatologi, klinisk rettsmedisin, rettspsykiatri, rettstoksikologi og rettsgenetikk som står for det store volumet av rettsmedisinske tjenester. Tradisjonelt har yrkestittelen rettsmedisiner vært benyttet om rettspatologer som også har utført noe klinisk rettsmedisin.

Utvalget mener at hovedutfordringene ved bruk av rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker er følgende:

- Det overordnede mål er å sikre at domstolene og politi/påtalemyndighet ved behov får tilgang på best mulig sakkyndigkompetanse, og muligheten til “second opinion”. Dette kan i dag være vanskelig, da rekvirentene ikke har oversikt over aktuelle sakkyndige og deres kvalifikasjoner.
- Det må utvikles klarere og strengere habilitetsregler for sakkyndige.
- Rekvirenter bør i større grad enn i dag utforme klare og hensiktsmessige mandater som kan fange opp de rettsmedisinske problemstillingene på en adekvat måte.
- Interne kvalitetssikringsrutiner bør formaliseres der rettsmedisinske

tjenester produseres, og akkreditering bør gjennomføres der dette er mulig.

- Vitenskapelig virksomhet i fagmiljøene bør ved større aktivitet heve kvaliteten på sakkyndighet.
- Den eksterne kvalitetssikring ved Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) bør utvikles og styrkes.
- De sakkyndiges kompetanse bør heves, innen både juridiske og medisinske fagområder.
- Rettsmedisinske tjenester bør organiseres og finansieres slik at det blir en kostnadseffektiv produksjon. Kunnskap og inntekter generert ved rettsmedisinsk virksomhet bør føres tilbake til de tjenesteytende institusjoner.

Utredningen gir en omfattende beskrivelse av den rettsmedisinske virksomheten som drives i Norge. Med utgangspunkt i en beskrivelse av straffettspleiens bruk av rettsmedisinsk sakkyndighet (kapittel 7) presenteres situasjonen for de ulike rettsmedisinske fagområdene de siste 15–20 årene (kapittel 8). Utvalget har herunder også forsøkt å beregne antallet rettsmedisinske erklæringer som brukes i straffesaker. Deretter gjøres greie for systemer for intern kvalitetssikring, både generelt og på det rettsmedisinske område (kapittel 9), før dagens system for ekstern kvalitetssikring – kontroll fra Den rettsmedisinske kommisjon – presenteres (kapittel 10).

I ([Link til](#)) kapittel 11 foreslår utvalget at det opprettes en oversikt over kvalifiserte rettsmedisinsk sakkyndige som kan brukes i straffesaker (pkt. 11.1). Dette vil kunne føre til styrket rekruttering, ved at et større utvalg av medisinske spesialister blir brukt som sakkyndige i straffesaker. Ordningen med faste rettsmedisinsk sakkyndige foreslås avvirket (pkt. 11.2).

Utvalget går generelt inn for å skjerpe habilitetsreglene for sakkyndige og foreslår endring i straffeprosessloven på dette punkt. Dette er viktig for tilliten til straffesaksbehandlingen (pkt. 11.3 og 11.4). I tillegg gjennomgås en rekke praktiske problemstillinger, der habilitetsspørsmålet etter utvalgets mening bør vurderes annerledes enn etter gjeldende rett. Blant annet foreslås det at behandlere ikke skal kunne opptre som sakkyndig, og at den som har foretatt en foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse ikke også skal foreta den fullstendige rettspsykiatriske undersøkelsen.

Utvalget peker på at de sakkyndiges mandater i dag ofte er for dårlige. Det foreslås lovfestet i straffeprosessloven at sakkyndige skal ha skriftlige mandater for sine oppdrag. Utformingen av mandat er rekvirentens ansvar, og bistand må primært søkes hos den sakkyndige man har valgt. I tillegg foreslås at rekvirenter av rettsmedisinske sakkyndigtjenester lettere enn i dag bør kunne få veiledning ved utforming av mandater (pkt. 11.5).

For å sikre at tjenestene holder et internasjonalt nivå, foreslås at det i større utstrekning innføres formalisert systematisk intern kvalitetssikring (f.eks. akkreditering eller sertifisering) av rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet (pkt. 11.6). Utvalget drøfter en del spørsmål omkring erklæringer fra sakkyndige vitner, og foreslår blant annet at slike vitner skal tillates å legge frem skriftlige erklæringer. Dette vil åpne for kontroll av erklæringene fra Den rettsmedisinske kommisjon. Hvorvidt motparten bør kunne kreve at skriftlige erklæringer utarbeides, foreslås utredet nærmere (pkt. 11.9).

Utvalget vurderer behovet for nærmere retningslinjer for de rettsmedisinske undersøkelsene, og går inn for at fagmiljøene selv bør komme frem til og beskrive slike prosedyrer (pkt. 11.10). Det bør videre utarbeides retningslinjer for den sakkyndiges skriftlige erklæring, og utvalget peker på visse sentrale elementer erklæringene bør inneholde (pkt. 11.11).

Den rettsmedisinske kommisjon foreslås i ([Link til](#)) kapittel 12 videreført med visse endringer i kriterier for kontroll og gruppeinndeling. Kriteriene for kontroll foreslås endret for å sikre at de erklæringene som bør kontrolleres blir sendt inn. Det åpnes for frivillig innsending av visse sakkyndigerklæring, samtidig som den obligatoriske kontrollen begrenses noe. På bakgrunn av det store antall saker kommisjonen behandler, foreslår utvalget at det åpnes for en mer fleksibel inndeling i faggrupper, slik at den kan tilpasses kommisjonens varierende behov. Psykiatrisk gruppe foreslås videreført, mens det åpnes for deling av alminnelig gruppes ansvarsområde. Faggruppene skal fortsatt ha hver sine ledere, hvorav en er leder for hele kommisjonen. Kommisjonens sekretariat foreslås styrket og profesjonalisert.

Utvalget foreslår i ([Link til](#)) kapittel 13 at utdannelsen i rettsmedisinske fag styrkes, og at det utvikles et undervisningstilbud i sakkyndigarbeid i straffesaker. En modell for differensiert kvalifisering på tre nivåer foreslås (nivå A, B og C). Grunnleggende opplæring i sakkyndigarbeid foreslås innført i medisinerens obligatoriske spesialistutdanning (A-nivå). Videre foreslås et eget kurstilbud for rettsmedisinsk sakkyndige i juridiske og etiske forhold av betydning for sakkyndigrollen (B-nivå). Bakgrunnen for forslaget er at utvalget mener en del problemer i forholdet mellom sakkyndige og rettsapparatet skyldes at de sakkyndige ikke godt nok kjenner sin rolle som sakkyndig. Undervisningstilbudet skal derfor sikre bedre kommunikasjon mellom rettens aktører og de sakkyndige. Endelig foreslås at det utvikles ulike former for spisskompetanse innenfor rettsmedisinske fag (C-nivå). Utvalgets flertall går også inn for at det opprettes en spesialitet i rettsmedisin/rettspatologi, fordi dette er et faglig krevende spesialområde med stor betydning for rettssikkerheten.

I ([Link til](#)) kapittel 14 stiller utvalget opp et sett med overordnede krav til de sakkyndige rettsmedisinske tjenestene i straffesaker og derved til organiseringen av rettsmedisinsk virksomhet i Norge. Det må kreves upartiske sakkyndige, tilfredsstillende faglig kompetanse på nødvendige fagområder, best mulig kvalitet på undersøkelsene, tilstrekkelig rask undersøkelse og svar, mulighet for "second opinion", rettsenhet i landet, kostnadseffektivitet og akseptable arbeidsforhold for de sakkyndige.

Utvalget presenterer tre alternative modeller for fremtidig organisering av rettsmedisinske sakkyndigtjenester i straffesaker. Modell I innebærer ingen store forandringer fra dagens situasjon, modell II vil styrke DRK og gi den ansvar for kompetanseoppbygging for sakkyndige og for samfunnet, og modell III foreslår opprettelse av et kontor for rettsmedisin i Sosial- og helsedepartementet, med ansvar for hele det rettsmedisinske fagområde. For hver modell gjennomgås hvordan modellen ved ulike tiltak søker å ivareta de overordnede kravene.

Modell I er i henhold til mandatet en minimumsløsning. Ingen av utvalgets medlemmer går prinsipielt inn for denne modellen.

Modell II og III er begge basert på utvalgets enstemmige forslag med hensyn til organisering og finansiering av rettsmedisinske tjenester. Dette innebærer at ansvaret for å yte rettsmedisinske sakkyndigtjenester integreres i helseinstitusjoner og tas inn i deres virksomhetsplaner. Dette plasserer ansvaret for at tjenester er tilgjengelige, sikrer kvaliteten ved at tjenestene utføres i et fagmiljø, åpner for bedre fordeling av arbeidsbelastningen, og styrker mulighetene for rekruttering.

Utvalget foreslår, og alle modellene forutsetter, at rekvirenten av sakkyndigtjenester må betale tjenestenes reelle kostnader. Dagens forskjellige og til dels uoversiktlige finansieringsordning, der deler av betalingen skjer i form av honorar etter salærsatser, bør erstattes av en finansieringsform som sikrer drift og utvikling av fagmiljøene og best mulig kostnadseffektivitet.

Modell II og III vil begge beholde DRK som ekstern kvalitetssikrer, men atskiller seg med hensyn til hvordan andre funksjoner bør ivaretas. En halvdel av utvalget (fire medlemmer) går inn for modell II, som vil innebære at DRK får en del serviceoppgaver overfor brukerne av rettsmedisinske tjenester. Kommisjonen vil etter modell II opprette og føre registre over aktuelle sakkyndige, gi informasjon til brukerne om aktuelle sakkyndige i den enkelte sak, og gi generelle råd om de sakkyndiges kompetanse og hvordan et mandat kan utformes. Videre foreslås det at kommisjonen skal administrere den særskilte sakkyndigutdannelsen (B-nivå), og være den instans som koordinerer erfaringstilbakeføring til sakkyndigmiljøene, forskning og det alminnelige helsevesen.

Den andre halvdel av utvalget (lederen og tre medlemmer) går inn for modell III, som forutsetter opprettelse av en ny administrativ enhet innen Sosial- og helsedepartementet, Kontoret for rettsmedisin. Dette kontoret skal etter forslaget ivareta flere sentrale oppgaver for å bedre de rettsmedisinske tjenestene, og gis et samordnende ansvar for rettsmedisinsk servicevirksomhet i Norge. Kontoret er ment å skulle utvikles til et stimuleringssenter og en kunnskapsbase for rettsmedisin.

En slik sentral enhet vil etter forslaget føre register over de aktuelle sakkyndige, og kan etter henvendelse gi brukerne både informasjon og råd med hensyn til valg av sakkyndige. Kontoret vil også kunne gi råd og bistå ved utforming av mandater. I forhold til behovet for utdanning vil en slik sentral instans kunne følge opp de tiltak som foreslås på A- og C-nivå, samt stå for gjennomføring av den særskilte sakkyndigutdannelsen (B-nivå). Et kontor for rettsmedisin vil også kunne følge opp den integrering av rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet i det alminnelige helsevesen som utvalget enstemmig går inn for, og i denne forbindelse være en pådriver blant annet i forhold til interne kvalitetssikringsrutiner og akkreditering. Et kontor for rettsmedisin foreslås også å tillegges en aktiv rolle med hensyn til erfaringstilbakeføring fra sakkyndighetsarbeid overfor sakkyndigmiljøet, forskning og det alminnelige helsevesen.

De ulike syn i utvalget på valg av organisasjonsmodell, skyldes bl.a. en ulik vurdering av hvorvidt en sentral instans vil være nødvendig og hensiktsmessig for å sikre gjennomføring av de tiltak utvalget ellers enstemmig går inn for. Det har også vært en noe ulik vurdering innen utvalget med hensyn til hvilke oppgaver det er naturlig og riktig å legge til DRK.

Både i forhold til modell II og III foreslår et flertall av utvalget at det bevilges særskilte stimuleringsmidler for å sikre en forbedret tjenesteproduksjon og økt rekruttering. Flertallet anser det nødvendig med en slik målrettet investering over f.eks. seks år, for at de ulike institusjoner skal bli i stand til å påta seg nye oppgaver innen rettsmedisin. Etter modell III foreslås det at dette stimuleringsprogrammet administreres av Kontoret for rettsmedisin, mens denne administrasjon etter modell II legges mer generelt til Sosial- og helsedepartementet.

Forslagene vil på denne bakgrunn få en del økonomiske og administrative konsekvenser.

Kapittel 2

Oppnevning, mandat og arbeid

2.1 Oppnevning og sammensetning

Justisdepartementet oppnevnte i brev av 2. april 1998 et utvalg til å gjennomgå rettsmedisinsk kvalitetssikring og kontroll i straffesaker. Utvalget fikk følgende sammensetning:

Leder:

Professor dr. med. Torleiv Ole Rognum, Universitetet i Oslo, Rettsmedisinsk institutt

Medlemmer:

Statsadvokat Ingunn Fossgard, Riksadvokatembetet

Underdirektør, senere avdelingsdirektør, Anne Kristin Herse, Justisdepartementet

Byrettsdommer Tor Langbach, Trondheim byrett

Professor dr. med. Bjørnar Olaisen, Universitetet i Oslo, Rettsmedisinsk institutt

Overlege Randi Rosenqvist, Aker sykehus, Divisjon psykiatri

Rådgiver, senere underdirektør, Hans-Jacob Sandsberg, Sosial- og Helsedepartementet

Advokat Frode Sulland, Advokatfirmaet Hestenes og Dramer & Co.

Utvalgets sekretærer har vært førstekonsulent Trine Løland Gundersen (2. april – 31. august 1998), rådgiver Åse Ulvin (1. september 1998 – 31. januar 1999), og rådgiver Hans-Christian Ingebrigtsen (fra 1. februar 1999), alle fra Justisdepartementet.

2.2 Mandat

Utvalget fikk følgende mandat:

“Utvalget bes gi en beskrivelse og vurdering av den rettsmedisinske virksomhet i Norge, herunder redegjøre for Den rettsmedisinske kommisjons organisering, sammensetning og regelverk. Utvalget skal fremme forslag om hvordan det rettsmedisinske kontrollarbeidet kan organiseres. Det kan i den sammenheng være naturlig å se hen til organiseringen av rettsmedisinsk kontroll i andre land som det er naturlig for Norge å sammenligne seg med. Utvalget skal utarbeide forslag til lovbestemmelser og eventuelt instruks eller forskrift, og skal ellers redegjøre for kontrollarbeidets organisering og finansiering. Det skal utredes hvilke kvalifikasjonskrav som må stilles til de som skal utøve kontrollen, herunder en klargjøring av eventuelle utdanningsbehov.

Utvalget skal særlig se på hvilke kvalifikasjonskrav som må stilles til de såkalte faste sakkyndige. Herunder må vurderes hvilke “faggrupper” som bør benyttes, hvordan erklæringene best kan kvalitetssikres samt krav til det sted gransking foregår. Utvalget skal også vurdere

hvordan mandat til rettsmedisinsk sakkyndige bør utformes. Utvalget bes gjennomgå gjeldende regelverk for de faste sakkyndige, forskrift 4 mars 1988 nr 187, herunder særlig vurdere om det bør oppstilles habilitetskrav for de sakkyndige.

Utvalget skal vurdere og foreslå hvilke typer sakkyndighetserklæringer som bør undergis rettsmedisinsk kontroll, herunder erklæringer innenfor 1) den alminnelige rettsmedisin og 2) rettspsykiatrien. Mandatet avgrenses til rettsmedisinsk virksomhet i straffesaker.

Det avgrenses videre mot det direkte medisinske fagansvar som ligger i Sosial- og helsedepartementet og mot ansvaret for utdanning som hører inn under Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Økonomiske og administrative konsekvenser skal utredes i samsvar med pkt 2.1 i Utredningsinstruksen. Minst ett forslag skal baseres på uendret ressursbruk.

Utvalget skal avgi sin innstilling innen årsskiftet 1999/2000.”

I forståelse med Justisdepartementet har utvalget fortsatt sitt arbeid utover fristen.

2.3 Utvalgets arbeid

Utvalget har hatt til sammen 36 møtedager, hvorav 5 i 1998, 13 i 1999, 15 i 2000 og 3 i 2001. I tillegg reiste utvalget i 1999 på en to dagers studietur til Danmark og Sverige, der det møtte representanter for Retslægerådet og Rättsmedicinalverket.

Utvalget har innhentet opplysninger fra representanter for de ulike rettsmedisinske fagområdene til sin presentasjon og gjennomgang av disse, og har i tillegg møtt representanter for Statens rettsstoksikologiske institutt og de to rettsgenetiske seksjonene ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo.

Utvalget har kartlagt produksjonen av rettsmedisinske tjenester, herunder hvilke kvalifikasjoner og forpliktelser de som produserer tjenestene har. Utvalget har vurdert omfanget av tjenestene og hvilke behov retten må antas å ha. På denne bakgrunn har utvalget vurdert hvordan fremtidig organisering og kontroll kan finne sted. Ved denne arbeidsformen har det ikke vært mulig å kun behandle de anliggender som Justisdepartementet er ansvarlig for. Både Sosial- og helsedepartementets ansvar for godkjenning av spesialister i medisin og medisinske institusjoner, og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets ansvar for grunnutdanning og forskning har utvalget måttet berøre for å kunne gi en helhetlig fremstilling av problemområdene.

Utvalgets arbeid har strukket seg noe over ett år utover fristen fastsatt i mandatet. En medvirkende årsak til forsinkelsen har vært at en del materiale ikke har vært tilgjengelig. Blant annet fantes ingen oversikt over kostnadene ved dagens virksomhet, og heller ikke antall og type rettsmedisinske erklæringer som utarbeides hvert år. Utvalget har derfor i noen grad måttet foreta egne beregninger.

Problemene med å få oversikt over de totale kostnadene ved den rettsmedisinske virksomhet i Norge, skyldes dels at virksomheten er spredt, og dels at den er integrert i annen virksomhet. I statsbudsjettet er ikke kostnader til rettsmedisinsk bistand skilt ut regnskapsmessig (f.eks. ved eget budsjett-

kapittel eller -post), og det finnes heller ingen annen samlet oversikt over kostnadene. Mangelen på opplysninger om kostnadssiden har vært et problem for utvalgets arbeid, da kostnadene er sentral informasjon ved vurdering av ulike modeller for organisering av den rettsmedisinske virksomheten.

Utvalget har videre brukt mye tid på å forsøke å beregne antallet rettsmedisinske erklæringer som årlig utarbeides til bruk i straffesaker, se pkt. 8.9. Dette er gjort på bakgrunn av statistikk fra helsevesen og universitetsklinikker, kriminalstatistikk, statistikk fra Den rettsmedisinske kommisjon, og – for de psykiatriske erklæringenes del – anslag fra en del utvalgte politidistrikt. Innhenting av opplysningene viste seg å ta lengre tid enn forutsatt.

Endelig har utvalget brukt mye tid på å utvikle helhetlige modeller for hvordan den rettsmedisinske virksomheten i Norge kan organiseres, se [\(Link til \)](#) kapittel 14.

Utvalget har i sitt arbeid ikke kjent til de reformplanene for helsetjenesten som den siste tiden har blitt offentlig kjent. Forslagene tar derfor ikke hensyn til, og er ikke tilpasset, disse planene.

Kapittel 3

Bakgrunnen for utvalget

Blant annet på bakgrunn av henvendelse fra Den rettsmedisinske kommisjon tok Justisdepartementet på midten av 1980-tallet opp til vurdering visse spørsmål knyttet til rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker og Den rettsmedisinske kommisjons virksomhet. Kommisjonen hadde opplevd en betydelig økning i antallet sakkyndigerklæringer som ble sendt inn til kontroll, og det var nødvendig å vurdere hvordan kommisjonens begrensede ressurser best skulle utnyttes. Ved lovendring 16. juni 1989 nr. 64 ble det lagt opp til at kommisjonens oppgaver skulle reduseres, men lovendringen har ennå ikke trådt i kraft, se pkt. 4.2. Under det videre arbeidet viste det seg at både kommisjonen selv og det sakkyndige miljø i noen grad hadde endret sine holdninger til kommisjonens funksjon. På begynnelsen av 1990-tallet ble det i stedet spørsmål om ikke kommisjonen utfra rettssikkerhetshensyn burde utvide sitt arbeidsfelt. Fra flere hold kom det innspill om behov for å se nærmere på kvalitetssikring og organisering av den rettsmedisinske sakkyndigvirksomheten. En nærmere redegjørelse for organiseringen og kvalitetssikringen er gitt nedenfor i ([Link til](#)) kapittel 8 og 9. I tillegg fortsatte utviklingen med flere og mer komplekse saker utover 1990-tallet.

Som følge av stor mediedekning av enkelte alvorlige straffesaker, økte tidlig på 1990-tallet oppmerksomhet i blant annet de juridiske og medisinske miljøene omkring de viktige oppgaver og utfordringer de rettsmedisinsk sakkyndige står overfor i straffesaker. I denne forbindelse kan nevnes blant annet Bjugn-saken i 1992–1994 (mistanke om seksuelle overgrep mot ca. 60 barn i bygden Bjugn i Nord-Trøndelag), Liland-saken i 1969–1994 (spørsmål om uriktig domfellelse for dobbeltdrap, blant annet på grunn av usikkerhet om dødstidspunkt og tidspunkt for når skadene var påført) og Rødseth-saken i 1997 (spørsmål om en liten jente døde av skader som følge av benskjørhet eller som følge av vold fra sin far).

Liland-saken ble gransket av et regjeringsoppnevnt utvalg, som blant annet konkluderte med kritikk mot de rettsmedisinsk sakkyndiges undersøkelser, og mot uttalelser og samspillet mellom dem og de juridiske aktørene i straffesaken (NOU 1996: 15 Lilandsaken).

Justisdepartementet besluttet i 1996 at det burde oppnevnes et utvalg for å se nærmere på visse sider ved den rettsmedisinske sakkyndigvirksomheten. Det ble 13. februar 1997 holdt et møte i departementet med representanter for berørte instanser og parter, og arbeidet med mandat for og sammensetning av et utvalg ble påbegynt. Av ulike grunner ble utvalget ikke oppnevnt før i april 1998.

Kapittel 4

Tidligere vurderinger av spørsmålet om organisering og kvalitetssikring av rettsmedisinsk virksomhet i Norge**4.1 Den norske patologforenings innstilling fra 1. november 1981: "Rettsmedisin i Norge"**

Den norske patologforening nedsatte i mai 1981 et utvalg for utredning av forholdet mellom rettsmedisin og patologi, kompetansenormer for patologene og vurdering av rettsmedisinsk kapasitet i Norge. Utvalget, som besto av seks patologer og to rettsmedisinere, avga sin innstilling 1. november 1981. Innstillingen heter "Rettsmedisin i Norge" med tre underpunkter: "forholdet mellom rettsmedisin og patologi", "kompetansenormer for patologer" og "vurdering av rettsmedisinsk kapasitet i Norge".

Utvalget konstaterte at det hadde vært en betydelig økning i antallet rettsmedisinske likundersøkelser i løpet av perioden 1960–1980. Rettsmedisinske likskuer, som tidligere utgjorde ca. 40% av likundersøkelsene, forekom praktisk talt ikke lenger, og antallet rettsmedisinske obduksjoner var i 20-års perioden seksdoblet. Utvalget pekte på at det bare ble foretatt rettsmedisinsk likundersøkelse i 3,6% av dødsfallene i Norge, et tall som var meget lavt sammenlignet med de øvrige skandinaviske land.

Utvalget påpekte at straffeprosesslovens henvisning til "fast rettsmedisinsk sakkyndig" ikke innebærer at vedkommende gruppe leger automatisk har spesiell faglig kompetanse i rettsmedisin.

Utvalget mente at alle rettsmedisinske obduksjoner ideelt sett burde utføres av rettsmedisinere, men at dette på grunn av det lave antall rettsmedisinere ikke var realistisk. Utvalget viste til målsettingen i Generalplan for patologi om at 10% av alle dødsfall skal undersøkes som rettsmedisinske obduksjoner, og anså målsettingen som utopisk. Det ville i tilfelle innebære behov for 25 legeårsverk bare til rettsmedisinsk formål. Utvalget fant det mer realistisk å arbeide for opprettelse av faste stillinger som rettsmedisinere ved universitetene i Trondheim og Tromsø. Man anslo at det da ville være mulig at rettsmedisinere utførte anslagsvis 30–50% av de ønskede rettsmedisinske obduksjonene, mens resten ble overlatt til sykehuspatologene. Et mindretall i utvalget mente det ville være tilstrekkelig med 12–15 rettsmedisinere i Norge for å utføre rettsmedisinsk likundersøkelse av 10% av dødsfallene.

Utvalget anbefalte som en generell regel at patologer ikke burde påta seg andre rettsmedisinske oppdrag enn de følte seg kompetente til. Vanskelige rettsmedisinske tilfeller burde undersøkes i samarbeid med rettsmedisinere eller i sin helhet overlates rettsmedisinere. Utvalget nevnte følgende eksempler på vanskelige tilfeller: drap, kompliserte ulykker, enkelte selvmord hvor vurderingen krever spesiell erfaring, tilfeller hvor straffbar handling har medvirket til døden, masseulykker og identifisering av lik med betydelige skader

eller postmortale forandringer. Utover disse tilfellene måtte den enkelte patolog vurdere den enkelte sak konkret.

Utvalget konstaterte at rettsmedisin ikke var en medisinsk spesialitet eller subspesialitet i relasjon til Den norske lægeforenings spesialitetskrav. Utvalget konstaterte videre at det ikke ble stilt formelle krav til en som skal fungere som rettsmedisiner, mens det som universitetskrav stilles krav til vitenskapelig- og undervisningskompetanse i tillegg til faglige kompetansekrav i rettsmedisin. Et mindretall i utvalget mente Justisdepartementet burde være interessert i å få formalisert kravene til en som skal fungere som rettsmedisiner, eventuelt ved at fagområdet ble definert som en medisinsk subspesialitet.

Utvalget mente det var et klart behov for opprettelse av rekrutterings-/utdannelsesstillinger i faget rettsmedisin. Slike stillinger burde opprettes ved Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo og Gades institutt, Universitetet i Bergen, for å sikre en tilfredsstillende rekruttering til faget på lang sikt. Dette måtte imidlertid komme etter opprettelsen av stilling for rettsmedisiner ved universitetene i Trondheim og Tromsø, noe utvalget for øvrig mente Justisdepartementet burde føle ansvar for og bidra til opprettelse av.

4.2 Lov 16. juni 1989 nr. 64 om endringer i straffeloven og straffeprosessloven m.m.

I forbindelse med Justisdepartementets revisjon av forskriftene om Den rettsmedisinske kommisjon og om faste rettsmedisinske sakkyndige, sendte departementet 29. mars 1984 ut et høringsbrev, der følgende seks spørsmål om rettsmedisin ble tatt opp:

1. Spørsmål om å utvide utvalget av faste rettsmedisinsk sakkyndige, særlig med henblikk på psykologer og allmennpraktiserende leger.
2. Spørsmål om en nærmere presisering av Den rettsmedisinske kommisjons kompetanse og plikter ved innsendte sakkyndige erklæringer.
3. Spørsmål om kommisjonens veiledningsoppgaver.
4. Spørsmål om retningslinjer for utforming av psykiatriske beretninger.
5. Spørsmål om arkivering og eiendomsrett til kommisjonens arkiv, særlig med henblikk på å muliggjøre forskning.
6. Spørsmål om å begrenseplikten til å innsende beretninger til Den alminnelige rettsmedisinske gruppe av Den rettsmedisinske kommisjon.

Noen av disse spørsmålene måtte av ulike grunner ligge ved departementets revisjon av forskriftene om kommisjonen, herunder spørsmålet om begrensning avplikten til å sende inn beretninger. Det var etter straffeprosessloven ikke adgang til å gi forskrifter som begrenset innsendingsplikten.

Som begrunnelse for å ta opp spørsmålet om å begrenseplikten til å sende inn sakkyndige erklæringer til den alminnelige gruppen i Den rettsmedisinske kommisjon, anførte departementet i høringsbrevet følgende:

“På grunn av den stadig økende saksmengden, er det ønskelig å skjære ned på antall beretninger dersom det kan gjøres på forsvarlig måte. Det kan derfor være aktuelt å vurdere om man skal innføre samme begrensning for den alminnelige rettsmedisinske gruppe som

for den psykiatriske, dvs at bare sakkyndige som oppnevnes av retten skal sende sine beretninger til Kommisjonen.

I denne forbindelse bør det også vurderes om man skal innføre en avgrensning i hvilke typer beretninger som skal bringes inn for Kommisjonens alminnelige rettsmedisinske gruppe, f.eks. om innsendingssplikten bare skal omfatte obduksjoner. En vil i denne sammenheng påpeke viktigheten av at Kommisjonen blir et effektivt kontrollorgan. Oppgavene må derfor defineres slik at Kommisjonen kan fungere tilfredsstillende.”

Bakgrunnen for høringsbrevet var et notat utarbeidet i 1980 av kommisjonens formann, professor dr. med. Jon Lundevall, hvor det blant annet het:

“Det er nå praktisk talt bare rettsmedisinske obduksjonsberetninger som blir sendt kommisjonen for kontroll. ... Beretninger om likskuer, undersøkelse av levende, undersøkelse av biologiske spor og blodanalyser av levende blir aldri, eller praktisk talt aldri forelagt kommisjonen.”

Det fremgikk videre at kommisjonens arbeidsbelastning i 1980 var i ferd med å bli for stor. Antallet innsendte obduksjonsberetninger var på det tidspunktet kommet opp i mellom 1 200 og 1 500 årlig. Kommisjonen antok at det gikk en grense ved 2 000 slike erklæringer årlig.

I 1986 var antallet erklæringer for den alminnelige gruppen kommet opp i 2 441, hvorav de aller fleste gjaldt obduksjoner.

For så vidt gjaldt kontroll av erklæringer fra de øvrige somatiske fagområdene, uttalte professor Lundevall i notatet til Justisdepartementet i 1980 følgende:

“Beretninger om likskuer og undersøkelser av levende personer i anledning strafferettslig etterforskning kan være av like stor viktighet som obduksjonsberetninger, og burde vel kontrolleres som disse. Imidlertid tror jeg det er ganske fåfengt å forsøke å få sendt inn til kommisjonen alle disse beretninger.

Når det gjelder tekniske laboratorieundersøkelser synes jeg kontroll er unødvendig, fordi disse undersøkelser vesentlig utføres på institusjoner der personalet har stor erfaring.”

I 1983 gjentok kommisjonen disse synspunktene overfor departementet, og foreslo at innsendingssplikten burde begrenses til obduksjonsberetninger.

Kommisjonen fremhevet i sitt svar til høringen i 1984 at alle obduksjonsberetninger måtte omfattes av innsendingssplikten, og at også likskueberetninger skulle sendes inn. Man anbefalte ikke at beretninger om undersøkelse av levende personer skulle sendes inn selv om en viss kontroll her ville være berettiget, idet kommisjonen mente dette neppe ville være gjennomførbart. Heller ikke rent kjemiske analyseresultater burde underkastes rutinemessig kontroll, men den skjønnsmessige vurderingen av slike analyser burde komme inn under kommisjonens kontroll. Om dette het det i kommisjonens høringsuttalelse:

“Fra Statens retts toksikologiske institutt avgis årlig ca 400 slike skjønnsmessige vurderinger etter analyse fra levende personer hvert år. De fleste av disse gjelder tilbakeregning i trafikksaker, dels med hensyn på alkohol, dels m.h.p. medikamenter eller andre stoffer. Stat-

ens rettstoksikologiske institutt er interessert i at slik kontroll gjennomføres.

I tillegg avgis uttalelse av denne art i en del tilfelle av annet personell patologer, kliniske farmakologer og psykiatere. Ikke alle disse er like sakkyndige på det toksikologiske område, og kontroll av Den rettsmedisinske kommisjon er berettiget.”

På bakgrunn av disse vurderingene om kontrollbehovet på det toksikologiske området, konkluderte kommisjonen i sin høringsuttalelse med at innsendingsplikten heller burde utvides enn innskrenkes.

Disse spørsmålene ble også tatt opp i riksadvokatens høringsuttalelse, hvor det het:

“For fremtiden bør som allerede nevnt alle obduksjonsrapporter sendes Kommisjonen for gjennomsyn og mulige merknader. Det bør vel også være adgang til å forelegge andre erklæringer/rapporter av rettsmedisinsk art for Kommisjonen, hva enten de er avgitt av leger som er konsultert av fornærmede, engasjert av politiet eller oppnevnt av retten. Men det skulle, slik jeg ser det, ikke være behov for at slike erklæringer rutinemessig blir sendt Kommisjonen. Både siktede, politiet og retten bør imidlertid kunne be om Kommisjonens merknader.”

Justisdepartementet konkluderte i Ot.prp. nr. 16 (1988–89) med at plikten til å sende inn somatiske rettsmedisinske erklæringer burde innskrenkes, se side 24. I tillegg til at det burde være samsvar mellom regelverk og praksis, uttalte departementet:

“I tillegg kommer at dagens ordning ikke gir tilstrekkelig sikkerhet for at Kommisjonens kontrollvirksomhet dekker de beretningene hvor kontrollbehovet er størst. Hvordan Kommisjonen skal prioritere sin kontrollinnsats – innenfor de begrensede personellressurser som står til rådighet – bør så vidt mulig komme til uttrykk i generelle regler og ikke bare framstå som et resultat av en varierende og litt tilfeldig praktisering av dagens altfor vidtrekkende innsendingsplikt.

En innskrenking av de somatisk sakkyndiges plikt til å sende kopi av erklæringene sine til Kommisjonen kan skje på ulike måter. Høringsbrevet pekte på to alternativer. For det første kan plikten begrenses til å gjelde bare sakkyndige som er oppnevnt av retten. For det andre kan plikten begrenses etter innholdet i erklæringene; det ble antydnet muligheten for å bare la obduksjonsrapportene være omfattet av plikten. Man kan videre tenke seg en ordning hvor Kommisjonen gis adgang til å ta stikkprøver – ved siden av den rutinemessige kontrollen – f.eks. ved for en periode å kreve seg forelagt beretninger av bestemte typer eller fra bestemte institusjoner. Som riksadvokaten pekte på, bør siktede, påtalemyndigheten og retten kunne be om Kommisjonens synspunkter på beretninger som ikke har vært forelagt den som ledd i den rutinemessige kontrollen.”

Den nærmere regulering av spørsmålene om innsendingsplikt burde etter departementets mening skje ved forskrift, da det ville være tale om noe mer detaljerte regler enn det man fant i strpl. § 147.

Man foreslo derfor i første omgang en endring av § 147, slik at Kongen ble gitt fullmakt til å gi nærmere regler om innsendingsplikten. Det ble deretter ved endringslov av 16. juni 1989 vedtatt en ny utforming av § 147, som ble gitt denne ordlyden:

“Kongen gir regler om plikt for sakkyndige i rettsmedisinske spørsmål til å sende til den rettsmedisinske kommisjon en kopi av de erklæringer de avgir overfor retten eller påtalemyndigheten.

Kommisjonen skal gjennomgå de innkomne erklæringer og uttalelser. Finner den vesentlige mangler, skal den gjøre retten eller i tilfelle påtalemyndigheten oppmerksom på det.”

Justisdepartementet utarbeidet et utkast til forskrifter om sakkyndiges plikt til å sende inn rettsmedisinske erklæringer til Den rettsmedisinske kommisjon, og sendte dette på høring 29. august 1990. Utkastet lød som følger:

“§ 1. Enhver som er oppnevnt av retten som sakkyndig i rettsmedisinske spørsmål, skal straks sende den rettsmedisinske kommisjon avskrift av den skriftlige erklæring som han gir retten eller påtalemyndigheten. Dette gjelder likevel ikke ved foreløpige erklæringer som er nevnt i strpl § 165 tredje ledd.

Såfremt den sakkyndige under hovedforhandlingen gir uttalelser som avviker fra den skriftlige erklæring eller på vesentlige punkter utfyller den, skal den sakkyndige sende kommisjonen et referat av sin muntlige forklaring.

§ 2. Innsendingsplikten omfatter alle obduksjonsberetninger. Erklæringer/rapporter av rettsmedisinsk art som faller utenfor innsendingsplikten, kan av retten forelegges den rettsmedisinske kommisjon.

§ 3. Den rettsmedisinske kommisjon har adgang til å ta stikkprøver ved siden av den rutinemessige kontrollen, f.eks. ved å kreve seg forelagt beretninger av bestemte typer eller fra bestemte institusjoner for en periode.

§ 4. Justisdepartementet kan gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av denne forskriften herunder om krav til innholdet i erklæringene.

§ 5. Denne forskriften trer i kraft ...”

Under arbeidet med og høring av forskriftsutkastet, viste det seg at både kommisjonen selv og det sakkyndige miljø i noen grad hadde endret sine holdninger til kommisjonens fungering. I møte mellom departementet og kommisjonen høsten 1991 drøftet man blant annet mer helhetlig kvalitetssikringstenkning og behovet for å kontrollere flere sakstyper. Det ble vist til omorganiseringen i Sverige, og tatt til orde for at kommisjonen burde gjøres til et mer aktivt organ. Kommisjonens formann, professor Lundevall, konkluderte i et notat til departementet etter møtet med at det burde nedsettes en arbeidsgruppe “til å studere om det er ønskelig, og mulig, å omorganisere Den rettsmedisinske kommisjons virksomhet.”

Ny leder for kommisjonen fra 1992, professor Bjørnar Olaisen, skrev i et notat 20. mai 1992 til departementet (som en oppfølging av nevnte møte) at han ville arbeide for at kommisjonen skulle utvide sitt arbeidsfelt til å gjelde alle medisinske sakkyndigrapporter. Etter en dialog med departementet, redegjorde kommisjonen i et notat 11. mai 1995 for den alminnelige gruppes syn på fremtidig instruks og arbeidsoppgaver for kommisjonen. Notatet konkluderte med at det burde nedsettes et offentlig utvalg til å utrede organiseringen av rettsmedisinsk virksomhet i Norge.

Arbeidet med forskriften har de senere årene ligget i bero i påvente av oppnevning av, og deretter avlevering av utredning fra, det foreslåtte utvalget

som ved dette avgir sin innstilling. Som følge av dette har heller ikke endringen i strpl. § 147 blitt satt i kraft.

4.3 Rapport 1. juni 1994 fra arbeidsgruppe nedsatt av Justisdepartementet til å vurdere behov for retningslinjer for rettspsykiatriske erklæringer, rettspsykiatriske sakkyndiges tilstedeværelse i retten, honorarfastsettelse, m.m.

Justisdepartementet nedsatte 23. desember 1992 i forståelse med Den rettsmedisinske kommisjon en arbeidsgruppe til å se på følgende:

1. Om dagens praksis for utarbeidelse av rettspsykiatriske erklæringer er tilfredsstillende, og om eventuelt behov for retningslinjer. Det skal gis forslag til retningslinjer for utarbeidelse av erklæringer.
2. Om i hvilken utstrekning de sakkyndige bør være tilstede under hovedforhandlingen.
3. Om det er behov for tiltak for å bedre rettens grunnlag for å fastsette honorar til den sakkyndige.
4. Observasjonsinnleggelse i henhold til straffeprosessloven § 167.

Arbeidsgruppen besto av representanter for rettspsykiaterne, dommerforeningen, påtalemyndigheten og advokatforeningen, og avga sin rapport til Justisdepartementet 1. juni 1994.

Arbeidsgruppen var bedt om å vurdere om det fortsatt burde være forhørsretten som skulle oppnevne rettspsykiatrisk sakkyndige, eller om dette burde overlates lagmannsretten, siden nesten alle sakene med observasjoner ble ført for lagmannsretten som første instans. Gruppen mente man burde holde fast ved at den rett som har saken til behandling på oppnevningstidspunktet, skulle foreta oppnevningen. På etterforskningsstadiet er det forhørsretten. For å bedre forhørsrettens kontroll med omfanget av og utgiftene til de rettspsykiatriske erklæringene, burde det innføres retningslinjer for erklæringene. Dersom embetsdommere foretar oppnevningen, vil disse også få erfaring i å vurdere erklæringer og honorar bedre enn om skiftende dommerfullmektiger gjør dette.

Arbeidsgruppen understreket at rettspsykiatriske observasjoner er så inngripende for den det gjelder at det av rettssikkerhetsmessige grunner bør oppnevnes to sakkyndige. Etter arbeidsgruppens oppfatning var det imidlertid i utgangspunktet tilstrekkelig at bare en av de sakkyndige møter under hovedforhandlingen dersom de er enige om konklusjonen vedrørende observanden. Avgjørelsen om en eller begge sakkyndige skal møte, og i tilfelle hvem, må retten ta stilling til.

Arbeidsgruppen vurderte ulike tiltak for å bedre rettens grunnlag for å fastsette honorar til den sakkyndige. Verken stykkprissatser eller tak for antall timer den sakkyndige kan bli honorert ble anbefalt. I stedet foreslo gruppen at det i retningslinjene burde fastsettes en norm for naturlig arbeidstid med en erklæring (10–20 timer), og at overskridelser må begrunnes og meldes til retten i forkant. Det ble også foreslått at retten kunne innhente uttalelse fra Den rettsmedisinske kommisjon for å vurdere om den sakkyndiges salærøppgave burde honoreres fullt ut. Arbeidsgruppen pekte for øvrig på at det ville

være betydelige beløp å spare for det offentlige dersom påtalemyndigheten og domstolene foretok en mer kritisk vurdering av behovet for rettspsykiatrisk observasjon.

Arbeidsgruppen så ikke behov for å innføre økt bruk av observasjon i institusjon. Slik observasjon ble ansett aktuell bare i de få, vanskelige tilfeller hvor spørsmålet om psykose/ikke psykose først kan avklares etter lengre tids observasjon i et sykehusmiljø.

Arbeidsgruppen kommenterte den siste tids økte bruk av andre sakkyndige erklæringer (vurdering av fornærmedes troverdighet, hvorvidt fornærmede har mangelfullt utviklede sjelsevner, mv.). Erklæringene burde etter gruppens mening sendes kommisjonen til vurdering. Gruppen bemerket at retten generelt burde vise stor tilbakeholdenhet med å tillate bevisførsel om fornærmedes og vitners troverdighet. Man pekte også på rettens ansvar for å unngå at de sakkyndige gir spontane vurderinger i retten, og at urutinerte sakkyndige og personer med stort markeringsbehov vil kunne gå utover sine mandater.

Arbeidsgruppen mente det var nødvendig med en systematisk kontroll også av erklæringer om oppfølging av sikringssaker, og i forbindelse med fremtidig rettslig overprøving av løpende særreaksjoner (jf. forslag i NOU 1990: 5 Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner. Straffelovkommisjonens delutredning IV).

Arbeidsgruppen mente det var behov for aktiv fagutvikling blant rettspsykiatrisk sakkyndige, og at det var nødvendig med en systematisk rekruttering og kvalifisering av sakkyndige. Det burde opprettes et professorat i rettspsykiatri ved Universitetet i Oslo, og faget burde bli en større del av undervisningen til embetseksamen i medisin. Gruppen mente også at Justisdepartementet burde påta seg ansvar for å stimulere til en heving av den faglige standarden for rettspsykiatere.

I forbindelse med innføring av forslag til ny strl. § 39 d (personundersøkelse av observanden før dom på forvaring avsies) mente arbeidsgruppen at det burde utarbeides en ny standard for personundersøkelse.

Gruppen utarbeidet et omfattende utkast til retningslinjer for rettspsykiatriske erklæringer.

4.4 Professor Torleiv Ole Rognums spesialoppgave desember 1995: "Medisinsk kunnskap i rettens tjeneste. Fremtidig organisering av rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet i Norge"

Professor dr. med. Torleiv Ole Rognum utførte i 1994–95 en undersøkelse blant rekvirenter og tjenesteytere av medisinske sakkyndigtjenester for påtalemyndigheten og rettsvesenet. Undersøkelsen ble publisert i hans spesialoppgave fra desember 1995: "Medisinsk kunnskap i rettens tjeneste. Fremtidig organisering av rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet i Norge". Formålet med undersøkelsen var å kartlegge syn på medisinsk sakkyndigvirksomhet og organiseringen av rettsmedisinsk service. Rognums spørreskjema ble besvart av 91 rekvirenter og 100 tjenesteytere.

Det var en klar tendens i svarene til at undersøkelse av døde personer burde foretas av rettspatologer, mens undersøkelse av skader på mistenkte,

voldsofre og ofre for seksuelt misbruk burde foretas av kliniske leger, helst i samarbeid med spesialister i rettsmedisin. De spurte gruppene divergerte noe i sine svar: Rekvirenter i påtalemyndigheten syntes å foretrekke sakkyndig bistand fra spesialister i rettsmedisin, mens kirurger og gynekologer mente kliniske leger var bedre egnet. De fleste av svarerne var betenkt over faren for sammenblanding av behandlerrollen og sakkyndigrollen, og ca. 45% mente dette kan ha skjedd i den såkalte Bjugn-saken på begynnelsen av 1990-tallet. Ca. 60% av svarerne mente det burde opprettes en spesialitet i rettsmedisin.

Rognum tok i oppgaven til orde for at ansvaret for den samlede rettsmedisinske virksomhet i Norge burde legges til ett organ. Ansvaret måtte omfatte administrasjon, drift, kvalitetssikring, opplæring, rekruttering, utviklingsarbeid og forskning. Han pekte på risikoen for fragmentisering og ansvarsfraskrivelse ved dagens organisering av virksomheten. Særlig mente Rognum det var behov for å samle ansvaret for overordnet strategi, oppbygging, drift, kompetanseutvikling og kvalitetskontroll. Organisasjonen burde trolig underlegges Helsetilsynet eller Sosial- og helsedepartementet, da disse organene har den nødvendige helsefaglige kompetansen.

Rognum pekte også på betydningen av å bruke de økonomiske incitamentene riktig, slik at de ikke virker kontraproduktive. Han mente bl.a. at salærordningen for rettsmedisinske oppdrag bidrar til å hindre en fornuftig lønnspolitikk overfor leger under utdanning i patologisk anatomi.

Rognum viste til at antallet rekvirerte obduksjoner ble redusert da det økonomiske ansvaret ble delegert til politidistriktene, og mente dessuten at store transportutgifter medvirket til at rekvirenten sparte penger på å benytte lokale sykehuspatologer til virksomheten i stedet for rettsmedisinere.

Rognum reiste spørsmålet om man i Norge trengte kompetansekrav til eksperter i rettsmedisin/rettspatologi. Slike kompetansekrav kunne aktualisere behovet for en egen spesialitet. Det ble vist til at det i EU var påbegynt en prosess med å få godkjenning av rettsmedisin som egen spesialitet i hele EU-området, og at European Council of Legal Medicine (ECLM) har utarbeidet kompetansekrav for dem som skal utøve rettspatologisk virksomhet. Med utgangspunkt i ECLMs krav, fremla Rognum et utkast til utdannelsesprotokoll for rettsmedisin/rettspatologi i Norge, tilpasset en tidsramme på 5,5 år.

Rognum anslo at det utfra dagens situasjon var behov for fire nye stillinger i klinisk rettsmedisin og to nye utdannelsesstillinger. I tillegg måtte et sentralt organ for den rettsmedisinske virksomheten tilføres ressurser (en leder og en liten stab). Detaljerte kostnadsoverslag ble ikke gjort.

4.5 Norsk Rettsmedisinsk Forenings innstilling fra 1996: "Rettsmedisin i Norge. Organisering av rettsmedisinsk/rettspatologisk service"

Et utvalg nedsatt av Norsk Rettsmedisinsk Forening avga 21. september 1996 en innstilling om vurdering av organisering av rettsmedisinsk service i Norge, krav til kompetanse for rettsmedisinere og behov for egen spesialitet i rettsmedisin. Innstillingen hadde tittelen "Rettsmedisin i Norge. Organisering av rettsmedisinsk/rettspatologisk service". Utvalget besto av fem rettspatologer, som representerte landets fire universiteter: professor dr. med. Olav Anton Haugen, professor dr. med. Leif Jørgensen, professor dr. med. Inge Morild,

førsteamanuensis dr. med. Sidsel Rogde og professor dr. med. Torleiv Ole Rognum.

På bakgrunn av de uoversiktlige ansvarsforholdene for den rettsmedisinske virksomheten, tok utvalget som utgangspunkt at ansvaret for den samlede rettsmedisinske virksomheten burde samles i ett organ. Det ble vist til at i Sverige har Rättsmedicinalverket ansvaret for hele den rettsmedisinske virksomheten (unntatt biologisk sporanalyse). Utvalget drøftet deretter hvilket departement som burde ha ansvaret.

Siden mye av den rettsmedisinske aktiviteten sorterer under Justisdepartementet, mente utvalget at det kunne være naturlig at Justisdepartementet gjøres ansvarlig for finansieringen av hele virksomheten. I dag betaler Justisdepartementet enhetspris for rettspatologiske tjenester og har dessuten bidratt med stillinger og ressurser til Rettsmedisinsk institutt i Oslo, samt finansiert nyopprettelsen av stillinger ved de øvrige universitetene. Hovedargumentene mot å plassere ansvaret i Justisdepartementet var imidlertid at en slik direkte organisatorisk tilknytning etter utvalgets oppfatning ville kunne forsterke avhengighetsforholdet og dermed svekke tilliten til de medisinsk sakkyndiges uavhengighet. Siden Justisdepartementet ikke har medisinsk kompetanse, ble det heller ikke forventet å ha den fornødne interesse for faglig utvikling eller forutsetning for å definere kompetansekrav til de sakkyndige.

De rettsmedisinske institusjonene og avdelingene er i dag helt eller delvis underlagt universitetene, og utvalget mente videreutvikling under Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet ville kunne sikre frihet til forskning og understreke uavhengighet av rekvirentene av rettsmedisinske tjenester. På den annen side tillot utvalget det vekt at universitetene ikke har kultur for at instituttene driver omfattende service-ytelse. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet ville heller ikke kunne ivareta en helsefaglig tilsynsrolle.

Utvalget mente at siden rettsmedisin i hovedsak dreier seg om medisinsk kunnskap utøvet av leger, faller det naturlig innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde. Organisering av den rettsmedisinske virksomheten under Sosial- og helsedepartementet, eventuelt sykehuseier, ville imidlertid kunne gi habilitetsproblemer ved spørsmål om pasientskadeerstatning der det er mistanke om medisinsk feilbehandling. Sosial- og helsedepartementet ville for øvrig lettere enn de andre departementene kunne foreta autorisasjon av sakkyndige og kvalitetssikre den rettsmedisinske virksomheten.

Utvalget anbefalte opprettelse av et ansvarlig organ under Sosial- og helsedepartementet for å administrere den samlede rettsmedisinske virksomhet i Norge. Organets oppgaver skulle være å organisere, finansiere, produsere og videreutvikle rettsmedisinske tjenester. Organet skulle også tillegges ansvaret for utdannelsen av rettsmedisinere, fastsettelse av kompetansekrav og tilsyn med virksomheten. Utvalget foreslo videre at Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) fortsatt skulle høre administrativt under Justisdepartementet og beholde sin uavhengige kvalitetssikrende funksjon.

Norsk Rettsmedisinsk Forening vedtok i årsmøtet 1996 innstillingen, og sendte den på høring til instanser innen påtalemyndighet (rekvirenter), medisin og utdanning. Det kom inn 24 høringsuttalelser. Innstillingen ble publisert høsten 1997 sammen med høringsuttalelsene.

Flere av høringsinstansene (Riksadvokaten, statsadvokatene i Oslo, i Vestfold og Telemark og i Hordaland, politimesteren i Romerike, Den norske lægeforening, Den Norske Advokatforening og Fylkeslegen i Nordland) ga generell støtte til forslaget om et nytt organ med et overordnet ansvar for produksjon og utvikling av rettsmedisinske tjenester. Riksadvokaten uttalte bl.a.:

“Selv om det i dag utvilsomt utføres mye godt sakkyndighetsarbeid, er det en generell svakhet at mange av de fagpersoner som benyttes, ikke har tilstrekkelig kunnskap om de særskilte krav som ligger i rollen. Skillet mellom en terapeutisk tilnærmingssmåte og oppgaven som sakkyndig synes problematisk. Likeledes grenseoppgangen mot tema som ligger på siden av oppdraget eller utenfor eget ekspertområde. Mangelen på opplæring eller bevisst gjennomtenkning kan lett lede til at grunnlaget for sakkyndige vurderinger og konklusjoner blir uklart og, i verste fall, er uten teoretisk eller vitenskapelig forankring. Dettles skyldes normalt ikke manglende kompetanse på eget fagfelt, men er snarere en konsekvens av at vedkommende ikke har den rettsmedisinske “overbygningen”.

Det ligger i sakens natur at påtalemyndigheten og domstolen har begrenset mulighet til å kontrollere at de sakkyndige redegjørelsene holder faglig mål. Når en samtidig vet at bare et fåtall av erklæringene forelegges Den rettsmedisinske kommisjon, gir det grunn til ettertanke. “Feilskjær” kan lede til uriktige strafferettslige avgjørelser og – i alle fall over tid – bidra til å svekke den sakkyndiges posisjon og autoritet. Det er derfor påkrevet å iverksette tiltak som kan demme opp for en slik utvikling.

I dette perspektivet støtter riksadvokaten forslaget om at den rettsmedisinske virksomheten samles under et organ som også har det overordnede ansvar for opplæring, utdanning og utvikling.”

Riksadvokaten tok ikke stilling til administrativ tilknytning eller opplæringsmodeller.

En rekke instanser tok ikke uttrykkelig standpunkt til spørsmålet om organisering og opprettelse av nytt ansvarlig organ (statsadvokatene i Troms og Finnmark og i Agder, politimesteren i Oslo, DRK, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, universitetene, fylkeslegene i Telemark, i Rogaland, i Sør-Trøndelag). De fleste av disse mente spørsmålet måtte utredes nærmere før det var grunnlag for å trekke konklusjoner.

Fylkeslegen i Sogn og Fjordane uttalte ikke noe om et sentralt ansvarlig organ, men mente de rettsmedisinske tjenestene burde være organisert som en regionalisert helsetjeneste. Heller ikke Sentralsykehuset i Akershus uttalte noe om et sentralt ansvarlig organ, men understreket spesielt at sentralisering av de rutinemessige obduksjoner av unaturlige dødsfall burde begrenses.

Noen instanser (Den norske lægeforening, Den Norske Advokatforening og Politimesteren i Romerike) støttet uttrykkelig forslaget om at et sentralt organ burde legges under Sosial- og helsedepartementet. Den norske lægeforening mente dessuten at det faglige tilsynet med den samlede rettsmedisinske virksomheten burde utøves av Statens helsetilsyn.

Enkelte (Universitetet i Oslo v/Det medisinske fakultet og Fylkeslegen i Telemark) mente at Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet var et aktuelt alternativ som burde vurderes. Kirke-, utdannings- og forskningsde-

partementet og Universitetet i Oslo v/ Det odontologiske fakultet anså imidlertid ikke ytelse av rettsmedisinsk service som universitetenes primær oppgave.

Både statsadvokaten i Oslo og Den Norske Advokatforening vektla at faget rettsmedisin ikke burde ha direkte tilknytning til Justisdepartementet, idet dette ville kunne svekke tilliten til de sakkyndiges upartiskhet.

Fylkeslegen i Nordland foreslo en fristilt, uavhengig organisasjon med styringsrepresentasjon fra alle de involverte departementer (Sosial- og helsedepartementet, Justisdepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet). Han så en fordel i at ansvaret for alle typer rettsmedisinske tjenester kunne samles i ett organ.

Flere instanser (statsadvokaten i Hordaland, politimesteren i Romerike og Fylkeslegen i Sogn og Fjordane) påpekte at rekvireringspraksis med hensyn til rettsmedisinske tjenester burde være ensartet i hele landet og at det enkelte politikammers økonomi ikke burde være utslagsgivende.

4.6 ABC-modellen fra 1998 om differensiert kvalifisering av sakkyndige for rettsvesenet

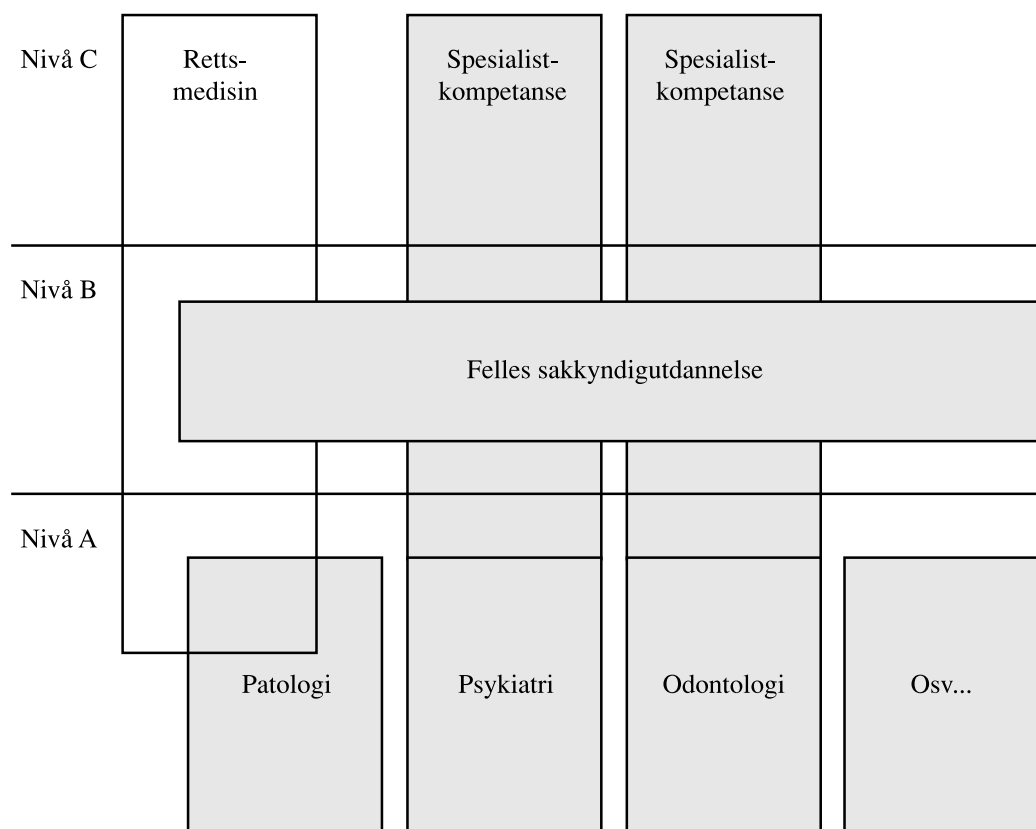
I tidsskriftet *Nordisk Rettsmedisin*, nr. 2 for 1998, presenterte overlege Randi Rosenqvist artikkelen "Modell for differensiert kvalifisering av sakkyndige for rettsvesenet". Modellen, heretter kalt ABC-modellen, presenteres i dette avsnittet.

Rosenqvist foreslo å definere tre kompetansenivåer for rettsmedisinsk sakkyndige. *Kompetansenivå A* skulle kun forutsette en faglig godkjent utdanning. Kompetansen forutsettes dokumentert ved embetseksamen, autorisasjon og eventuelt en spesialitet godkjent av de dertil hørende faglige og administrative instanser. Her kunne man tenke seg at alle spesialister i patologi kunne avgi sakkyndig obduksjonsrapport, alle psykiatere en sakkyndig diagnostikk av psykose, og alle odontologer en gebissbeskrivelse. Også andre medisinske spesialiteter, psykologi og enkelte realfag kunne være aktuelle.

Rosenqvist pekte på at det å påta seg sakkyndigoppdrag for påtalemyndigheten eller rettsvesenet innebærer mange utfordringer. Blant annet må fagpersonen fremstille sitt fag slik at jurister og legfolk skjønner hva som blir sagt, man må vite hvordan rapporter hensiktsmessig bør bygges opp, man må kunne habilitetsregler og vite for eksempel hva som er bevisvurderinger i straffesaker. Slik kompetanse er det ikke gitt at en person på kompetansenivå A innehar. Derfor bør det etableres en videreutdanning for sakkyndige i straffesaker som gir formell bakgrunnskunnskap for å lage gode sakkyndigerklæringer for rettsvesenet. Rosenqvist kalte dette *kompetansenivå B*. Hun mente Justisdepartementet naturlig burde være ansvarlig for å etablere tilbud om slik spesialutdanning, da dette er fagspørsmål som i stor grad er uvesentlig for helsevesenet, og verken bør belastes dette faglig eller økonomisk. Det bør imidlertid være attraktivt for fagpersoner å skaffe seg en slik utdanning. Dersom sakkyndige med denne kompetansen fikk noe høyere betalt for sitt sakkyndigarbeid enn de på kompetansenivå A, ville dette virke rekrutterende. Rosenqvist antok også at domstolene ville foretrekke sakkyndige som

er utdannet til å gjøre en bedre formell jobb, selv om dette ville falle noe dyrere.

I en del saker viser det seg at vanlig medisinsk sakkyndighet ikke er nok. Da bør fagområdene oppfordres til å utvikle utdannelsesmuligheter innen spesialfelt som er viktige for rettsvesenet. Helsevesenet, universitetene og deres aktuelle departementer burde identifisere seg med disse utfordringene og derved etablere et *kompetansenivå C*. Innen psykiatri burde enkelte psykiatere kvalifiseres i f.eks. farlighetsvurderinger av tilregnelige lovbrøyttere og vitnepsykologi. Fra rettsodontologien nevnte Rosenqvist bitt-diagnostikk i vev som noe ikke enhver tannlege kan forventes å beherske. Fra faget rettspatologi/rettsmedisin mente Rosenqvist at mange problemstillinger av faglig art måtte rendyrkes for sakkyndigvirksomhet. Beregning av vinkler for skuddinnang og -utgang, med dertil vurdering av hvorfra et skudd kan være løsnet, er neppe de fleste patologers spesialkompetanse. Hun mente det utdannelsesmessig, økonomisk og faglig ville være hensiktsmessig å utvikle en egen spesialitet i rettsmedisin. Denne burde bygge på store deler av patologien, men kunne begrense utdannelsen på visse felt mindre interessant for rettsmedisinere, f.eks. kreftprøver fra underlivet.



Figur 4.1 Modell for differensiert kvalifisering av sakkyndige (ABC-modellen)

Kilde: Rosenqvist, R., Nordisk Rettsmedisin 1998; 4: 52–53.

Kapittel 5

Organiseringen av rettsmedisinsk virksomhet og kvalitetssikring i andre land**5.1 Organisasjonsformer**

Selv om hovedoppgavene er de samme, varierer organiseringen av det rettsmedisinske undersøkelsesvesen fra land til land. Det finnes tre prinsipielt ulike organisatoriske hovedsystemer for dødsfallundersøkelser: det kontinentale system, coroner-systemet og medical examiner-systemet. De tre hovedsystemene presenteres kort i dette kapitlet. Fremstillingen av dem er i all hovedsak hentet fra Rättsmedicinalverkets rapport 1997 nr. 1 "Den svenska rättsmedicinens utveckling – historik, nuläge och framtid". Deretter presenteres organiseringen i Danmark (5.2) og Sverige (5.3) forholdsvis inngående.

5.1.1 Det kontinentale system

Grunnpilaren i det europeiske rettsmedisinske systemet, som finnes i flertallet av sentraleuropeiske land samt Skottland, er at rettsvesenet undersøker mistenkelige dødsfall etter anmeldelse fra lege. Det europeiske rettsmedisinske systemet kalles i den anglosaksiske litteraturen for "kontinentalt".

I dette systemet er det opp til de rettshåndhevende myndigheter hvilke undersøkelser som skal utføres og av hvem. De rettslige myndighetene har stor frihet til selv å velge hvilken medisinsk ekspertise som skal anvendes. Dette medfører at man i varierende grad anvender rettsmedisinere i utredningsarbeidet. Rettsmedisinske universitetsinstitusjoner svarer likevel for hoveddelen av den rettsmedisinske obduksjonsvirksomheten. Det er derfor vanlig mange steder i Europa at myndighetene bruker flere forskjellige leger til de ulike typer undersøkelser. En politilege tilkalles ofte til åstedsundersøkelse. Undersøkelse av mistenkt gjerningsmann samt obduksjon kan utføres av en annen lege. Til undersøkelse av dødsfall der det ikke er mistanke om straffbart forhold, f.eks. ved ulykker, brukes ikke sjeldent kliniske patologer eller andre leger som påtar seg obduksjoner. I kompliserte tilfeller gjennomføres likevel alltid en rettsmedisinsk obduksjon. Klinisk rettsmedisinske undersøkelser utføres oftest av andre leger enn de som er ved de rettsmedisinske institusjonene, ofte av særskilte politileger (i England såkalte "police surgeons").

Systemet med selvstendige rettsmedisinske universitetsinstitusjoner har sin bakgrunn i den europeiske tradisjonen med frie universiteter. Lærere og forskere ved universitetene er uavhengige av myndighetene. Universitetenes autonomi garanterer også uavhengigheten til rettsmedisinene. Fortsatt er det mest vanlig at den rettsmedisinske sakkyndigvirksomheten utføres av ansatte ved universitetenes institutter. De rettsmedisinske instituttene ved de forskjellige universitetene er uavhengige av hverandre og utfører ofte granskninger av hverandres uttalelser dersom retten eller partene ber om det. Universitetene finansierer kun undervisning og forskning. Oppdragsvirksom-

heten betales av rekvirenten. Rekvirenten kan være en statlig myndighet (f.eks. politiet, påtalemyndigheten, retten) eller en privatperson.

De europeiske rettsmedisinske institusjonene har ofte nærliggende virksomheter under samme tak. På en institusjon kan derfor foruten rettspatologisk virksomhet, også finnes rettsgenetisk, rettskjemisk og annen virksomhet. Også kriminaltekniske undersøkelser kan forekomme. Systemet karakteriseres av en viss treghet ettersom det er flere aktører i utredningsarbeidet.

I Norden er den rettsmedisinske virksomhetens utvikling og oppbygning influert av det kontinentale systemet, men det finnes tydelige forskjeller, særlig for Sveriges del. Den svenske organisasjonen innebærer at samtlige obduksjoner på oppdrag fra de rettshåndhevende myndigheter, først og fremst politiet, ved mistanke om unaturlig død, gjennomføres ved Rättsmedicinalverkets (RMVs) rettsmedisinske avdelinger. En rettsmedisinsk universitetsenhet er integrert i eller samlokalisert med samtlige av RMVs avdelinger. En kobling til universitetene foreligger gjennom at en del av rettsmedisinerne har kombinasjonsstillinger som professor/overlege, lektor/overlege eller forskerassistent/lege. Virksomheten finansieres ved overslagsbevilgning fra Justisdepartementet.

I Danmark, Island og Norge er rettsmedisinen helt universitetsbasert, og rutinevirksomheten gjennomføres som oppdragsvirksomhet for og finansieres av politiet. I Danmark er et system med embetsleger som gjennom såkalt rettsmedisinsk liksyn veileder politiet om hvorvidt en rettsmedisinsk obduksjon er påkrevd. Alle rettsmedisinske obduksjoner utføres av de tre rettsmedisinske universitetsinstituttene i København, Odense og Århus. I Norge finnes rettsmedisinske institutt/tilsvarende ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, men politiet benytter delvis også kliniske patologer ved siden av disse. Innslaget av klinisk rettsmedisinske undersøkelser er begrenset i Danmark og Norge. I Finland utføres alle obduksjoner av dødsfall anmeldt til politiet av rettsmedisiner dels ved universitetsinstitutt i Helsingfors, Åbo, Tammerfors og Uleåborg, dels av rettsmedisinere ansatt ved länsstyrelsen i länene, dvs. gjennom en delvis myndighetsbasert organisasjon. I Helsingfors har også den kliniske rettsmedisinen (rettsmedisinsk kroppsunndersøkelse, blodprøveundersøkelse mv.) et betydelig omfang.

I Danmark og Norge finnes sentrale organer (henholdsvis Retslægerådet og Den rettsmedisinske kommisjon) med oppgave bl.a. å kontrollere gjennomførte rettsmedisinske oppdrag. I Finland hører dette under Rättsskyddscentralen, mens det i Sverige inngår i RMVs eget kvalitetssikringsansvar. I Sverige kan en domstol begjære en vurdering av en rettsmedisinsk erklæring gjennom Socialstyrelsens rättsliga råd, noe som skjer i meget begrenset omfang.

I både Finland og Sverige er rettsmedisin en offisiell legespesialitet med regulert utdanning, hvilket anses å ha stor betydning for å opprettholde en høy standard i virksomheten. Utvalget har fått opplyst fra The European Council of Legal Medicine (ECLM) at 8 av dagens 15 EU-land har spesialitet i rettsmedisin/-patologi: Finland, Hellas, Irland, Italia, Portugal, Sverige, Tyskland og Østerrike. I tillegg har de fleste østeuropeiske land en slik spesialitet. For å forbedre kvaliteten i det rettsmedisinske arbeidet er det gjennom ECLM utarbeidet en standard for prosedyren ved rettsmedisinske obduksjoner, en

beskrivelse av spesialiteten ("job description") samt en standard for legeutdanning i rettsmedisin.

5.1.2 Coroner-systemet

Coroner-systemet har sine røtter i middelalderens England. En coroner var opprinnelig kronens embetsmann med oppgave å ivareta kronens interesser ved dødsfall, branner og ulykker. Gjennom århundrene har coronerens rolle blitt mer rendyrket og begrenset til dødsårsaksundersøkelse. Det er først og fremst i de anglosaksiske landene som England, Wales, Irland, Canada, Australia, Sør-Afrika samt helt eller delvis i 28 delstater i USA at coroner-systemet benyttes.

Leger og allmennheten plikter å anmelde til coroneren alle dødsfall der dødsårsaken ikke er en kjent sykdom. Coroneren er i sin funksjon nærmest en juridisk utredningsinstans som står fritt i forhold til øvrige rettshåndhevende myndigheter og til ulike sakkyndige. I Australia sorterer dog coroneren under påtalemyndigheten. Coroneren er ofte en person med juridisk utdanning eller en lege, men kan også være en vel ansett person uten juridisk skoleing. Det er nesten alltid ansatt polititjenestemenn hos coroner-myndigheten.

Coroner-myndigheten tar imot anmeldelser om dødsfall og iverksetter nødvendig utredning. Dette kan innbefatte politietterforskning, obduksjon, toksikologisk undersøkelse og andre spesialundersøkelser. Videre gir coroneren tillatelse til begravelse og han gir opplysninger til den offentlige dødsårsaksstatistikken.

Coroner-utredningene er grundige og tar ofte lang tid. Selv dødsfall i utlandet er gjenstand for coroner-utredning. Dersom dødsfallet vurderes å være naturlig med en sannsynlig dødsårsak, innskrenker utredningen seg i de fleste tilfellene til en obduksjon. En polititjenestemann ved coroner-myndigheten er alltid til stede ved obduksjonen og treffer som regel de pårørende.

Ved unaturlig dødsfall holdes ofte en "inquest", dvs. en domstolslignende prosess der man forsøker å kartlegge alle omstendigheter omkring dødsfallet. Ved behov kobles politiet inn for videre utredning. I de fleste tilfeller er en "inquest" åpen for allmennheten. På denne måten skjer en kontroll av coronerens utredninger.

Svakheten i coroner-systemet er at det ofte er kliniske patologer som utfører obduksjonen, fremfor alt i England. I England kreves medvirkning av rettspatolog (godkjent av "Home Office") utelukkende ved etterforskning i straffesak.

5.1.3 Medical examiner-systemet

I USA er medical examiner-systemet, som er en variant av coroner-organisasjonen, utbredt. Medical examiner-systemet innebærer at dødsfall utredes utenfor rettsvesenet gjennom en medisinsk og vitenskapelig undersøkelse ledet av en medical examiner. Som regel er denne en rettspatolog som har ansvaret for utredning av samtlige uventede og/eller mistenkelige dødsfall i sitt distrikt. Alle tilfeller av mistenkte straffbare forhold, ulykker, selvmord og plutselig uventet dødsfall skal anmeldes til medical examiner, likesom dødsfall som følge av feilbehandling i helsevesenet, illegal abort samt dødsfall i fengsel og i politiets varetekt. Medical examiner bestemmer hvilke tiltak som skal

iverksettes for å fastslå dødsårsaken og foranstaltninger om samtlige tiltak fra åstedsgranskning via obduksjon til beslutning om å koble inn politiet for videre undersøkelser. Medical examiners undersøkelse ligger til grunn for tillatelse til kremering eller begravelse.

5.1.4 Sammenligning av systemene

Som gjennomgangen ovenfor viser er det store forskjeller mellom systemene. Det kontinentale systemet karakteriseres av uavhengighet av faste undersøkende enheter; rettsmedisinen er en del av universitetene. Forskning og undervisning er nært knyttet til det praktiske arbeidet. Fordelen utfra et rettssikkerhetssynspunkt er at den rettsmedisinske virksomheten står utenfor de rettshåndhevende myndigheters organisasjon. Samtidig har den en meget begrenset påvirkningsmulighet overfor politiets avgjørelse om å gjennomføre undersøkelser.

I coroner-systemet er coroner en person som helt uavhengig av andre myndigheter kan fullføre sine undersøkelser. I dens engelske variant er svakheten at deltagelsen av kvalifisert rettsmedisinsk ekspertise er begrenset. En styrke er at et stort antall dødsfall undersøkes av coroner. Slik systemet har utviklet seg i andre land har det betydelige fordeler. I visse deler av Australia har f.eks. coroner-myndigheten et stort ansvar for det direkte ulykkesforebyggende arbeidet og utnytter i større omfang rettsmedisinsk ekspertise.

Det amerikanske medical examiner-systemet anses å ha store fordeler gjennom at medical examiner er en medisinsk skolert person, i de fleste tilfeller rettspatolog, som på grunnlag av åstedundersøkelser, opplysninger fra pårørende og andre fakta, bedømmer om obduksjon er nødvendig eller ikke. Dette innebærer at samtlige mistenkelige plutselige dødsfall i distriktet vurderes av ham. Medical examiner bestemmer deretter hvilke tiltak som skal iverksettes. Dette medfører en bedre seleksjon av tilfeller for rettsmedisinsk obduksjon.

5.2 Danmark

5.2.1 Den somatiske rettsmedisin

5.2.1.1 Organisering og finansiering

5.2.1.1.1 Institusjoner og personell

Det er de tre rettsmedisinske instituttene ved universitetsklinikkene i henholdsvis København, Århus og Odense som utfører alle somatiske rettsmedisinske tjenester i Danmark. Rettsmedisinske obduksjoner foretas ved alle tre instituttene. Instituttene i København og Århus foretar også kliniske rettsmedisinske undersøkelser av voldsofre, gjerningsmenn og somatiske undersøkelser av seksuelt misbrukte barn. Rettsantropologiske undersøkelser og rettsodontologiske undersøkelser foretas også ved instituttene, og i København er det etablert en egen enhet for dette under det rettsmedisinske instituttet. Rettstoksikologiske analyser i forbindelse med obduksjoner foretas av det enkelte institutt (i København er det etablert en egen Retskemisk Afdeling under instituttet). Rettstoksikologi knyttet til levende personer er derimot sentralisert til den rettskjemiske avdelingen i København. Rettsgenetiske under-

søkelser, både av levende og døde, er sentralisert til Retsgenetisk Afdeling under instituttet i København.

De rettsmedisinske tjenestene utføres av de universitetsansatte, og inngår i deres stillinger ved siden av forskning og undervisning. Det faglige ansvaret for tjenestene påhviler universitetsklinikkene. Den vitenskapelige staben på de rettsmedisinske instituttene består av en professor (som også er statsobdusent), en eller to visestatsobdusenter, samt flere lektorer og adjunkter. Ved Københavns Universitet er i år 2000 ca. 126 årsverk avsatt til den rettsmedisinske virksomheten, hvorav drøyt 24 årsverk er vitenskapelig personale, nesten 14 årsverk er akademisk personale uten forsknings- og undervisningsoppgaver og 88 årsverk er teknisk/administrativt personale. Ved universitetene i Århus og Odense anvendes henholdsvis ca. 34 og ca. 9 årsverk til rettsmedisin.

5.2.1.1.2 Finansiering

Den rettsmedisinske virksomheten ved Københavns Universitet har i år 2000 et budsjett på ca. 68 millioner DKK (hvorav ca. 28 millioner til rettsgenetikk, 22,5 millioner til rettskjemisk og 17 millioner til rettspatologi). Virksomheten ved Aarhus Universitet har et budsjett på drøyt DKK 14 millioner (6 millioner til rettskjemisk og 8 millioner til rettspatologi), mens den ved Syddansk Universitet i Odense har et budsjett på DKK 6,5 millioner (ca. 2 millioner til rettskjemisk og 4,5 millioner til rettspatologi).

Virksomheten finansieres ved at rekvirentene betaler instituttet for de rettsmedisinske tjenestene. Prisene varierer noe mellom instituttene. Instituttene inkluderer dekning av grunnlagsinvesteringer (lokaler, utstyr og personalkostnader mv.), slik at ytelse av de rettsmedisinske tjenestene er selvfinansierende, se vedlagte kunngjøring fra Rigspolitichefen med prisliste (vedlegg 7). Regnskap for de rettsmedisinske tjenestene til justisvesenet, herunder budsjetter og priser, godkjennes av et utvalg under Justitsministeriet. I utvalget er de tre instituttene, rikspolitiet, påtalemyndigheten, Justitsministeriet, Forskningsministeriet og Finansministeriet representert.

Rekvirentens kostnader ved rettsmedisinske tjenester dekkes sentralt fra Justitsministeriet, dvs. ikke av det enkelte politidistrikt eller den enkelte domstol.

5.2.1.2 Kvalitetssikring

5.2.1.2.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettsmedisinske tjenester

I medhold av lov 13. juni 1990 nr. 402 om ligsyn, obduksjon og transplantasjon mv., § 18 første ledd, har Justitsministeriet fastsatt nærmere regler "om foretagelse af retslægelige ligsyn og obduksjoner mv.", jf. Justitsministeriets sirkulære 21. november 1995. Det fremgår av sirkulæret at rettsmedisinske obduksjoner skal foretas av en statsobdusent, vicesstatsobdusent eller av en assistent utpekt av en av disse, jf. pkt. 2.1.1 første ledd. Statsobdusentene og visestatsobdusentene er i praksis spesialleger i patologisk anatomi, og har lang erfaring i rettsmedisin. Flere av dem har arbeidserfaring eller spesialisert utdannelse fra utlandet. De har også en vitenskapelig produksjon på høyt nivå, og de fleste har doktorgrad. De fleste lektorene og adjunktene er spesialleger i patologisk anatomi. Adjunktene har en vitenskapelig produksjon på

PhD-nivå, og lektorenes vitenskapelige produksjon ligger over dette nivået. Formalisert utdanning i rettspatologi finnes imidlertid ikke i Danmark, heller ikke er rettspatologi en spesialitet.

Innen fagområdene rettsgenetikk, rettstoksikologi, rettsantropologi, rettsodontologi og klinisk rettsmedisin er det i Danmark ingen formelle krav til hvem som i straffesaker kan ta oppdrag som sakkyndige. En offentlig myndighet vil kunne henvende seg til Retslægerådet, som vil kunne utpeke en sakkyndig med relevant sakkunnskap.

Det er ingen organisert opplæring eller offisielle spesialiteter innen det rettsmedisinske fagområde i Danmark.

5.2.1.2.2 Intern kvalitetssikring

I Justitsministeriets "circularer om foretagelse af retslægelige ligsyn og obduktioner mv" er prosedyrene ved et likskue eller obduksjon forholdsvis detaljert beskrevet, og det er redegjort for hvilke opplysninger som skal med i obduksjonserklæringen. Det redegjøres også for hvordan man skal forholde seg ved funn- og åstedsundersøkelser. Alle obduksjoner blir foretatt under oppsyn av en statsobdusent eller en visestatsobdusent. Alle erklæringer underskrives av den som har foretatt obduksjonen og medunderskrives av statsobdusent/visestatsobdusent, jf. sirkulærets pkt. 2.1.1 andre ledd. Det er statsobdusenten/vicestatsobdusenten som har det endelige ansvaret for obduksjonen og obduksjonserklæringen, samt evt. supplerende erklæringer.

Erklæringene etter kliniske undersøkelser av voldsofre, gjerningsmenn og seksuelt misbrukte barn skal også ha to underskrifter etter samme mønster som ved obduksjoner.

Innen de øvrige rettsmedisinske fagområdene er det visstnok ingen formelle krav til intern kvalitetskontroll.

5.2.1.2.3 Akkreditering/sertifisering

Retsgenetisk Afdeling i København er nylig blitt akkreditert i samsvar med det internasjonale standardiseringssystemet ISO 9000. De tre rettspatologiske avdelingene og de tre rettskjemiske avdelingene i Danmark arbeider for tiden med kvalitetsspørsmål med henblikk på akkreditering, noe som påregnes å finne sted i år 2001.

5.2.1.2.4 Ekstern kvalitetssikring og Retslægerådets kontrollvirksomhet

Retslægerådet ble opprettet ved lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse (30. april 1909 nr. 111) og påbegynte sin virksomhet 1. juni 1909. Tross enkelte lovrevisjoner, senest ved lov av 25. mars 1961 nr. 60 om Retslægerådet (vedlegg 5), er hovedtrekkene i loven fra 1909 beholdt. Retslægerådets oppgave er "at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.", jf. lovens § 1. Nærmere bestemmelser om rådets virksomhet er gitt av Justitsministeriet i Forretningsorden af 20. april 1961 for Retslægerådet (vedlegg 6).

Da Sundhedsstyrelsen og Retslægerådet ble opprettet i 1909, var et av formålene å skille den administrative ledelse av helsevesenet fra ansvaret for de rent sakkyndige skjønn og erklæringer. Tidligere hadde dette vært samlet i Det Kongelige Sundhedskollegium. Argumentet for atskillelse var at den ene funksjonen dreiet seg om spesielt legevitenskapelige skjønn og bedømmelser, som ikke hadde noe med administrasjon å gjøre, og som krevde spesielle legekunnskaper og særlig trening, men ikke kjennskap til eller innsikt i

administrasjon, lovgivning, etc. Det ble dessuten understreket at et øverste råd for rettsmedisinske erklæringer må være så uavhengig og uangripelig som mulig; uavhengig av administrasjonen, så det fritt kan uttale sine vurderinger uten sidehensyn, og så uangripelig som mulig i saklig forstand, slik at dets erklæringer har størst mulig autoritet.

Retslægerådet, som primært avgir sakkyndige erklæringer til bruk for justisvesenet, hører administrativt under Justitsministeriet. Rådets medlemmer oppnevnes av Kongen etter innstilling fra Justitsministeriet, og justisministeren utpeker formann og nestformenn, i tillegg til at han utpeker de eksterne sakkyndige. Det er videre justisministeren som fastsetter regler om rådets virksomhet og som bestemmer hvilke myndigheter som kan begjære uttalelse fra rådet, og i hvilke saker. Budsjettmessig hører også Retslægerådet under Justitsministeriet.

De samme grunner som taler for uavhengighet mellom rådet og Sundhedsstyrelsen gjør seg også gjeldende i forholdet mellom rådet og Justitsministeriet. Retslægerådet er derfor i sin faglige virksomhet uavhengig av Justitsministeriet, som ifølge fast praksis ikke tar stilling til innholdet av de uttalelser av legefaglig karakter rådet avgir.

Retslægerådet avgir i stor utstrekning uttalelser til bruk for domstolene. Erklæringene er kun veiledende for retten. I særlige tilfelle innhenter retten uttalelse fra andre sakkyndige i tillegg til rådets uttalelse. Det er dermed mulig å etterprøve eller imøtegå Retslægerådets uttalelser, herunder ved avhør av andre sakkyndige, i samsvar med prinsippene om fri bevisbedømmelse.

Retslægerådet består av 11 leger som oppnevnes av Kongen, og rådet er delt i to avdelinger for henholdsvis rettspsykiatri (7 personer) og somatisk rettsmedisin (4 personer). Rådet ledes av en leder og to nestledere (en for den somatiske og en for den psykiatriske delen). I tillegg til rådets faste medlemmer benytter den somatiske delen av rådet også et stort antall eksterne sakkyndige som oppnevnes av Justitsministeriet. I 1995 ble det benyttet 146 eksterne sakkyndige, i 1996 140. De eksterne sakkyndige dekker dermed somatikkens mange subspesialiteter og ekspertområder. Rådet kan i den enkelte sak tilkalle en eller flere blant de eksterne sakkyndige til behandling av den enkelte sak. Rådets medlemmer og de eksterne sakkyndige oppnevnes på åremål. Den psykiatriske delen av rådet bruker bare i meget begrenset utstrekning eksterne sakkyndige.

Den enkelte sak behandles som hovedregel av 3 medlemmer og /eller eksterne sakkyndige. Retslægerådets leder bestemmer hvilke medlemmer eller sakkyndige som skal delta i behandlingen av den enkelte sak. Formålet er å velge den fremste nasjonale ekspertise på det fagområde saken gjelder. Behandlingen skjer i hovedsak ved gjennomgang av sakens dokumenter, og saksbehandlingen er skriftlig. Dersom det fremlagte materiale er utilstrekkelig til å foranledige en erklæring, plikter rådet – dersom innhentelse av supplerende materiale ikke avhjelper mangelen – selv å iverksette undersøkelse av den person saken gjelder, enten ved et medlem eller en ekstern sakkyndig. Slike undersøkelser skjer i meget beskjedent omfang. Retslægerådets erklæringer skal alltid begrunnes, og eventuell dissens skal komme klart til uttrykk i erklæringen.

Siden rådet avgir uttalelser utelukkende til offentlige myndigheter, vil påtalemyndigheten eller retten selv kunne innhente uttalelser i forbindelse med en straffesak. Forsvareren har derimot ikke adgang til på egen hånd å innhente uttalelse fra rådet, men må – dersom påtalemyndigheten ikke ønsker å fremsette spørsmålene – fremme sine spørsmål gjennom retten.

Retslægerådet har et fast sekretariat på syv personer. Sekretariatslederen er jurist, det er to medisinerer i deltidsstillinger og fire sekretærer.

Rådet behandlet i 1996 i alt 2 150 saker, men omlag halvparten var sivilrettslige. De sivilrettslige gjaldt blant annet spørsmål om tvangsinnleggelse mv. i psykiatrisk institusjon (173), farskapssaker (346), klage over helsepersonale (128), arbeidsskader/-ulykker (97), erstatning og pensjonssaker (61) og administrative saker (209).

Tabell 5.1 viser kategorier og antall saker relatert til strafferettspleien.

Tabell 5.1: Saker for strafferettspleien behandlet av Retslægerådet i 1996

Kategori og undergruppe	Antall
A. Psykiatriske saker	
Sanksjonsspørsmål i straffesaker	360
Endring i strafferettslig foranstaltning	205
Opphevelse av farlighetsdekret	7
Overføring til sikringsanstalt	11
Benådning	3
 B. Føring av motorvogn under påvirkning av alkohol mv.	
Inntak av alkohol alene	154
Inntak av alkohol og medisiner	166
 E. Andre saker vedrørende enkeltpersoners rettsforhold	
Spørsmål om vold, dødsårsak mv.	28
 L. Føring av motorvogn under påvirkning av alkohol hos personer med leverlidelse eller personer som har innåndet "flygtige stoffer"	34
 M. Føring av motorvogn under påvirkning av medisiner	109
Totalt	1 049

Sakskategori B gjelder føring av motorvogn under påvirkning av alkohol, der det foreligger særlige omstendigheter, f.eks. forklaring om etterfølgende alkoholnyttelse, jf. rigsadvokatens sirkulære nr. 178 av 2. oktober 1979.

Kategori E omfatter uttalelser i straffesaker om dødsårsak, årsakssammenheng vedrørende personskade mv.

Kilde: Retslægerådets årsberetning 1996

I henhold til rigsadvokatens sirkulære nr. 178 av 2. oktober 1979, supplert av rigsadvokatens meddelelse nr. 5/89 "om undersøgelse for spirituspåvirkethed mv. og forelæggelse af sager herom for Retslægerådet", forelægges

saker om undersøkelse av alkoholpåvirkning kun Retslægerådet når rådets vurdering må antas å være av vesentlig betydning for avgjørelsen av om siktede har gjort seg skyldig i et straffbart forhold, og om overtredelsen består i promillekjøring. Foreleggelse bør i følge sirkulæret som regel skje når siktede opplyser å ha nytt alkohol etter avsluttet kjøring, og dette kan medføre tvil om avgjørelsen, eller når det foreligger opplysninger om at siktede lider av en sykdom eller har pådratt seg lesjoner eller har inntatt medikamenter, og disse forhold kan være av betydning for bedømmelsen av tilstanden. En rekke andre spørsmål, bl.a. om alkoholkonsentrasjonen kan antas å ha oversteget et gitt nivå (unntatt 0,80 eller 1,20 promille), spørsmål om tilbakeregning fra tidspunkt for blodprøve til tidspunkt for kjøring mv., forelegges kun dersom det er særlig grunn til det.

5.2.2 Den psykiatriske rettsmedisin

Etter dansk rett går den fri fra straff som på tiden for lovbruddet var utilregnelig på grunn av psykose eller psykisk utviklingshemning. Noen årsakssammenheng mellom lovbruddet og sykdommen kreves ikke. Det er retten som avgjør hvem som er strafferettslig utilregnelig.

5.2.2.1 Organisering og finansiering

5.2.2.1.1 Institusjoner og personell

Det er ingen overordnet organisasjon for rettspsykiatrisk virksomhet i Danmark. Amtene (fylkene) er ansvarlige for sykehusdriften, og hvert amt er forpliktet til å forestå rettspsykiatriske undersøkelser og rettspsykiatrisk behandling av personer bosatt i amtet. I Danmark innlegges ca. halvparten av observandene på psykiatrisk avdeling til mentalundersøkelse, jf. Råtsmedicinalverkets rapport fra 1995 "Utredning och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare i Norden" (RMV-rapport 1995:1) side 13. Noen amt har inngått samarbeidsavtaler i forhold til visse kategorier rettspsykiatriske pasienter. En landsomfattende sikkerhetsavdeling for særskilt farlige psykiatriske pasienter er også etablert. Sikkerhetsavdelingen drives av ett amt, men det er pasientens hjemamt som betaler for oppholdet.

Det er ca. 20 fulltids rettspsykiatriske overleger i Danmark, fordelt på 6–7 avdelinger. I foreningen for rettspsykiatrisk interesserte psykiatere er det ca. 125 medlemmer, mens den Danske psykiatriske forening har ca. 1 000 medlemmer.

I København er det etablert en Retspsykiatrisk Klinik som administrativt hører under Justitsministeriet. Foruten forskning og undervisning, foretar klinikken bl.a. ambulante mentalundersøkelser av siktede fra det storkøbenhavnske område. Denne klinikken er den eneste i sitt slag i landet, og står utenfor den ordinære sykehusstrukturen. Klinikens bakgrunn er at den danske straffeloven som trådte i kraft i 1933, inneholdt en rekke forskjellige behandlingsorienterte sanksjoner. Det var da behov for en faglig vurdering med henblikk på å anbefale den mest hensiktsmessige foranstaltning. Københavns Politi ansatte derfor en reservelege fra Rikshospitalets psykiatriske avdeling i en deltidsstilling. Retspsykiatrisk Kliniks personale består i dag av en administrerende overlege og en overlege, seks deltidsansatte (12 uketimer

hver) legeassistenter (typisk førstereserveleger på de københavnske psykiatriske avdelinger), hvorav en har visse overlegefunksjoner. Videre er det ansatt en ledende sosialrådgiver, to sosialrådgivere og ca. 10 årsverk til kontor- og støttefunksjoner. I tillegg har klinikken knyttet til seg tre psykologer, som på timebasis foretar psykologiske tester av observander. Endelig har klinikken i en årrekke hatt ansatt akademisk forskningspersonale, hvis antall (opp til tre) har variert med forskningsoppgavenes karakter.

Retspsykiatrisk Klinik har helt fra begynnelsen ivaretatt oppgaver (dvs. mentalundersøkelser), som i resten av landet ble ivaretatt av embetsleger. Bakgrunnen for dette var en spesiell ordning, hvor rettsmedisinske oppgaver – som i resten av landet ble ivaretatt av embetsleger – i København ble ivaretatt av henholdsvis Retsmedicinsk Institut (rettspatologi mv.) og Retspsykiatrisk Klinik (rettspsykiatri). Embetslegevirksomheten i København, kaldt stadslægen, ivaretok de øvrige oppgavene som påhvilde embetsleger (dvs. hygiene, miljø osv.).

Sundhetsstyrelsen beregnet i 1993 at det i Danmark ble foretatt ca. 500 mentalobservasjoner årlig, hvorav ca. 250 personer ble innlagt til observasjon. Antallet har siden steget. Retspsykiatrisk Klinik foretok ca. 100 av de 500 observasjonene. I tillegg utarbeides ca. 500 andre rettspsykiatriske erklæringer årlig i anledning verserende saker. Disse erklæringene kan være korte vurderinger vedrørende spørsmålet om mentalobservasjon, men vil oftast ha karakter av egentlig mentalobservasjonserklæringer, som f.eks. forelegges Retslægerådet og brukes av domstolene.

5.2.2.1.2 *Finansiering*

Den desentraliserte strukturen i dansk rettspsykiatri medfører at det ikke finnes noen samlet oversikt over kostnadene med de rettspsykiatriske utredningene og for den rettspsykiatriske behandling.

Oppholdsutgifter i utredningstiden pr. innlagt observand er i RMV-rapport 1995:1 side 70 beregnet til ca. DKK 100 000,- – 150 000,-, dvs. DKK 25 – 37 millioner årlig. Disse kostnadene dekkes av amtene.

RMV-rapport 1995:1 legger videre til grunn at Retspsykiatrisk Klinik har årlige kostnader på ca. DKK 3,7 millioner, hvorav DKK 0,5 millioner går til andre oppgaver enn rettspsykiatriske undersøkelser, dvs. til f.eks. forskning og undervisning. De ca. 150 rettspsykiatriske undersøkelsene koster hver ca. DKK 20 000,-. I tillegg koster psykologundersøkelse på ca. DKK 4 000,- pr. test. Omkring 100 undersøkelser årlig innbefatter psykologundersøkelse. Gjennomsnittspris for undersøkelser på Retspsykiatrisk Klinik blir dermed ca. DKK 23 000,-. Alle utgifter til drift av Retspsykiatrisk Klinik dekkes av Justitsministeriet, med unntak av honorar til psykolog for psykologisk test, som dekkes av rekvirenten.

100 ambulante undersøkelser utføres andre steder i landet, i hovedsak av psykiatere i privat praksis eller av rettspsykiatriske avdelinger som oppdragsvirksomhet. Prisen på disse undersøkelsene varierer mellom DKK 7 000,- og 10 000,-, eventuelt mer dersom psykologundersøkelse kommer i tillegg. De samlede kostnadene for disse undersøkelsene er dermed på mellom DKK 700 000,- og 1 million. Utgiftene dekkes av rekvirenten, det vil si politiet og påtalemyndigheten.

For andre psykiatriske vurderinger enn rettspsykiatriske erklæringer varierer praksis betydelig mellom ulike steder. Noen avdelinger krever f.eks. DKK 1 000,- – 2 000,-, andre ingenting.

5.2.2.2 Kvalitetssikring

5.2.2.2.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettsmedisinske tjenester

Rettspsykiatri er ikke en selvstendig spesialitet i Danmark, men oppfattes som en integrert del av den alminnelige psykiatri. Det stilles ikke formelle krav til utøverne av rettspsykiatri, og det foregår heller ingen organisert opplæring av dem. Alle mentalobservasjonserklæringer utarbeides av spesialleger i psykiatri. Enhver psykiater kan i prinsippet utarbeide mentalerklæringer, men i praksis utføres dette ofte av psykiatere med særlig interesse for rettspsykiatri, eventuelt overleger ved de rettspsykiatriske avdelingene.

Ved utarbeidelse av erklæringer medvirker tidvis en sosialrådgiver eller psykolog. Det er psykiateren som vurderer behovet for slik medvirkning og som tilrettelegger undersøkelsen utfra hva som er klinisk relevant. Det er også psykiateren som er ansvarlig for erklæringens konklusjon.

5.2.2.2.2 Intern kvalitetssikring

I følge retsplejeloven § 809 skal en siktet mentalundersøkes når dette finnes å være av betydning for sakens avgjørelse. Rigsadvokaten har i sirkulære nr. 268 av 23. desember 1977 om mentalundersøkelser i straffesaker fastsatt nærmere retningslinjer for når undersøkelser bør foretas. I praksis mentalundersøkes følgende grupper:

1. Siktete der det er mistanke om sterkt psykisk avvik (psykotisk eller åndssvak)
2. Personer som er siktet for meget alvorlig kriminalitet, f.eks. drapsforsøk, alvorlig ildspåsettelse, grov sedelighetskriminalitet, mv.
3. Meget unge, dvs. 15–17-årige, som har foretatt alvorlig kriminalitet, samt eldre (dvs. over 60 år) som tidligere er ustraffet.
4. Personer som antas å fremby en nærliggende fare for andre, og hvor (tidsubestemt) forvaring kan komme på tale.

Det fremgår av sirkulæret at oppregningen ikke er bindende eller uttømmende. Ved avgjørelse av om mentalundersøkelse skal finne sted, må det bl.a. tas i betraktning at undersøkelsen ofte vil være en vesentlig belastning for siktete og vil kunne medføre en forsinkelse av saken. Derfor bør undersøkelse kun iverksettes når den må antas å kunne få betydning for sakens avgjørelse. Undersøkelse bør som regel ikke iverksettes når det ikke er aktuelt med andre rettsfølger enn bøter.

Personundersøkelser (retsplejeloven § 808) er som i Norge (strpl. §§ 161 flg.) mindre omfattende sosiale undersøkelser.

Rettspsykiatrisk undersøkelse av en varetektsfengslet kan bare foretas når det foreligger en rettslig kjennelse. Det samme gjelder for å få utført slik undersøkelse ved innleggelse i psykiatrisk avdeling. Dersom observanden er på frifot, kan rettspsykiatrisk undersøkelse foretas uten rettslig kjennelse såfremt vedkommende er innforstått med undersøkelsen.

Det finnes ingen formelle regler for hvordan en mentalundersøkelse skal gjennomføres. Det har imidlertid utviklet seg en praksis, bl.a. gjennom Retslægerådets arbeid, der følgende punkter forventes belyst:

- Opplysninger om sykdommer og kriminalitet i slekten;
- en grundig sosial anamnese;
- en somatisk anamnese;
- en kortfattet gjennomgang av tidligere kriminalitet;
- en omtale av siktelsen med observandens egne bemerkninger;
- andres opplysninger om observanden, dvs. et resymé av psykiatriske sykehusjournaler, opplysninger fra pårørende mv.;
- en grundig psykiatrisk anamnese basert på samtaler med observanden;
- evt. en psykologisk undersøkelse;
- og, når det finnes grunn til det, neurologisk spesiallegeundersøkelse, eventuelt inklusiv CT-scanning mv.;
- konklusjon.

En mentalobservasjonserklæring er typisk på 15–20 sider.

Hoveddelen av de ambulante undersøkelsene (det vil si av varetektsfengslede og av siktede på frifot) gjennomføres innen ca. seks uker, mens observasjon av de sykehusinnlagte tar noe lenger tid. På grunn av mangel på sengeplasser kan det være ventetid, og samlet kan det gå flere måneder fra beslutning om sykehusobservasjon til erklæring foreligger.

5.2.2.2.3 Akkreditering/sertifisering

Det er ingen ordninger for akkreditering eller sertifisering i dansk rettspsykiatri.

5.2.2.2.4 Ekstern kvalitetssikring – Retslægerådets kontrollvirksomhet

Det vises til den generelle redegjørelse for Retslægerådet gitt under pkt. 5.2.1.2.4. Til forskjell fra i de somatiske sakene, benytter den rettspsykiatriske avdelingen av rådet bare i liten grad eksterne sakkyndige, men det kan skje, for eksempel hvor saken dreier seg om visse psykofarmakologiske spørsmål, grønlandske forhold mv.

Omlag 60% av erklæringene som utarbeides i straffesaker forelegges Retslægerådet. De sakene som ikke forelegges rådet er typisk saker om mindre alvorlig kriminalitet der undersøkelsen ikke gir grunnlag for å anbefale psykiatrisk særforanstaltning.

Rettspsykiatrisk del av rådet behandler omkring 800 saker årlig. Drøyt halvparten av disse gjelder straffesaker, dvs. at mentalerklæringer forelegges rådet til uttalelse. Rådets uttalelse i sakene er typisk en A4-side, og inneholder en vurdering av hvorvidt den siktede er (var) sinnssyk eller mentalt retardert (strl. § 16). Såfremt dette ikke er tilfellet, tas stilling til om siktede omfattes av strl. § 69 ("mangelfuld udvikling, svækkelse og forstyrrelse i de psykiske funktioner, og som ikke er af den i § 16 nævnte beskaffenhed"). For personer omfattet av § 16 vil rådet komme med et sanksjonsforslag. For personer omfattet av § 69 vil rådet ta stilling til om man medisinskfaglig kan anbefale en særreaksjon og i tilfelle hvilken. Rådets oppgave er bl.a. å påse at den rettslige observasjonen er gjennomført tilstrekkelig grundig med belysning av alle relevante områder, at erklæringens diagnose er i overensstemmelse med god psykiatrisk praksis, og at eventuelle sanksjonsforslag er entydige og medisinske.

skfaglig velbegrunnede. Utover å sikre kvaliteten på erklæringen bidrar dermed rådet også til å sikre en ensartet praksis. Dette er ikke minst viktig der erklæringene er utarbeidet av allmennpsykiatere uten særlig kjennskap til rettspsykiatri. Rådet blir videre ofte hørt i saker om endring eller opphevelse av en rettspsykiatrisk særforanstaltning.

I 15–20% av sakene i Retslægerådets psykiatriske avdeling ber rådet om supplerende undersøkelser. I 10–15% av sakene korresponderes det med psykiateren som har utarbeidet erklæringen, fordi det er uoverensstemmelse mellom rådets bedømmelse og erklæringsskrivende leges bedømmelse. Korrespondansen vedlegges saken.

5.3 Sverige

5.3.1 Den somatiske rettsmedisin

5.3.1.1 Organisering og finansiering

5.3.1.1.1 Institusjoner og personell

I Sverige ble det fra 1. juli 1991 opprettet et sentralt forvaltningsorgan, Rättsmedicinalverket (RMV), med ansvar for organisering, utførelse og kontroll av all rettsmedisinsk virksomhet (rettspsykiatri, rettskjemi, rettsmedisin – inkl. rettspatologi, rettsodontologi og klinisk rettsmedisin – og rettsgenetikk). Det finnes ikke rettsantropologer i Rättsmedicinalverket. RMV overtok ansvaret fra Socialstyrelsen for de selvstendige myndighetene Statens rättsläkarstationer og Statens rättskemiska laboratorium med sine rettskemiske og rettsserologiske avdelinger. Dette ble avdelinger under RMV. Fra 1. oktober samme år ble den rettspsykiatriske undersøkelsesvirksomheten underlagt RMV. Det er gitt Förordning med instruktion för Rättsmedicinalverket 30. mai 1996, Svensk författningssamling (SFS) 1996: 613 (vedlegg 8).

RMVs nåværende organisasjon består av seks rettsmedisinske avdelinger lokalisert i Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund, Göteborg og Umeå. De seks rettsmedisinske avdelingene betjener hvert sitt rettslegedistrikt. I tillegg finnes en spesialavdeling for rettskjemi og en for rettsgenetikk (Linköping) og to rettspsykiatriske avdelinger (Stockholm og Göteborg). En sentral enhet for nevropatologi er dessuten etablert ved avdelingen i Lund.

RMV ledes av et "ledningskansli" i Stockholm, med en generaldirektør og en stab på til sammen ca. 15 årsverk. Ledningskansliet har ansvar for finansiering, oppfølging og utvikling av virksomheten, og støtter de lokale avdelingene på områdene personal-, lønns- og økonomiadministrasjon samt informasjonsteknologi. Det er i tillegg etablert en Forsknings- og utredningsnemnd og -sekretariat, tilknyttet RMV-staben, som bistår avdelingene i forsknings- og utviklingsspørsmål.

De seks rettsmedisinske avdelingene har en rettsmedisinsk universitetsinstitusjon/enhet integrert i sin virksomhet og i sine lokaler eller er samlokalisert med en slik enhet. Ved samtlige avdelinger er det en "rättsläkare" som enten er fakultetsprofessor eller, i Göteborg, "adjungerad professor" i rettsmedisin ved universitetet. Totalt var det ved utgangen av 1998 i alt 283 årsverk knyttet til RMVs virksomhet. De rettspsykiatriske avdelingene i Stockholm og Göteborg hadde til sammen ca. 122 årsverk, de rettsmedisinske

avdelingene til sammen ca. 76 årsverk, Rettskjemisk avdeling ca. 46 årsverk og rettsgenetisk avdeling ca. 24 årsverk. Se også tabell 5.2.

Tabell 5.2: Kompetanseprofil RMV pr. 31. desember 1998

Stilling	Antall
Professor/lektor (kombinationstjänster)	9
Adj. professor (kombinationstjänster)	5
Läkare	40
Psykolog	15
Kurator	16
Vårdpersonal (sjuksk., skötare, instr.)	52
Naturvetare (genetiker, biokem., kemister, laborator, vet. ass., rättsodont.)	22
Biomedicinska analytiker (f. d. lab. ass.)	58
Rättsmedicinska ass. (f. d. obduktionsass.)	16
Servicepersonal (portvakter, vaktm. ek.bitr.)	27
Adm. personal (verksledn., kanslipers., (PA/EA-adm.)	61
Totalt	320

Kilde: RMVs Årsredovisning 1998

De rettsmedisinske avdelingene har et selvstendig faglig ansvar for de undersøkelser som foretas og de erklæringer som avgis der.

I 1998 deltok rettsmedisinerne i 5 328 rettsmedisinske obduksjoner, 1 086 klinisk rettsmedisinske undersøkelser, 73 åstedundersøkelser, 134 domstolsforhandlinger, utarbeidet 801 rettsmedisinske erklæringer og utførte 550 andre oppdrag (bl.a. spesialundersøkelser, likskuer og kliniske obduksjoner).

Av de klinisk rettsmedisinske undersøkelsene utført av rettsmedisiner, gjaldt ca. 60% skadelidte og 33% gjerningsmenn. De undersøkte skadelidte var i 61% av tilfellene voksne voldsofre, 16% ofre for seksuelle overgrep mot barn, 9% voldtektsofre, og 7% ofre for barnemishandling.

Hovedoppgaven for rettsgenetikken i Sverige er farskapssaker og slektskapsutredninger.

Hovedoppgavene i rettskjem i Sverige er å analysere biologiske prøver med tanke på innhold av alkohol, legemidler, narkotiske stoffer og andre gifter. Antall rettsmedisinske oppdrag ved den rettskjemiske avdelingen i Linköping er ca. 4 900 årlig. I nærmere 90% av alle rettsmedisinske dødsfallsundersøkelser tas prøver for rettskjemisk analyse. Avdelingen undersøker også prøver fra mistenkte voldsforbrytere og ved mistanke om promillekjøring mv. Avdelingen utførte i 1998 bl.a. ca. 43 000 analyser for kriminalomsorgen og ca. 12 200 for politiet ved mistanke om narkotikabruk.

Rettsodontologien i Sverige omfatter i hovedsak identifisering av avdøde, men også aldersbestemmelse og bittmerkeanalyser. Årlig gjennomføres omkring 350 undersøkelser, hvorav nærmere 300 i Stockholm. Virksomheten drives i Stockholm, Uppsala og Linköping av en heltidsansatt rettsodontolog plassert ved avdelingen i Stockholm. I Umeå, Göteborg og Lund drives virksomheten av tre tannleger ansatt på timebasis.

Ved den nevropatologiske enheten i Lund tjenestegjør en professor emeritus i nevropatologi og en spesialutdannet biomedisinsk analytiker (bioingeniør).

5.3.1.1.2 Finansiering

Virksomheten i RMV finansieres gjennom bevilgninger fra Justitiedepartementet (ca. 80%) og ved inntekter fra deler av virksomheten (ca. 20%). De rettspsykiatriske og rettsmedisinske virksomhetene er i hovedsak rammefinansiert. Omlag halvparten av den rettskjemiske virksomheten og hele den rettsgenetiske virksomheten er inntektsfinansiert. Se her tabell 5.3 og 5.4.

Kriminal- og friomsorgen bestilte i 1998 43 000 rettskjemiske oppdrag. Hoveddelen av oppdragene er screeningundersøkelser etter narkotika. Denne oppdragsvirksomheten har pågått siden 1978 etter avtale med kriminalomsorgsmyndighetene, og ga i 1998 RMV inntekter på ca. SEK 7 millioner.

Politiet bestilte i 1998 12 200 analyser for undersøkelse av narkotikapåvirkning, hvorav ca. 90% ga positive screeningfunn. Analysene betales gjennom en avtale med Rikspolisstyrelsen, og dette ga i 1998 RMV inntekter på SEK 8,2 millioner.

Tabell 5.3: Kostnader RMV (i 1 000 SEK)

	1995/96	1997	1998
Ledningskansli	6 475	7 258	6 876
FoU-sekr/nämnd m.m.	1 897	1 483	1 081
Rättspsykiatri	112 360	115 600	105 994
Rättsmedicin	49 783	52 222	55 829
Rättskemi	27 826	29 153	31 753
Rättsgenetik	17 413	14 527	14 412
Summa	215 754	220 243	215 945

Kostnadene for FoU-sekretariatet omfatter ikke prosjektkostnader. Disse inngår i de respektive virksomhetsområdene.

Rettsgenetikken er belastet med kostnader angående ledningskansliet tilsvarende SEK 500 000,- for 1995/96 og SEK 400 000,- for henholdsvis 1997 og 1998.

Kilde: RMVs Årsredovisning 1998

RMVs samlede kostnader har siden starten i 1991 blitt redusert med 8% eller ca. 18 millioner. I samme periode har rammeoverføringene blitt redusert med 12% eller ca. 24 millioner pga. økte avgiftsinntekter.

Tabell 5.4: Oppdrags- og avgiftsinntekter (i 1 000 SEK)

	1995/96	1997	1998
Ledningskansli	68	56	43
Råttspsykiatri	15 713	9 235	9 523
Råttsmedisin	270	937	2 921
Råttskemi	12 825	15 159	15 991
Råttsgenetik	15 240	13 705	14 234
Summa	44 116	39 092	42 712

Kilde: RMVs Årsredovisning 1998

Av de totale kostnadene utgjør personalkostnadene ca. 62%, lokalkostnadene 12% og øvrige kostnader 26%.

Gjennomsnittskostnaden for rettskjemiske tjenester ved obduksjon var i 1998 SEK 1 400,-, for promilleanalyse i trafikksaker SEK 325,- og for narkotikaanalyse i trafikksaker SEK 2 600,-. Gjennomsnittskostnader for klinisk rettsmedisinsk undersøkelse var i 1998 SEK 2 500,-, og for dødsårsaksundersøkelse SEK 8 800,-.

Hele virksomheten til RMV i straffesaker dekkes sentralt av bevilgninger fra Justitiedepartementet, slik at lokal rekvirent ikke belastes kostnadene.

5.3.1.2 Kvalitetssikring

5.3.1.2.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettsmedisinske tjenester

I SFS 1996: 613 § 3 heter det at RMV kan gi forskrifter om krav til særskilt legekompentanse for å utføre rettsmedisinske undersøkelser som omtalt i lov om obduksjon med mer, SFS 1995:832. Råttsmedicinalverkets forskrift 2. desember 1997 "om råttsmedicinsk undersökning av avlidna", Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) 1997:26, fastsetter at RMV avgjør hvilke krav til legekompentanse som skal stilles for å kunne utføre en rettsmedisinsk undersøkelse. Ved de seks rettsmedisinske avdelingene arbeider rettsleger (spesialister i rettsmedisin), leger under spesialistutdannelse, biomedisinske analytikere og rettsmedisinske assistenter. Ved avdelingen i Stockholm er det en heltidsansatt rettsodontolog med ansvar for avdelingene i Stockholm, Uppsala og Linköping, mens avdelingene i Umeå, Göteborg og Lund har knyttet til seg tre eksterne spesialutdannede tannleger på timebasis.

Rettslegene har spesialutdannelse i rettsmedisin, traumatologi, toksikologi, deler av klinisk patologi, samt relevant lovgivning. Flere av rettslegene har komplett spesialistutdannelse i klinisk patologi. Det legges vekt på kunnskaper om hvordan ulike skader oppstår og deres alvorlighetsgrad, om årsakssammenheng mellom henholdsvis handling eller andre forhold og effekter. Utdannelsen gir også kunnskaper i undersøkelses- og dokumentasjonsteknikk, samt innsikt i kriminaltekniske og rettsstekniske metoder. Det kreves også en viss kunnskap om behandlingsmetodene innen de kliniske spesialitetene som innhentes gjennom 6 måneders sideutdannelse ved klinisk

avdeling. Utdannelsen er 5-årig, og skal omfatte praksis ved minst to ulike rettsmedisinske avdelinger, herunder ved klinisk patologisk avdeling, en viss tids praksis ved rettskjemisk avdeling, rettsgenetisk avdeling, Statens kriminaltekniske laboratorium og ved teknisk avsnitt hos politiet. En kortere tids kurs/opphold på et utenlandsk rettsmedisinsk institutt med stort omfang av voldsutredninger er ønskelig. I tillegg kommer kurs o.l.

De biomedisinske analytikerne har jevnt over utdanning innen helsefag med histopatologisk retning (tilsvarer bioingeniør). Utdannelsen omfatter fem semestre ved en høyskole.

De rettsmedisinske assistentene har for tiden ingen formalisert utdanning. De som pr. i dag finnes innenfor organisasjonen har en blandet bakgrunn, men samtlige har en relativt lang yrkeserfaring innen det rettsmedisinske området.

Samtlige rettsodontologisk virksomme tannleger har doktorgrad og er dosenter i oral røntgendiagnostikk eller oral patologi ved de respektive universitetenes odontologiske fakulteter. Rettsodontologen i Stockholm er også tilknyttet det odontologiske fakultet ved Karolinska Institutet.

Også for personalet som arbeider med rettskjemisk og rettsgenetikk i RMV stilles formelle krav til kompetanse.

Personalet ved sentralenheten for nevropatologi består av en professor emeritus i nevropatologi og en spesialutdannet biomedisinsk analytiker.

RMV satser på kontinuerlig personal- og kompetanseutvikling. Betydelige ressurser brukes på videreutdanning for alle ansatte for å høyne kvaliteten og sikkerheten, og for å oppnå mest mulig likhet i vurderingene mellom de ulike avdelingene.

5.3.1.2.2 Intern kvalitetssikring (på avdelingsnivå)

I SFS 1996: 613 § 3 heter det at RMV kan gi forskrifter om fremgangsmåten ved obduksjon. I medhold av forordningen har Socialstyrelsen som nevnt foran i pkt. 5.3.1.2.1 gitt forskrifter om "Rättsmedicinska undersökningar av avlidna" (SOSFS 1997: 26). Socialstyrelsen har videre gitt forskrifter og allmenne råd om kliniske obduksjoner (SOSFS 1996: 28), og dessuten retningslinjer for hvordan klinisk rettsmedisinske undersøkelser skal gjennomføres og erklæringer utformes ved volds- og seksualforbrytelser (SOSFS 1997:5). RMV har i tillegg i rundskriv 5/94 av 8. juni 1994 gitt instruks om intern kvalitetssikring, i kraft fra 1. februar 1995. I henhold til instruksjonen skal man ved rettsmedisinsk obduksjon følge retningslinjene gjengitt i RMV-rapport 1993: 2 "Underlag för nationella riktlinjer inom rättsmedicin och rättskemi vid dödsorsaksutredningar – Rapport från Nordisk konferens i Göteborg 17–19 mars 1993".

Erklæringer i klinisk rettsmedisin utarbeides ikke bare ved de rettsmedisinske avdelingene, men i langt større utstrekning innen det alminnelige helsevesenet, det vil si av distriktsleger, leger ved akuttmottak osv. Kvaliteten på disse erklæringene har vært ujevn og til dels utilfredsstillende. For å forbedre disse driver rettslegene konsulentstjeneste for andre leger, samt en temmelig omfattende utdannelsesvirksomhet.

Alle rettsmedisinske erklæringer skal være gjennomgått og undertegnet av den legen som har utført undersøkelsen, samt gjennomgått og kontrast-

ert i RettsBase – ikke på selve erklæringen – av en annen lege som bør ha spesialistkompetanse.

Såkalt “utvidgad rettsmedisinsk obduksjon”, dvs. ved mistanke om straffbar handling i samband med dødsfall, skal alltid utføres av to spesialister, eller en spesialist og en viderekommen underlækare, det vil si en som snart er ferdig med spesialistutdannelsen. Erklæringene som avgis i utvidede obduksjoner skal være gjennomgått av de to legene som sammen har utført undersøkelsen og undertegnes – på erklæringen – av begge. Disse gjennomgås ikke av ytterligere en lege før de ekspederes.

Dersom det oppstår uenighet mellom de to legene, skal saken behandles av avdelingssjefen, og om påkrevet, av generaldirektøren. Dersom det ikke oppnås enighet selv etter en slik bred behandling, har den legen som har avvikende mening rett til å få protokollert sitt standpunkt før erklæringen ekspederes ut.

For rettsodontologene er det ikke etablert noen obligatorisk internkontroll.

I laboratorievirksomhet er det langvarig praksis for kontinuerlig å undersøke standard- og kontrollprøver. Dette skjer ved den rettskjemiske avdelingen i samsvar med nasjonal og internasjonal praksis. Rettskjemisk avdeling gjennomfører minst 15 besøk pr. år til de ulike kriminalomsorgsmyndigheter som bedriver egen analysevirksomhet. Tilsvarende tiltak er planlagt overfor politimyndighetene.

Som et ledd i den interne kontrollen i rettsgenetisk avdeling inngår parallell håndtering av prøvemateriale, doble analyser og en uavhengig databasert kontroll av resultatene.

5.3.1.2.3 Akkreditering/sertifisering

Både den rettskjemiske og den rettsgenetiske avdelingen er akkreditert av SWEDAC. Dette er en status som må forsvares ved at avdelingenes kvalitetssystemer stadig utvikles, hvilket følges opp av SWEDAC gjennom årlige tilsynsbesøk.

5.3.1.2.4 Ekstern kvalitetssikring (utenfor avdeling)

All kvalitetssikring skjer i regi av RMV, det være seg i avdeling eller for øvrig innen RMVs virksomhet.

RMV foretok i 1992/1993 en omfattende ekstern kontroll av erklæringer avgitt etter rettsmedisinske obduksjoner. Kontrollen besto i at 6 avdelingssjefer samt sjefen for den rettskjemiske avdelingen gransket 4 tilfeldig valgte erklæringer fra hver av de 25 rettslegene på de rettsmedisinske avdelingene. Resultatet av granskningen ble formidlet tilbake til avdelingene for intern analyse og diskusjon.

I 1995 besøkte et team bestående av rettsleger, en biomedisinsk analytiker, en rettsmedisinsk assistent og sekretærer fra to avdelinger hverandres avdelinger for en gjennomgang av organisasjon, virksomhet, rutiner, instruksjoner, intern kvalitetssikring mv. Modellen viste seg imidlertid å bli for dyr til å innføres som en fast rutine.

Fra 1996 har en av de erfarne rettslegene hatt hovedansvaret for utvikling og ledelse av såvel kvalitetssikringsarbeidet som den strategiske utdannelsesplanleggingen. I oppdraget inngår å fortsette den eksterne granskningen av avdelingene.

I 1997 ble den eksterne kontrollen utført ved at et antall av avsluttede rettsmedisinske obduksjoner fra samtlige rettsleger ble gjennomgått av den kvalitetssikringsansvarlige rettslegen i samarbeid med generaldirektøren for RMV. Hensikten var å sikre at alle rettsleger foretar en så ensartet bedømmelse av ulike dødsfallstyper som mulig.

Den rettskjemiske avdelingen deltok i 1998 i 12 eksterne kvalitetskontrollprogram (to svenske og ti internasjonale), som alle viste meget gode resultater. De nordiske landene deltar i et gjensidig kvalitetssikringsarbeid med hensyn til alkoholanalyser i saker vedrørende promillekjøring og narkotikaanalyser i blod fra døde. For kontroll av vanlige rettskjemiske analyser sendes såkalte "blindprøver" rutinemessig mellom Sverige og Norge. Videre deltar svenskene i en finsk internasjonal kvalitetskontroll 1–2 ganger pr. år, samt i et svensk kvalitetssikringsprogram vedrørende alkoholundersøkelser. De deltar også i to eksterne kvalitetssikringsprogram vedrørende misbrukssanalyser i urinprøver med flere årlige prøveutsendinger – UK External Quality Assessment Scheme for Drugs of Abuse. Siden 1994 har svenskene medvirket i et internasjonalt kvalitetssikringsprogram for håranalyser som organiseres av National Institute of Standards and Technology i USA.

Noe eksternt kontrollprogram for rettsgenetikk er ikke etablert i Sverige. Avdelingen ble gransket av to eksterne sakkyndige fra København og Oslo i 1995. Avdelingen har et gjensidig program for ekstern kvalitetsoppfølging med Retsgenetisk Institut i København og Rettsmedisinsk institutt i Oslo. Resultatene av gjennomførte årlige kvalitetskontroller i regi av International Society for Forensic Haemogenetics (ISFH) viser at avdelingen arbeider i samsvar med god internasjonal standard og med meget høy sikkerhet.

Dersom retten eller påtalemyndigheten ønsker en "second opinion" av en fremlagt rettsmedisinsk erklæring fra RMV, kan de begjære en uttalelse fra Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor. Rådet ledes av en jurist og har et kvalitetssikringsansvar for de erklæringer som blir fremlagt det av domstolene. I praksis benyttes denne adgangen kun i svært begrenset omfang.

5.3.2 Den psykiatriske rettsmedisin

Etter svensk rett kan den som har begått et lovbrudd under påvirkning av en alvorlig psykisk forstyrrelse ikke dømmes til fengsel. Derimot kan rettspsykiatrisk omsorg (eventuelt med at retten må avgjøre utskrivning) og "skyddstillsyn" (kriminalomsorg i frihet) idømmes. Begrepet "alvorlig psykisk störning" rommer psykotiske tilstander uavhengig av årsak, depresjoner uten psykotiske symptomer men med selvmordsrisiko og alvorlige personlighetsforstyrrelser med impulsgjennombrudd av psykotisk karakter, andre psykotiske episoder eller sterkt tvangsmessig adferd, eksempelvis kleptomani, pyromani og visse seksuelle perversjoner.

5.3.2.1 Organisering og finansiering

5.3.2.1.1 Institusjoner og personell

Rättsmedicinalverket har ansvaret også for den rettspsykiatriske virksomheten i Sverige. Rettspsykiatriske utredninger utføres ved de rettspsykiatriske

avdelingene i Stockholm og Göteborg, samt på entreprenørbasis (dvs. etter kontrakt) ved Malmö Östra Sjukhus og Norrlands universitetssykehus i Umeå. Personundersøkelser (foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser) utføres av 30 leger med psykiatrisk spesialistkompetanse over hele landet. Tidligere hadde RMV også en avdeling i Uppsala og en entreprenøravtale med Vadstena, men disse er nå avviklet.

Den rettspsykiatriske virksomheten i Sverige er langt på vei lovregulert, jf. lov om rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129), lov om rättspsykiatrisk undersökning (SFS 1991:1137), og lov om särskild personutredning i brottmål, m.m. (SFS 1991:2041). I tillegg er det gitt forordninger og forskrifter, bl.a. "Förordningen om rättspsykiatrisk undersökning" (SFS 1991:1413), "Rättsmedicinalverkets Föreskrifter och allmänna råd om rättspsykiatrisk undersökning" (SOSFS 1996:14) og "Rättsmedicinalverkets Föreskrifter och allmänna råd om läkarintyg enligt § 7 lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål, m.m." (SOSFS 1996: 15).

Hovedoppgaven til rettspsykiatrien i Sverige er å utføre rettspsykiatriske undersøkelser etter lov "om rättspsykiatrisk undersökning" (SFS 1991: 1137) og utredninger etter lov "om särskild personutredning i brottmål med mer" (SFS 1991: 2041) § 7 på oppdrag av domstolene, samt utredning etter samme lovs § 9 på oppdrag av benådningsmyndighetene. Rettspsykiatrisk undersøkelse skal etter lovens § 1 utrede om den mistenkte bør overføres til rettspsykiatrisk omsorg og om mistenkte har begått gjerningen under påvirkning av en "alvorlig psykisk störning". En forutsetning for rettspsykiatrisk undersøkelse etter svensk rett er at mistenkte har erkjent gjerningen eller "övertygande bevisning har förebragts om att han har begått den."

Etter § 7 er formålet med undersøkelsen å utrede om forekomst av en alvorlig psykisk forstyrrelse hos den mistenkte kan utelukkes eller om det er grunn for retten til å beslutte gjennomført en rettspsykiatrisk undersøkelse. En § 7-undersøkelse kan også foretas dersom retten vurderer overføring av den mistenkte til rettspsykiatrisk omsorg. I 1998 ble det utført totalt 1 841 foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser etter § 7 (herav 1 433 av RMVs avdelinger og 408 av entreprenører), og 609 rettspsykiatriske undersøkelser (herav 471 ved RMVs avdelinger og 138 av entreprenører).

5.3.2.1.2 Finansiering

Virksomheten finansieres ved tilskudd fra Socialdepartementet til RMV, men RMV mottar også noe inntekter fra utleie av institusjonskapasitet, sikkerhetstjeneste, arbeidsterapi og konsulentvirksomhet.

Den gjennomsnittlige kostnaden i 1998 for de rettspsykiatriske undersøkelsene var som følger:

- rettspsykiatrisk undersøkelse av fengslet person: SEK 147 000,-;
- rettspsykiatrisk undersøkelse av ikke fengslet person: SEK 53 000,-;
- § 7-undersøkelse: SEK 5 700,-.

Avtalte entreprenørsatser for perioden 1998–2000 for rettsmedisinske tjenester er som følger: rettspsykiatrisk undersøkelse av person i fengsel eller på fri fot: SEK 60 000,-. Er observanden innlagt på undersøkelsesenheten er satsen for de første 20 undersøkelsene pr. år SEK 140 000,-, og de derpå følgende

undersøkelser SEK 130 000,-. Undersøkelser etter § 7 godtgjøres med mellom SEK 3 800,- og 4 500,-.

5.3.2.2 Kvalitetssikring

5.3.2.2.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettsmedisinske tjenester

Innen rettspsykiatrien i Sverige arbeider leger, psykologer, kuratorer og sykepleiere, foruten det administrative personalet. Rettspsykiatriske undersøkelser kan utføres såvel ved ordinære helseinstitusjoner, som ved særskilte undersøkelsesenheter, jf. lov om rettspsykiatriske undersøkelser § 5. Lovens § 7 første ledd slår fast at den rettspsykiatriske erklæringen skal avgis av en lege ved undersøkelsesenheten eller en annen lege lederen for enheten utpeker, og hjemmel for å gi forskrifter om kompetansekrav for leger som skal avgi rettspsykiatriske erklæringer er gitt i tredje ledd.

Socialstyrelsen har gitt "Föreskrifter om kompetenskrav för läkare som får avge utlåtande enligt lagen (1991:1137) om rettspsykiatrisk undersökning och intyg enligt lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål, m.m." (SOSFS 2000:13) Ifølge forskriftene skal den ansvarlige for den rettspsykiatriske undersøkelsen og erklæringen være en lege med spesialistkompetanse i rettspsykiatri. Leger med spesialistkompetanse i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, og som har erfaring fra rettspsykiatrisk undersøkelsesvirksomhet, kan avgi erklæring dersom de er godkjent av RMV. Dersom undersøkelsen foretas av en lege uten den ovenfor nevnte kompetanse, skal en formelt kompetent lege være ansvarlig for undersøkelsen og erklæringen. Han skal veilede og undertegne erklæringen sammen med legen som har deltatt i arbeidet.

I tillegg til den rettspsykiatriske kompetanse, kreves at legen har kjennskap til lovreglene om psykisk syke lovovertrедere og straffeprosessen og reaksjonssystemet. Videre kreves kunnskap om sammenhengen mellom kriminalitet og psykisk sykdom og narkotikamisbruk.

En lege som under veiledning fra spesialist i rettspsykiatri har utferdiget minst 20 rettspsykiatriske erklæringer og like mange foreløpige erklæringer, og av veilederen bedømmes å oppfylle kompetansekravene, kan av RMV godkjennes til å avgi selvstendige erklæringer.

5.3.2.2.2 Intern kvalitetssikring

Socialstyrelsen og RMV har gitt forskrifter om hvordan de rettspsykiatriske undersøkelsene skal foretas og hvordan erklæringene skal utformes jf. Förordning (1991: 1413) om rettspsykiatrisk undersökning samt SOSFS 1996: 14 og SOSFS 1996: 15.

Fra 1997 gikk man over til de internasjonale diagnostiske klassifikasjonssystemene ICD-10 (World Health Organization's International Classification of Diseases, 10. revision) og DSM-IV (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistics Manual IV). Dette antas å ha bidratt til mer enhetlig diagnostikk.

Det er besluttet at det skal utarbeides retningslinjer for en felles minimumsstandard når det gjelder den interne kvalitetssikringen.

Intern kvalitetssikring foregår på den måten at det ved en rettspsykiatrisk undersøkelse deltar tre-fire personer med forskjellig kompetanse. I særlige

tilfeller diskuteres undersøkelsen og de foreslåtte resultater av denne med flere sakkyndige internt for eventuell justering, før den ekspederes ut. Periodevis forekommer ved noen av enhetene mer systematisk granskning av samtlige rettspsykiatriske undersøkelser før de sendes ut.

Det sentrale virkemidlet for å oppnå en høy og jevn standard på arbeidet har vært og er en kontinuerlig personal- og kompetanseutvikling samt etterutdanning i form av kurs, konferanser og møter.

5.3.2.2.3 Akkreditering/sertifisering

Det stilles ingen krav til akkreditering for rettspsykiatrisk virksomhet i Sverige, men virksomheten kan bare skje i RMVs regi (eller for entreprenører på samme vilkår som for RMVs egne avdelinger). All rettspsykiatrisk virksomhet skal skje i henhold til de retningslinjer og krav RMV har fastsatt for virksomheten.

5.3.2.2.4 Ekstern kvalitetssikring

Et viktig ledd i kvalitetssikringen er innslaget av ekstern granskning og oppfølging av virksomheten. Et ledd i dette er en statistisk bearbeiding av de opplysninger man har fått gjennom undersøkelsesvirksomheten, som f.eks. en sammenligning av antall undersøkelser pr. enhet, ventetider, forslag til tiltak osv.

En annen type kvalitetssikringsarbeid er systematiserte granskninger av et 50-talls rettspsykiatriske undersøkelser pr. gang av en gruppe sammensatt av leger, psykolog, kurator og pleieansvarlig, og med deltagelse av flere utredningsenheter. Hensikten har vært å bedømme om erklæringene har oppfylt de innholdsmessige krav og den struktur som RMV har oppstilt. Materialet har også blitt brukt som utgangspunkt for videreutdanning og diskusjoner ved de kurs og møter som er nevnt foran. Resultatet av disse undersøkelser har i følge RMV vist at det rettspsykiatriske arbeidet holder en jevn standard, uten særlige distriktsmessige forskjeller.

I budsjettåret 1995/96 ble ytterligere en form for ekstern granskning utprøvd ved at en senior rettspsykiater tok på seg kvalitetssikringsansvar for hele den rettspsykiatriske virksomheten. Denne rettspsykiateren gjennomførte tilsynsbesøk ved samtlige av de rettspsykiatriske enhetene, og resultatet ble dokumentert gjennom en rapport.

I den grad retten er uenig i den rettspsykiatriske vurderingen eller stiller seg tvilende til denne, kan retten etter § 12 i "lag om rättspsykiatrisk undersökning" (SFS 1991:1137) innhente uttalelse fra Socialstyrelsen. En slik prosess kan initieres av retten selv, påtalemyndigheten, forsvareren eller de sakkyndige. Det er i tilfelle Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet) som vurderer de rettspsykiatriske erklæringene. For de rettspsykiatriske sakene er rådet sammensatt av en dommer (rådets leder), to rettspsykiatere (hvorav en legger frem saken), en allmennpsykiater, en psykolog og en politisk valgt legmann. Dersom den rettspsykiateren som skal legge frem saken i Rättsliga rådet tviler på den rettspsykiatriske vurderingen, oppnevnes nesten unntaksfritt en ny rettspsykiater. Denne gjennomgår alle saksdokumenter og møter observerende, før han skriver en uttalelse.

Rättsliga rådets praksis i rettspsykiatriske saker er gjennomgått og publisert for årene 1993 og 1997, med både statistiske opplysninger og kommen-

tarer til utvalgte saker. I 1997 behandlet rådet 31 saker, dvs. knapt 5% av det totale antall undersøkelser (ca 600). I 13 saker ble konklusjonen endret, dvs. 2% av totalt antall undersøkelser. Dette utgjør likevel 42% av sakene som ble oversendt rådet. I 10 av sakene hadde endringen betydning for vurderingen av om fengselsforbud forelå eller ikke. I 1998 ble 19 av 609 rettspsykiatriske undersøkelser oversendt rådet, dvs. under 3%. I 4 tilfeller ble konklusjonen endret, dvs. i 0,7% av det totale antall undersøkelser. Likevel utgjør dette over 20% av sakene som ble oversendt rådet.

*Del II Rettsmedisinsk virksomhet og kontroll – før og
nå*

Kapittel 6

Rettsmedisin – definisjon og historikk

6.1 Definisjon. Hva er rettsmedisin?

Rettsmedisin er medisinsk kunnskap anvendt i rettslig sammenheng (herunder inkludert etterforskning). Når politiet eller retten får sakkyndig bistand fra det medisinske eller et beslektet biologisk fagområde, utøver den sakkyndige rettsmedisin. Rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet kan finne sted innen alle medisinske spesialiteter og fagområder. Den er primært regulert av prosesslovgivningen – rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet er ikke pasientrettet.

Tradisjonelt er det professorene og andre fast ansatte i vitenskapelige stillinger ved universitetene som blir kalt *rettsmedisinere*. Disse vil gjerne kunne benyttes som sakkyndige innen flere av spesialfeltene i faget. Noen av utøverne innen ulike medisinske fagområder har spesialisert seg innenfor det rettsmedisinske feltet. En del leger som har hovedbeskjeftigelse som patologer ved sykehusene arbeider også innen *rettspatologi*, der hovedoppgaven er sakkyndige likundersøkelser. *Rettsgenetikk* utøves av fagfolk med medisinsk eller annen naturvitenskapelig bakgrunn, og slike sakkyndige brukes særlig ved sporundersøkelser, f.eks. DNA-analyser av biologiske spor i straffesaker, og ved nedstamningsspørsmål i sivile saker (farskapssaker, immigrasjonsaker). *Retts toksikologi* bedrives også av fagfolk fra det medisinske og det naturvitenskapelige område. De foretar analyser – oftest i strafferettslig sammenheng – særlig ved sakkyndige likundersøkelser, ved mistanke om bilføring i påvirket tilstand, i narkotikasaker og ved kontroll i fengsler. *Rettsantropologi* (fysisk antropologi) er et spesialområde innen anatomen som i praktisk rettsmedisinsk sammenheng særlig benyttes ved identifisering av skjelettresten. På tilsvarende måte er *rettsodontologi* en gren av tannmedisin der utøverne særlig har oppgaver ved identifisering av avdøde, undersøkelse av bittmerker og lignende. *Klinisk rettsmedisin* er betegnelsen på rettsmedisinske undersøkelser eller sakkyndiguttalelser som gjelder levende personer. I Norge ivaretas denne delen av rettsmedisinen gjerne av fagfolk innen pasientnær virksomhet – som allmennpraktiserende leger, indremedisinere, kirurger, gynekologer og barneleger. Sakkyndig virksomhet i forbindelse med seksuelle overgrep og annen voldsutøvelse hører inn under denne betegnelsen. *Rettspsykiatri* benyttes som betegnelse om psykiateres og psykologers sakkyndigvirksomhet for domstolene (foreløpige og fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser og beslektede granskninger og vurderinger).

Rettsmedisinsk virksomhet i vid forstand omfatter så vel produksjon og kontroll av tjenester, som forskning og undervisning.

6.2 Rettsmedisinens utvikling

6.2.1 Generelt

Samarbeidet mellom jurister og leger i strafferettspleien har svært lange tradisjoner. Faget rettsmedisin er et av de eldste i medisinen. Makthavere og domsmyndigheter har alltid hatt behov for en objektiv, naturvitenskapelig ekspertise å støtte seg til. Å forvalte denne ekspertisen har gitt en ikke ubetydelig innflytelse til utøverne. Sakkyndigbeviset er nesten like gammelt som det ordnede rettssystemet. Det finnes spor både i Moseloven og i Codex Justinianus.

I den eldre del av den klassiske tid benyttet man ikke sakkyndige leger regelmessig ved avgjørelse av tvilsomme rettsmedisinske spørsmål, selv hvor det gjaldt drap. Men spesielle sider av rettsmedisinen ble leilighetsvis tatt opp til vitenskapelig behandling, blant annet av Hippokrates, som skrev om overbefruktning og fosterets levedyktighet. Fra den romerske keisertid drøftes tilregnelighetsspørsmål (Marcus Aurelius, Justinian). I keisertiden spilte også rettsmedisin en rolle i praksis. Fra utgravninger i Egypt er det funnet en rekke legeerklæringer fra tiden da Egypt var romersk provins. De viser at den offentlige lege bistod politiet ved undersøkelser i anledning av vold, overfall, drap og selvmord, og avga beediget rapport om de resultater han kom til.

Gjennom store deler av middelalderen var det liten utvikling av medisinen og rettsmedisinen. Da romerretten fortrengte den gamle germanske retten i begynnelsen av det 16. århundrede, og nye rettssystemer ble bygget opp på romerrettens grunn, oppsto igjen behovet for rettsmedisinere. Det ble lovfestet krav om å benytte rettsmedisinere i blant annet "Constitutio Criminalis Bambergensis" ("Den bambergske straffelov") av 1507 og i den tysk-romerske keiser Karl V's strafferettslige og straffeprosessuelle lov "Constitutio Criminalis Carolina" av 1532. Samtidig med at strafferetten utviklet seg, våknet kravet om rettsmedisinske undersøkelser og erklæringer. Ambroise Paré utga verdifulle rettsmedisinske avhandlinger i slutten av det 16. århundrede (ca. 1583). Rettsmedisinen som fag anses grunnlagt gjennom verker av to italienske leger, Fortunatus Fidelis "De relationibus medicorum" ("Medisinske forhold") fra 1601 og pavens livlege Paolo Zacchias "Quæstiones medico-legales" ("Rettsmedisinske spørsmål") fra 1621. I det 17. og 18. århundre hadde den tyske rettsmedisinske skole stor fremgang, da likåpninger nå begynte å bli alminnelige. I 1682 publiserte Johannes Schreuer et epokegjørende arbeid om lungeflyteprøven og dens betydning ved barnemord.

Vårt gamle rettergangssystem kjente ikke sakkyndige i den betydning gjeldende straffeprosess gjør. De oppgaver som det moderne sakkyndighetsvesen har, måtte derfor den gang behandles dels ved syns- og skjønnsforretning, dels ved fremleggelse av dokumentbevis. Å forrette som syns- eller skjønnsmann var en alminnelig borgerplikt av omtrent samme omfang som vitneplikten og kunne dermed pålegges enhver som ble antatt å besitte den fornødne kyndighet. Ingen kunne imidlertid pålegges å utføre faglige undersøkelser, som ikke kunne finne sted under selve skjønnsforretningen (og dermed heller ikke pålegges å foreta en rettsmedisinsk granskning), med mindre dette påla ham som embetsplikt. Heller ikke dokumentbevis (skriftlig

erklæring fra sakkyndig) kunne kreves av andre enn dem som hadde slik embetsplikt.

De rettsmedisinske uttalelsene fremkom som skriftlige erklæringer som måtte inneholde bestemte svar på spørsmål formulert av referenten eller forsvareren i straffesaker. De ovennevnte plikter påla ifølge kongelig forordning 21. mai 1751 og reskript 30. oktober 1784 de militære embetsleger og ved kongelig resolusjon 25. mai 1815 ble de medisinske professorer pålagt samme plikt. Ved kongelig resolusjon 9. februar 1859 ble læreren i rettslegevitenskap ved Universitetet i Oslo overført ansvaret for å utføre de rettsmedisinske forretninger som hørte under Christiania Stadsphysicat. Samme plikter ble senere pålagt distriktsleger, stadsfysici og departementets ansatte politileger. Utviklingen medførte etter hvert at Det medisinske fakultet ble departementets konsulent i rettspsykiatriske spørsmål.

Det sivile legevesenet i Norge har sin opprinnelse i et initiativ utgått fra Kristian III (1535–59). Kongen ønsket at det i hvert stift måtte finnes en “lærd og forfaren Doctor i Lægekunst”, og det skulle derfor opprettes et legeembete i hvert av de fire stiftene i Norge. Det første legeembete i Norge ble etablert i Bergen i 1603, etterfulgt av tilsvarende embeter i Kristiania 1626 og i Trondheim ca. 1660. Først i 1743 ble det fjerde legeembetet i Norge opprettet i Kristiansand. De fire embetslegene i disse fire byene var stort sett også de eneste legene i landet gjennom denne lange perioden. Ved atskillelsen fra Danmark i 1814 var det i Norge 15 legeembeter i tillegg til de tre ved universitetet. Embetene var besatt av universitetsutdannede leger. I tillegg var det i tiden etter 1775 opprettet 27 kirurgirater, besatt av personer med medisinsk utdanning på et noe lavere nivå enn medisinsk embetseksamen. I tillegg til disse 42 offentlige sivile legestillingene, fantes et mindre antall privatpraktiserende leger og kommunale kirurger. Antall offentlige legestillinger økte utover 1800-tallet, til 158 i 1900.

Ved kongelig resolusjon 6. juni 1891 ble Justisdepartementet bemyndiget til “i fornøden Utstrekning at antage dertil kvalificerede Mænd for at gjøre Tjeneste som faste Sagkyndige med Hensyn til medicinsk og kemisk retslige Spørgsmaal under strafferetslige Undersøgelser.” Dette kom i tillegg til de allerede fast beskikkede sakkyndige (distriktslegene, stadsfysici og politilegene) og det medisinske fakultets kollegium.

6.2.2 Rettspatologi

Plikt til å foreta rettsmedisinsk obduksjon i drapssaker ble i norsk rett lovfestet ved kongelig forordning 21. mai 1751, som manifesterte visse straffeprosessuelle grunnregler. Det heter i forordningens § 4:

“Naar Mord- eller Drabs-Sager forefalde, skal det først og fornemmelig undersøges, om der et virkelig Corpus Delicti befindes, og bør i saa Fald det døde Legeme strax paa Stedet, hvor det forefindes, lovligen synes, samt derefter, saasnart mueligt, af Land- eller Stads-Physico med forfarne Chirurgis examineres, og en tilforladelig Obductions-Forretning derover forfattes, saa bør der og, i Fald den Dræbte har haft Folk hos sig førend hand døde, føres Vidner om hans sidste Ord, og hans Døds Omstændigheder.”

Det viste seg vanskelig å gjennomføre den pålagte obduksjonsforretning i deler av landet med legemangel, noe som ble omtalt i reskript 5. oktober 1787. Problemet var dels "Mangel af Chirurgus og Physicus ved Steder, hvor Cadaver findes, dels og fordi det vilde blive alt for vanskeligt, lang Veis fra, endog til Vands, at erholde Nogen saa betimelig, der med nogen Nytte kunde foretage sig Obduktion, da Cadaveret i sådan Tidsrum lettelig kan være kommen i Forraadnelse". På denne bakgrunn ble det bestemt at liket skulle sendes i lufttett kiste til nærmeste lege for obduksjon, etter at den lokale fogd eller lensmann først hadde avholdt liksynsforretning.

6.2.3 Rettsgenetikk

Rettsgenetikk har blitt anvendt av domstolene i lang tid. Den tyske biologen Mendels arvelover (1865) og Landsteiners oppdagelse av AB0-blodtypene i 1900 fikk etter hvert betydning også i rettsgenetisk sammenheng, og mange nye arvemerket i blod ble oppdaget og tatt i bruk i de følgende tiår. Noen av disse arveegenskapene kunne også benyttes ved undersøkelse av biologisk spormateriale i kriminalsaker. I løpet av århundret ble faget utviklet, med hovedvekt på utvikling av nye teknologier og utforskning av nye arvemerket for anvendelse i praktisk rettslig sammenheng.

6.2.4 Rettstoksikologi

Moderne rettstoksikologi utviklet seg parallelt med fremskrittene innen toksikologien på 1800-tallet. For eksempel klarte man å løse utfordringen med giftdrapene (blant annet med arsenikk). I Norge ble rettstoksikologiske undersøkelser fra tidlig på 1930-tallet utført av personale ved institutter ved Universitetet i Oslo, særlig ved Fysiologisk institutt. Fra 1940-årene foregikk aktiviteten ved Institutt for farmakologi. I 1969 ble Statens rettstoksikologiske institutt grunnlagt. Foruten alkoholbestemmelser, utføres bl.a. målinger av narkotiske stoffer og legemidler. Med sine over hundre ansatte er Statens rettstoksikologiske institutt i dag den største rettsmedisinske institusjonen i vårt land.

6.2.5 Rettsantropologi

Rettsantropologi springer ut av historisk osteologi (læren om knoklene). Metodene er med andre ord utviklet for arkeologisk forskning, men har på 1900-tallet i økende grad blitt anvendt i rettsmedisinsk sammenheng. I Norge ble rettsantropologien tatt opp på 1950-tallet, først og fremst for å identifisere brente benrester. Metoden ble første gang brukt i forbindelse med brannen i Stalheim turisthotell i 1959. I Norden drives virksomheten av leger, og det er for tiden to eksperter: én ved Universitetet i Oslo og én ved Københavns Universitet.

6.2.6 Rettsodontologi

Rettsodontologi ble brukt første gang til identifisering av personer etter en brann i Paris på slutten av 1800-tallet. I Norge ble det brukt første gang etter en brann under en jubileumsfest i et fotoatelier i Oslo i 1938, der 29 av gjestene omkom. Under den annen verdenskrig ble rettsodontologi brukt flere ganger. Etter krigen har tannleger i Norge fått journalføringsplikt, noe som har bedret mulighetene for rettsodontologisk identifisering. Rettsodontologi har siden spilt en sentral rolle ved identifisering av brente lik, spesielt ved større ulyk-

ker. For eksempel skjedde dette etter brannen på passasjerskipet *Scandinavian Star* i 1990.

6.2.7 Klinisk rettsmedisin

Opprinnelsen til klinisk rettsmedisin er flere tusen år gammel. Ved arkeologiske utgravninger i Kina ble det fra Qin-dynastiet (200 f.Kr.) funnet regler og lovbestemmelser for undersøkelse av skader. Det finnes ellers mange historiske eksempler på forbindelsen mellom medisin og rettsvesen fra forskjellige steder i verden.

I de nordiske land har klinisk rettsmedisin for en stor del blitt utført av rettsmedisinere i Danmark, Finland og Sverige. I Norge utføres mesteparten av arbeidet av allmennpraktikere, gynekologer, barneleger og andre kliniskere. Et unntak er undersøkelse av skader på personer siktet for drap, noe som regelmessig utføres av rettsmedisinere. Også ved barnemishandling blir rettsmedisinere fra tid til annen konsultert. De siste 10 årene har undersøkelse av torturofre blitt en disiplin som utføres både av rettsmedisinere og kliniske leger.

Det finnes ingen internasjonal standard for utdanning og praktisering av klinisk rettsmedisin. En del land har uformelle eller ad hoc tiltak for å ta seg av voldsofre, både med hensyn til medisinsk behandling og for sakkyndigvurdering av skader. I Oslo ble det på midten av 1980-tallet etablert et voldtektsmottak ved legevakten og et incestsenter ved Aker sykehus. Mye omtalte saker, som f.eks. Bjugn-saken, har ført til forsøk på systematisk oppbygging av kompetanse innen klinisk rettsmedisin.

6.2.8 Rettspsykiatri

Rettspsykiatriens utvikling har sammenheng med kravet til subjektiv skyld for å ilegge straff. Oppfatningen at mentalt syke lovovertrедere ikke kan stilles til strafferettslig ansvar, er av gammelt opphav. Man kan f.eks. se dette i Aristoteles' skrifter. Grunnleggende for hans tenkning er at et individ er ansvarlig for en handling bare om handlingen springer ut fra ham selv, og om individet dessuten er bevisst handlingens natur og konsekvenser. Ifølge Aristoteles kan derfor en person som savner fornuft og ikke forstår sine handlinger, ikke straffes.

Også ifølge romerretten skulle mentalt syke særbehandles, og en alvorlig sinnssyk person ble ansett uten evne til å utføre noen lovstridig handling, inklusiv straffbare forhold. De romerske lovene hevdet at et mentalt sykt menneske ikke handler i samsvar med sin egen frie vilje. Ansvar etter loven forutsetter at individet har handlet av egen fri vilje. I romersk rett hadde den humanitære oppfatning fremtredende plass, at en mentalt syk person allerede er straffet tilstrekkelig ved å ha blitt rammet av sin sykdom.

Så vidt vites fastsatte ikke i romersk rett plikt for tutor til å la leger eller andre særlig kyndige menn foreta den psykiatriske observasjonen. Tross betydelige tilbakeslag for rettspsykiatrien i middelalderen, påla en del staters lovgivning – herunder den norske – kongens embetsmenn på tinget som plikt å la de psykiatriske observasjonene foreta av kyndige menn. De psykiatriske sakkyndige er f.eks. omtalt i forbindelse med den første norske hekseprosess, som ble ført mot Ragnhild Tregagas i 1325.

Helt siden Magnus Lagabøtes tid har det i Norge vært to former for rettspsykiatrisk observasjon, den administrative og den judisielle. I gammel-norsk rett hadde tinget sinnssykerettslige funksjoner (som i romerretten lå under pretor eller stattholderen), men disse ble etterhvert overført til kongelige embetsmenn. Tingføringen ble ikke helt avskaffet, men ble opprettholdt fremover, spesielt i straffesaker. Så lenge tingføringen var ubetinget nødvendig, foregikk observasjonen på selve tingstedet, men senere ble dette sjeldnere. Øvrigheten hadde etter Kong Christian Den Femtis Norske Lov av 15. april 1687 1-17-1 en viss adgang til å innsette observanden i fengsel eller i tvangsarbeidsanstalter, men fortsatt foregikk ofte observasjonen i det private hjem. Formålet var å avklare om tiltalte skulle gå fri fordi han hadde handlet "i Vildelse og Raseri", jf. Norske Lov 6-6-17. I slutten av det 18. og begynnelsen av det 19. århundre hendte det også at amtmennene, som den gang hadde påtalemyndighet, innla siktede personer til observasjon i sinnssykeasy, selv om det ikke var rettslig adgang til dette.

Det ble etablert en ordning med at skriftlige erklæringer om tiltaltes sinnstilstand kunne innhentes fra militærleger og andre embetsleger. Kravet om at det skulle foreligge tilfredsstillende bevis for sinnssykdom og at sinnssykeattestene skulle være behørig motiverte, var – særlig i de kompliserte sakene – vanskelig å oppfylle. Dette gjaldt så meget mer siden bare ytterst få norske leger var i stand til å utføre en middels krevende psykiatrisk observasjon.

I rettspsykiatrien har to hovedprinsipper gjort seg gjeldende, det psykologiske (biologiske) og det medisinske. Det er i dag det medisinske prinsipp som ligger til grunn for norsk straffelov. Etter det medisinske prinsipp beskriver loven ved medisinske og biologiske kjennetegn den tilstand som utelukker tilregneligheten. Hvor det medisinske prinsipp praktiseres, blir det den sakkyndiges plikt å svare bekreftende eller benektende på om der f.eks. foreligger sinnssykdom hos observanden.

Etter det psykologiske prinsipp vil det avgjørende være gjerningsmannens evne til innsikt og til fri viljesbestemmelse, det vil si om sinnslidelsen har påvirket handlingen. En sinnssyk kan derfor anses ansvarlig for ett forhold, men uansvarlig for et annet.

I norsk rett har begge systemene alternert, inntil straffeloven av 1842 gjennomførte det medisinske prinsipp konsekvent idet den anga de grupper av tilstander hvor subjektiv straffeskyld under enhver omstendighet er utelukket. De handlinger som forøves av sinnssyke ("galne eller afsindige") var etter lovens kapittel 7 § 2 straffrie, og i § 3 het det at den som uten egen skyld var "kommen i bevisstløs tilstand" ikke kunne straffes for de gjerninger han i denne tilstanden forøvet. Straffeloven av 1902 inneholdt opprinnelig et kompromiss mellom det medisinske og psykologiske prinsipp, men rendyrket ved loven-
dring i 1929 det medisinske prinsipp, jf. strl. § 44.

6.3 Rettsmedisin og rettspsykiatri som lærefag

6.3.1 Rettsmedisin som lærefag

På begynnelsen av 1800-tallet var rettsmedisinen grunnfestet som vitenskapelig lærefag. I Norge har rettsmedisin vært undervisningsfag helt fra opprettelsen av Universitetet i Oslo i 1813. Eget rettsmedisinsk institutt ble imidlertid opprettet ved Universitetet i Oslo først i 1938. I 1965 fikk man et dosentur i rettsmedisin ved Universitetet i Bergen, noe som i 1972 ble omgjort til et professorat. I 1986 og 1990 fikk henholdsvis universitetet i Trondheim og Tromsø egne professorater i rettsmedisin.

Fra 1813 til 1938 var undervisningen i rettsmedisin lagt inn under lærere i andre fag. Professor Michael Schelderup, lærer i anatomi og fysiologi, underviste i faget fra 1813 til 1849, professor Joachim Voss, lærer i anatomi, fra 1850 til 1875 og deretter professor Hjalmar Heiberg og professor Francis Harbitz. I 1938 ble professor Georg Vaaler leder for det nyopprettede Rettsmedisinsk institutt.

Den første norske lærebok i rettsmedisin, forfattet av Michael Schelderup, ble utgitt i 1838. I 1915 utga Francis Harbitz "Lærebok i Rettsmedisin" (7. utgave 1957), Jon Lundevall utga i 1966 "Rettsmedisin: kompendium for medisinerere" (6. utgave 1989), Johan Christian Giertsen utga "Rettsmedisin" i 1978 og Torleiv Rognum (red.) "Lundevalls rettsmedisin" i 1997.

6.3.2 Rettspsykiatri som lærefag

På 1800-tallet var det ikke obligatorisk undervisning i psykiatri i det norske medisinstudiet, men medisinere fungerte likevel som rettspsykiatere. Rundt 1920–30 ble det opprettet et eget dosentur i rettspsykiatri ved Universitetet i Oslo, men det var aldri planer om et eget fag. Dosenturet sto ubesatt til etter siste verdenskrig, da det ble omgjort til et dosentur i vanlig psykiatri. Rundt 1985 ble det opprettet et professorat II i rettspsykiatri ved Universitetet i Trondheim. Dette var et par år besatt av en svensk professor, men stillingen har nå i noen år stått ledig. Ved de andre universitetene er det ikke akademiske stillinger knyttet til rettspsykiatri.

De respektive professorene i psykiatri har hatt ansvaret for undervisning og forskning. I dag heter faget "psykiatri og rettspsykiatri" ved Universitetet i Oslo. Medisinstudentene har i dag enkelte forelesninger i rettspsykiatri, og spesialister i psykiatri får noe mer i sin utdanning. I begge sammenhenger er rettspsykiatri et marginalisert fag. Det har vært utført svært lite forskning på feltet i Norge. Det som har foregått har stort sett sitt utspring i Institutt for sosialmedisin ved Universitetet i Oslo og ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim.

Både i Bergen og Trondheim har det vært opprettet amanuensisstillinger i rettspsykologi, men disse har aldri vært besatt.

I dag er det opprettet kompetansesentre for sikkerhetspsykiatri, rettspsykiatri og fengselspsykiatri i Oslo, Bergen og Trondheim. Sentrene i Oslo og Bergen er under oppbygging, mens det allerede er publisert doktoravhandlinger med utspring i kompetansesenteret i Trondheim.

Politilege Paul Winge var den første moderne medisinere i Norge som beskjeftiget seg med rettspsykiatri på et vitenskapelig nivå. Han utga blant

annet "Den Norske Sindssygeret Historisk Fremstillet" i tre bind (1913–1915). I 1921 utga Jak. E. Anderssen "Haandbok i administrativ sinnssykerett", og Gabriel Langfeldt utga i 1940 "Forelesninger i psykiatri og rettspsykiatri for jurister", og i 1947 "Rettspsykiatri for jurister og leger". Leo Eitinger og Nils Retterstøls lærebok "Rettspsykiatri" kom i 1972, og senere i fire nye utgaver, senest i 1990.

Kapittel 7

Strafferettspleiens bruk av rettsmedisinsk sakkyndighet**7.1 Behovet for sakkyndige**

En rekke straffesaker reiser vanskelige faglige spørsmål innen ulike livsområder. Politiets etterforskere, påtalemyndighetens jurister, siktedes forsvarer og rettens fagdommere og legdommere vil kunne ha problemer med å ta stilling til mange av disse spørsmålene. Fra tid til annen vil det derfor kunne være nødvendig å tilføre dem særskilt sakkyndighet for å vurdere visse faglige spørsmål. De rettsmedisinske sakkyndighetsområdene er presentert i pkt. 6.1 og [\(Link til \)](#) kapittel 8. Som eksempler på andre områder for sakkyndighet i straffesaker, kan nevnes økonomi, kjemi, våpenkunnskap, sosialantropologi, litteraturkunnskap, bilsakkyndighet og ekspertise vedrørende rikets sikkerhet og forsvar.

De sakkyndiges bistand vil som oftest bestå i sikring av spor og klarlegging av faktum, og innebærer da gjerne undersøkelser av for eksempel et drapsvåpen, et fotografi, eller et menneskelig legeme. Bruk av sakkyndige til slik granskning er regulert i strpl. [\(Link til \)](#) kapittel 12. Det kan imidlertid også være aktuelt å benytte sakkyndige til å klarlegge rettsanvendelsen i forbindelse med innholdet i rettslige normer på et livsområde f.eks. knyttet til begreper som utilbørlichkeit, forsvarlighet og uaktsomhet. Videre kan sakkyndighet være ønskelig for å belyse straffespørsmålet, f.eks. knyttet til tiltaltes tilbakefallsrisiko eller lignende. Sakkyndige kan også brukes til å gi retten vitenskapelig funderte generelle redegjørelser for et emne, f.eks. fortrenge minner eller barns psykologiske utvikling.

Oppnevning av rettsmedisinsk sakkyndige vil først og fremst være aktuelt i alvorlige voldssaker (herunder drapssaker), sedelighets- og overgrepssaker, sykehusdødsfall og saker der det er behov for rettspsykiatrisk undersøkelse.

Sakkyndighet kan i straffesaker trekkes inn på flere måter, i hovedsak som sakkyndige engasjert av politi/påtalemyndighet under etterforskningen, sakkyndige oppnevnt av retten eller som en av partenes sakkyndige vitner. Straffeprosessloven har et eget kapittel om sakkyndige (kapittel 11). Sakkyndighet kan også tilføres retten ved at fagkyndige oppnevnes som meddommere (strpl. § 277 annet ledd), men dette er stort sett ikke aktuelt i straffesaker. I praksis skjer det bare ved at revisorer o.l. oppnevnes i mer omfattende økonomiske straffesaker.

Sakkyndige undersøkelser av reelle bevismidler reguleres av reglene i straffeprosessloven [\(Link til \)](#) kapittel 12 om granskning. Disse reglene gjelder også når granskning foretas ved sakkyndige som påtalemyndigheten har henvendt seg til, jf. § 155, se nærmere pkt. 11.10 og 11.11.1.

Enkelte typer av sakkyndige undersøkelser er særlig regulert i loven. Dette gjelder rettspsykiatriske erklæringer, jf. strpl. § 165 (se nærmere under pkt. 8.8) og sakkyndig likundersøkelse, jf. strpl. § 228 (se nærmere under pkt. 8.2).

7.2 Forskjellen mellom vitne og sakkyndig

Et vitne skal i utgangspunkt forklare seg om egne erfaringer i fortid, – hva det har sett, hørt osv. Vitner har ikke plikt til å foreta faglige vurderinger, med det unntak at vitnet i en viss utstrekning plikter å forklare seg om faglige vurderinger det selv har gjort i saken tidligere. En sakkyndig har det motsatte utgangspunkt. Den sakkyndiges oppgave er å legge fram sine vurderinger av det tema som er den sakkyndiges oppdrag. Dersom et vitne blir bedt om å uttale seg om hvordan det ut fra sin spesielle fagkunnskap nå vurderer et forhold i saken, vil det kunne være aktuelt for vitnet å be seg oppnevnt som sakkyndig.

Etter loven har man formelt sett plikt til å ta imot oppdrag som sakkyndig, jf. strpl. § 138. Et vitne har, med visse begrensninger, plikt til å forklare seg, jf. strpl. § 108.

Et vitne har, i motsetning til sakkyndige, som hovedregel ikke anledning til å være til stede under hovedforhandlingen før det selv har avgitt forklaring i retten (strpl. § 129 jf. § 144).

Sakkyndige vitner står i en mellomstilling. Dette vil være personer som ikke er oppnevnt av retten som sakkyndige, men som en part fremstiller for retten til avhøring som sakkyndig (strpl. § 149). Et slikt vitne bringes inn for å redegjøre for sine egne erfaringer, men vil også kunne bidra med sine faglige vurderinger. Det kan f.eks. dreie seg om en lege som er siktedes behandler, og som retten på grunn av denne tilknytningen ikke oppnevner som sakkyndig. Et sakkyndig vitne forklarer seg etter de samme reglene som vitner, men kan – på samme måte som oppnevnte sakkyndige – være til stede under hele forhandlingen.

Oppnevnte sakkyndige vil ha rett til godtgjørelse for sin tjenestegjøring etter nærmere regler, jf. lov om vidners og sakkyndiges godtgjørelse mv. (vitneloven) av 21. juli 1916 § 10 og reglene i salærforskriften av 26. oktober 1992 med senere endringer. Også sakkyndige vitner vil etter vitneloven § 10 annet ledd kunne tilkjennes godtgjørelse. Regulære vitner vil ikke ha rett til godtgjørelse, men vil kunne få dekket utlegg og tapt arbeidsfortjeneste i den utstrekning det finnes rimelig (vitneloven § 5).

Både vitner og sakkyndige inngår som en del av bevisførselen. Det er retten som avgjør hvilken vekt de enkelte utsagn og forklaringer skal tillegges.

7.3 Rettens og partenes bruk av rettsmedisinsk sakkyndighet

7.3.1 Påtalemyndighetens bruk av rettsmedisinsk sakkyndighet

Etter strpl. § 148 kan påtalemyndigheten søke bistand hos sakkyndige til bruk for etterforskningen. På dette stadiet inngår de sakkyndige erklæringer og rapporter i det samlede etterforskningsmaterialet som danner grunnlag for avgjørelsen av påtalespørsmålet.

Påtalemyndigheten benytter sakkyndig bistand i en rekke ulike typer av straffesaker. Det dreier seg ikke bare om ekspertbistand som kan kaste lys over sakens faktiske og rettslige sider. I vår moderne tid forutsetter etterforskning og oppklaring ofte at det tas i bruk metoder og teknikker som primært

er utviklet på andre fagområder enn det strafferettslige. DNA-teknologi er et typisk eksempel.

I alvorlige volds- og sedelighetssaker vil det ofte være behov for å innhente rettsmedisinske erklæringer og foreta rettsmedisinske undersøkelser. Det dreier seg både om fagkyndig sikring av spor og faglige vurderinger av ulike spørsmål. Særlig der det er snakk om sporsikring vil de sakkyndige bli brakt inn i saken allerede ved innledningen av etterforskningen.

De siste årene har man sett et økende antall anmeldelser i forbindelse med at personer skades eller dør under behandling på sykehus, de såkalte "sykehussakene". Her er det ofte behov for høyt spesialisert medisinsk sakkunnskap på ulike medisinske felt.

Ut fra erfaringene kan en få inntrykk av at bruken av sakkyndighet er tilfeldig og lite gjennomtenkt og at oppdragene i noen saker utføres på en måte som er i dårlig harmoni med straffeprosessuelle regler og prinsipper. En årsak kan være manglende kunnskap om de særskilte krav som ligger i sakkyndighetsrollen og uklare grenser mot det som ligger på siden eller utenfor oppdraget. Ved bruk av sakkyndighet er det oppdragsgivers ansvar å klarlegge hva man søker bistand til og hva det forventes at den sakkyndige skal redegjøre for. Det er derfor en forutsetning at påtalemyndigheten ved innhenting av rettsmedisinske sakkyndigerklæringer utarbeider et konkret – og gjerne detaljert – mandat. På den måten unngår man at den sakkyndige går utenfor sitt eget kompetansefelt eller lar seg bruke til å løse spørsmål som i realiteten er påtalemyndighetens ansvar.

7.3.2 Siktetes/forsvarerens bruk av rettsmedisinsk sakkyndighet

Siktete og hans forsvarer har et tilsvarende behov for bruk av rettsmedisinsk sakkyndighet som retten og påtalemyndigheten. De må derfor vurdere om saken kan anses tilstrekkelig opplyst, eller om det for avgjørelsen av enten skyld- eller straffespørsmålet er behov for ytterligere sakkyndighet.

På etterforskningsstadiet vil det variere hvor tidlig siktete og forsvarer får innsyn i politiets arbeid, og dermed behovet for sakkyndighet. Svært mange sakkyndige undersøkelser blir vanskeligere etter hvert som tiden går fra den straffbare handlingen fant sted, f.eks. vil sårene gro eller medisinerende endre symptomene på sinnslidelse. Tidsaspektet påvirker derfor siktete og forsvarers mulighet for å bruke rettsmedisinsk sakkyndighet.

Uansett dette forholdet vil siktete og forsvarer måtte vurdere om det er behov for sakkyndige vurderinger når dette ikke allerede foreligger. Dernest må det vurderes om det er behov for supplerende sakkyndighet. Slikt behov vil kunne foreligge hvis det vurderes at de undersøkelser som allerede er foretatt er mangelfulle eller ensidige. Dette kan både skyldes den sakkyndiges habilitet og kompetanse, måten granskningen har skjedd på, eller erklæringens utforming. Det kan også være at saken reiser så spesielle eller vanskelige spørsmål at det uavhengig av mangler ved de foretatte undersøkelsene er grunn til å be om supplerende sakkyndighet.

Siktete og forsvarer vil på selvstendig grunnlag måtte vurdere om et slikt behov foreligger. Dersom det foreligger en uttalelse fra Den rettsmedisinske kommisjon som angir et behov for supplerende sakkyndighet, har forsvareren en særlig grunn til å be om dette.

Siktede og forsvarer vil også måtte vurdere om det er behov for å føre bevis i form av sakkyndige vitner (private sakkyndige), jf. strpl. § 149. Dette vil typisk være siktedes egen lege eller en som av andre grunner ikke kan oppnevnes som sakkyndig. Også når retten avslår å oppnevne nye sakkyndige fordi den anser saken tilstrekkelig opplyst, kan siktede i stedet ønske å føre vedkommende som sakkyndig vitne.

I de senere år har forsvarere i økende grad sett muligheten for å ivareta sin klients interesse gjennom bruk av rettsmedisinsk sakkyndighet. Dette har sammenheng med flere forhold. For det første har en del saker reist nye og kompliserte spørsmål. For det andre har man blitt oppmerksom på at det finnes ny og utradisjonell kompetanse, f.eks. vitnepsykologi og evnetesting, som det i en del saker er grunn til å benytte. For det tredje har man i økende grad blitt oppmerksom på at det ofte utøves et sakkyndig skjønn som det kan være svært ulike oppfatninger av. Det vil da kunne være i siktedes interesse å bringe inn et alternativt skjønn. For det fjerde har man gjennom noen enkelt-saker blitt oppmerksom på farene for mangler både ved den faglige kompetanse og den faglige integritet. Dette tilsier også at man i en del tilfeller bringer inn ny og alternativ sakkyndighet.

7.3.3 Rettens bruk av rettsmedisinsk sakkyndighet

Retten vil komme inn i forhold til rettsmedisinsk sakkyndighet både under etterforskningen og under hovedforhandlingen. På alle stadier av saken er det vanligvis slik at sakkyndige oppnevnes på bakgrunn av en begjæring fra påtalemyndigheten eller forsvareren. I etterforskningsfasen vil rettens rolle være relativt tilbaketrasket. I hovedsak vil rettens rolle bestå i å vurdere om en begjæring skal tas til følge, og i å avgjøre slike spørsmål som er gjennomgått nedenfor i pkt. 7.4.1.

Under hovedforhandlingen blir rettens rolle mer sentral. Retten har etter strpl. § 294 et selvstendig ansvar for at saken blir tilstrekkelig "fullstendig opplyst" før den avgjøres. Selv om det er partene som i utgangspunktet har ansvaret for å sørge for bevis, kan saken utvikle seg slik at retten av eget tiltak finner det nødvendig å oppnevne sakkyndige. En praktisk situasjon er at det under hovedforhandlingen oppstår tvil om siktede er tilregnelig. Retten vil da kunne beslutte å utsette de videre forhandlinger og oppnevne rettspsykiatrisk sakkyndige.

Finner retten ikke behov for sakkyndig bistand, trenger den ikke oppnevne sakkyndige. Det kan imidlertid være en saksbehandlingsfeil som kan føre til opphevelse av dommen, dersom retten har avgjort saken uten å sørge for den nødvendige sakkyndige bistand, jf. strpl. § 343 første ledd.

7.4 Rettens og påtalemyndighetens oppnevnesrutiner

7.4.1 Rettens oppnevnesrutiner

7.4.1.1 Vurderingen av om sakkyndig skal oppnevnes

Rettens beslutninger i forhold til sakkyndige vil ligge i flere plan: Retten må ta stilling til om det skal oppnevnes sakkyndig, det må besluttes hvilket mandat den sakkyndige skal ha, og en eller flere konkrete personer må formelt oppnevnes til å utføre oppdraget. Retten skal normalt forelegge spørsmålet om

oppnevning for partene (strpl. § 141), slik at disse kan uttale seg om hvorvidt sakkyndig bør oppnevnes, antallet, mandatet og personvalget.

Retten har et selvstendig ansvar for å ta stilling til hvorvidt en begjæring om oppnevning av sakkyndig skal etterkommes.

Når det gjelder rettspsykiatrisk undersøkelse, må retten finne at slik undersøkelse er “nødvendig for avgjørelsen av saken”, jf. strpl. § 165 tredje ledd. Ofte vil det være foretatt en foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse av siktede. Slik undersøkelse skal foretas hvor det er tvil om nødvendigheten av rettspsykiatrisk undersøkelse (§ 165 tredje ledd). Retten vil i praksis vanligvis bygge på den foreløpige undersøkelsens konklusjon om nødvendigheten. Men som nevnt under pkt. 7.3.3 har retten et selvstendig ansvar for å vurdere behovet.

Når det gjelder andre rettsmedisinske spørsmål, plikter retten under etterforskningen som hovedregel å etterkomme en begjæring fra påtalemyndigheten om oppnevning av sakkyndige, jf. strpl. § 237 første ledd. Retten kan bare unnlate oppnevning hvor den finner at det forholdet etterforskningen gjelder ikke er straffbart, at straffeansvaret er falt bort eller at det ikke er lovlig adgang til å ta begjæringen til følge. Også i disse tilfellene må retten foreta en habilitetskontroll, jf. pkt. 11.4, særlig pkt. 11.4.2.

For øvrig har ikke loven regler om når det bør oppnevnes sakkyndig, men den nevnte formuleringen i § 165 kan være en god rettesnor for vurderingen.

Retten beslutning om å oppnevne sakkyndig eller om å avslå en begjæring om oppnevning kan påkjæres når beslutningen ikke er truffet under hovedforhandlingen, jf. strpl. § 377 jf. § 53. Treffes beslutningen under hovedforhandlingen, kan den eventuelt være grunnlag for anke over rettens saksbehandling, jf. § 343.

7.4.1.2 En eller flere sakkyndige

Tidligere var lovens ordning at det i utgangspunkt skulle være to sakkyndige. Dette ble i 1994 endret, slik at hovedregelen nå er én sakkyndig, med mindre retten finner at det er behov for flere (§ 139). Ved fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse vil det likevel regulært bli oppnevnt to sakkyndige. Dette anbefales av Den rettsmedisinske kommisjon (se Den rettsmedisinske kommisjons årsberetning 1994, side 16) og følger av Riksadvokatens brev til statsadvokatene av 31. oktober 1995, se omtale i pkt. 7.4.2.1. Hvor saken reiser flere typer problemstillinger, vil det være aktuelt med flere sakkyndige i samme sak med ulike mandater (f.eks. rettsmedisinere og rettspsykiatere). Hvor flere sakkyndige er oppnevnt med samme mandat, legger de vanligvis frem en felles skriftlig erklæring – i hvert fall hvor de er enige om resultatet av den faglige vurderingen.

7.4.1.3 Personvalget – rettens rolle

Det er også retten som avgjør hvilke personer som skal oppnevnes. Vanligvis vil det ikke være konflikt om dette. Ofte er det slik at partene – vanligvis påtalemyndigheten – foreslår konkrete personer som sakkyndige, som aksepteres av den andre parten – vanligvis siktede ved hans forsvarer. Loven har en regel om at sakkyndige partene er enige om, og som er villige, som regel skal opp-

nevnes (strpl. § 141 første ledd). Men partenes enighet binder ikke retten. For retten er det avgjørende å finne frem til de best egnede sakkyndige (jf. Rt 1978 side 876). Retten vil forespørre den aktuelle sakkyndige om han er villig og har mulighet til å ta på seg oppdraget, hvis det ikke foreligger opplysninger om dette fra før. Motvillige sakkyndige vil i praksis ikke bli oppnevnt.

Den sakkyndige skal formelt oppnevnes av retten, og denne oppnevningen vil den sakkyndige og partene motta skriftlig. Det er retten – og ikke partene – som er den sakkyndiges oppdragsgiver.

Dersom sakkyndige skal oppnevnes under etterforskningen (særlig aktuelt ved rettspsykiatriske undersøkelser), er det forhørsretten som treffer beslutning om dette. Kommer spørsmålet om oppnevning opp etter at det er tatt ut tiltale og saken er brakt inn for retten, er det den dømmende rett som treffer avgjørelsen.

Retten vil i en del tilfeller sette en frist for den sakkyndiges skriftlige erklæring.

7.4.1.4 Personvalget – hvem kan og bør oppnevnes?

Lovgivningen har regler om habilitet for sakkyndige som setter grenser for hvem som kan oppnevnes. For sivile saker finnes reglene i tvistemålsloven (tvml.) § 242 og for straffesaker i strpl. § 142. Disse reglene viser til regler i domstolloven (dl.) §§ 106 og 108, som direkte gjelder dommere, og som beskriver nærmere når inhabilitet foreligger. Reglene skal ikke gjennomgås her. En detaljert behandling av reglene er gitt i Bjerke/Keiserud: Straffeprosessloven med kommentarer (1996) side 423–426. Når det gjelder utvalgets nærmere drøfting av inhabilitetsproblematikken, vises til pkt. 11.3 og 11.4.

Det er rettens oppgave å ta stilling til om den foreslåtte sakkyndige er inhabil. Den sakkyndige må selv straks ta spørsmålet opp med retten, dersom han ser at han har en eller annen form for tilknytning til partene i saken som kan reise tvil om habiliteten. Dette gjelder ikke bare i forhold til sakens private parter. Dersom den sakkyndige har tilknytning til en av advokatene – han er f.eks. selv klient hos advokaten – bør han si fra også om dette.

7.4.1.5 Mandat

I tilknytning til oppnevningen bør retten utforme et skriftlig mandat for den sakkyndiges arbeid, helst etter å ha forelagt dette for partene. Dersom de sakkyndige oppnevnes for å utføre granskning, skal rettens beslutning om dette angi hva som skal granskes, formålet med granskningen og fristen for gjennomføringen, jf. strpl. § 152 annet ledd. Loven har utover dette ikke regler om utformingen av mandatet, og det er heller ikke etter loven krav om at mandatet er skriftlig. Vanligvis vil det fra den som begjærer oppnevning foreligge et forslag til mandat, eller i hvert fall en angivelse av hvorfor sakkyndig ønskes oppnevnt. Retten vil ha sakens dokumenter til rådighet i forbindelse med oppnevningen. I stor grad styres derfor i praksis utformingen av mandatet av den part som begjærer sakkyndig oppnevnt. Hvis den sakkyndige finner mandatet uheldig eller lite treffende for de problemstillinger som faktisk foreligger, kan dette tas opp med retten som vil kunne justere innholdet etter å ha forelagt spørsmålet for partene. Se for øvrig pkt. 11.5.

7.4.2 Påtalemyndighetens oppnevningssrutiner

7.4.2.1 Retningslinjer og rutiner for bruk av sakkyndige

Det eksisterer ingen generelle, sentrale retningslinjer for påtalemyndighetens bruk av sakkyndige, og eventuelt i hvilke saker slike bør brukes.

Vedrørende psykiatrisk observasjon har riksadvokaten i brev 31. oktober 1995 til landets statsadvokater gitt følgende retningslinjer:

“Full rettspsykiatrisk undersøkelse bør bare begjæres dersom det med grunn kan reises spørsmål om siktede var utilregnelig på handlingstiden, eller det er aktuelt å påstå sikring. Det vil si at et alvorlig lovbrudd i seg selv ikke gir grunnlag for å begjære oppnevnt psykiatrisk sakkyndige.... Ved mentalobservasjon skal det normalt oppnevnes to sakkyndige.”

Sakkyndig likundersøkelse skal etter strpl. § 228 foretas “når det er grunn til mistanke om at noens død er voldt ved en straffbar handling” og kan dessuten besluttet foretatt “når dødsårsaken er uviss og særlige forhold krever slik undersøkelse.” Det vil i alminnelighet være påtalemyndigheten som ber om slik undersøkelse, og oppnevning av sakkyndige vil først skje på et senere stadium.

Ved såkalt sykehusdødsfall har riksadvokaten i brev 7. januar 1997 til statsadvokatene – under henvisning til brev 10. november 1996 fra Den rettsmedisinske kommisjon – anbefalt at det i slike saker bør foretas rettsmedisinsk obduksjon ved en rettsmedisinsk enhet (tilknyttet universitetene).

7.4.2.2 Mandat

Benytter påtalemyndigheten sakkyndige til å foreta granskning, bestemmer strpl. § 155 at beslutningen følger reglene i § 152 annet ledd, se omtale ovenfor i pkt. 7.4.1.5.

Riksadvokaten har ikke gitt generelle retningslinjer eller pålegg til påtalemyndigheten om utforming av mandat ved bruk av sakkyndige, men spørsmålet er tatt opp i ulike sammenhenger, i enkeltsaker, påtalemøter osv.

Kapittel 8

Den rettsmedisinske virksomhet de siste 15 – 20 årene**8.1 Oversikt over rettsmedisinsk virksomhet i Norge**

8.1.1 Generelt om rettsmedisin i Norge

I [\(Link til Definisjon. Hva er rettsmedisin?\)](#) kapittel 6.1 er det kort gjort rede for hva rettsmedisin er. Utvalget vil i det følgende beskrive de enkelte rettsmedisinske fagområdene nærmere.

8.1.1.1 Rettsmedisin i snever forstand

Betegnelsen “rettsmedisiner” har i Norge tradisjonelt blitt brukt om rettspatologer som i varierende omfang også har vært engasjert i undersøkelse av skader på levende personer og i rettsgenetisk virksomhet.

Kravene til kvalitet i tradisjonell rettsmedisinsk obduksjonsvirksomhet har blitt skjerpet i de senere årene. Forbedrede teknikker og økte krav til sakkyndige har ført til gjenopptakelse av flere gamle drapssaker. Videre har bl.a. økningen i anmeldelser av incest- og voldtektssaker, samt økt fokusering på feilbehandling ved sykehus utfordret til gjennomtenkning av sakkyndigrollen generelt. Se nærmere om dette nedenfor under de enkelte disipliner og foran under [\(Link til\)](#) kapittel 3. Slike saker krever ikke bare medisinsk topp-ekspertise, men stiller også krav til kunnskap om den spesielle rettsmedisinske tilnærmingsmåten. Denne ballasten blir ikke minst tydelig i land der partene møter med hver sin sakkyndige og der “battle of experts” hører til dagens orden. For å unngå groteske utslag av ukritisk fremferd i retten, har man i en del europeiske land tatt konsekvensen av dette og krever en egen godkjenning for leger og biologer som fungerer som sakkyndige for retten i medisinske spørsmål. Av dagens 15 EU-land har 8 i dag egen spesialitet i rettsmedisin, se pkt. 5.1.1. Blant de nordiske landene har Sverige og Finland slik spesialitet. I disse landene omfatter spesialiteten i rettsmedisin rettspatologi (obduksjoner) samt spesialkompetanse i undersøkelse av levende ofre for kriminelle handlinger og av gjerningsmenn. Også i Danmark er rettsmedisinere hovedansvarlige for den kliniske rettsmedisin (undersøkelse av levende).

8.1.1.2 Rettsmedisin i vid forstand

Med rettsmedisin i vid forstand menes den sakkyndige virksomhet for retten som utføres av leger og biologer. Som nevnt ovenfor har 8 av dagens 15 EU-land egen spesialitet i rettsmedisin og egen grenspesialitet i rettspsykiatri er også vanlig, se pkt. 5.1.1. Kjerneområdet for den europeiske rettsmedisinske spesialitet er rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Slike rettsmedisinere har fått store og krevende oppgaver i forbindelse med undersøkelse av ofre for folkemord og av torturofre. Ved økt internasjonalisering vil det kunne kreves

at også Norge kan avgi eksperter til slike oppgaver. Norge er allerede blitt bedt om å stille et identifiseringsteam i beredskap til bruk for Vestunionen ved sivile katastrofer med store tap av menneskeliv.

Behovet for økt kontakt og samarbeid mellom forskjellige faggrupper engasjert i rettsmedisinsk virksomhet i vid forstand, førte til at Norsk Rettsmedisinsk Forening ble stiftet i 1992. Medlemmene er personer som utøver disiplinene rettspatologi, rettsgenetikk, retts toksikologi, klinisk rettsmedisin, rettspsykiatri, rettsodontologi, rettsantropologi samt kriminalteknikk. Foreningen hadde pr. 1. januar 2001 142 medlemmer. Fra 1995 har foreningen gitt ut fagtidsskriftet "Rettsmedisin", fra 1996 i samarbeid med Dansk Selskab for Retsmedicin, under navnet Nordisk Rettsmedisin, og fra 1997 også i samarbeid med Svensk Rättsmedicinsk Förening.

8.1.2 Organisering og finansiering

8.1.2.1 Institusjoner og personell

Norge har ingen sentral instans som har ansvar for den samlede rettsmedisinske virksomhet. De mest spesialiserte tjenestene utføres i hovedsak av vitenskapelig ansatt personale ved universitetene og regionsykehusene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø og ved Statens retts toksikologiske institutt (SRI) i Oslo. Et betydelig antall tjenester utføres imidlertid også ved lokale helseinstitusjoner av ordinært helsepersonell uten spesialkompetanse innen rettsmedisin. Rettspsykiatrisk virksomhet skjer ikke i regi av helseinstitusjoner, og er derved overlatt enkeltpsykiatere som påtar seg sakkyndigoppdrag som privatpersoner. De tre kompetansesentrene for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri i Oslo, Bergen og Trondheim driver med forskning og undervisning, men har i dag ikke praktisk arbeid med rettspsykiatriske undersøkelser på sin virksomhetsplan.

8.1.2.2 Finansiering

Finansieringen av de rettsmedisinske tjenestene er sammensatt, og varierer mellom fagområdene. Kostnadene ved sakkyndigtjenester belastes driftsbudsjettet til det enkelte politidistrikt for oppdrag rekvirert av politi/påtalemyndighet, og Justisdepartementet sentralt for oppdrag rekvirert av retten. Påtalemyndigheten kan med hjemmel i strpl. § 237 første ledd begjære sakkyndig oppnevnt av retten, og dermed unngå å bli belastet kostnadene, jf. Rt 2000 side 1502. Det finnes ingen oversikt over det totale beløp staten hvert år bruker til salær til rettsmedisinsk sakkyndige i straffesaker. I tillegg utbetaler Justisdepartementet tilskudd til Rettsmedisinsk institutt og Statens retts toksikologiske institutt som delvis kompensasjon for deres tjenester. For øvrig varierer finansieringen av tjenestene betydelig, som det vil fremgå under beskrivelsen av de ulike fagfeltene.

Den rettsmedisinsk sakkyndige vil i noen tilfeller utføre sakkyndigvirksomheten som en del av ansettelsesforholdet på en institusjon. Oppdraget inngår da i de ordinære tjenesteplikter og honoreres som en del av den enkeltes lønn. I andre tilfeller opptrer den sakkyndige som privatperson, og mottar særskilt honorar for sin tjeneste.

Sakkyndige som avgir erklæring til retten eller påtalemyndigheten har krav på godtgjørelse etter reglene i strpl. § 138 tredje ledd, jf. lov av 21. juli

1916 nr. 2 om vidners og sakkyndiges godtgjørelse. Av lovens § 10 fremgår at oppnevnte sakkyndige "som ikke har fast lønn ... skal ... ha godtgjøring for sin tjenestegjøring." Nærmere regler følger av Justisdepartementets forskrift av 3. desember 1997 nr. 1441 om salær fra det offentlige til advokater mv. (salærforskriften), endret ved forskrift 13. januar 1999 nr. 504. Justisdepartementet har utgitt kommentarer til forskriften (publikasjon G-0243 B). Med hjemmel i forskriftens § 2 tredje ledd har Justisdepartementet gitt regler om stykkprissatser for visse medisinske sakkyndige forretninger. Salærsatsen og stykkprissatsene fremgår av Justisdepartementets rundskriv G-114/00, med nye satser fra 1. januar 2001.

8.2 Rettspatologi

8.2.1 Fagområdet rettspatologi

8.2.1.1 Gjennomføring av rettsmedisinske likundersøkelser

Hovedoppgaven i rettspatologi er sakkyndige likundersøkelser. Strpl. § 228 jf. påtaleinstruksen § 13–4 bestemmer hvordan likundersøkelse bør utføres:

"Sakkyndig likundersøkelse bør foretas som likåpning når ikke likskue anses tilstrekkelig."

Temaet er ikke regulert nærmere. Det finnes ingen norske offisielle retningslinjer for hva undersøkelsene skal bestå i, se likevel pkt. 8.2.1.2 i.f. Hvilke undersøkelser som utføres, av hvilket personale og på hvilken måte, varierer derfor en del. I forhold til en del andre land, der detaljerte prosedyrer er nedfelt i regelverk eller protokoller, er dette uvanlig. Det er derfor i 2000 tatt initiativ i Norsk Rettsmedisinsk Forening til utarbeidelse av norske retningslinjer for rettsmedisinske obduksjoner, se pkt. 11.10.

Formålet med sakkyndig likundersøkelse er å påvise dødsårsaken og å klarlegge årsaksrekken som førte til døden. De sakkyndiges slutninger bygger ofte ikke bare på de legemlige funn, men også på forholdene på åstedet og opplysninger om det ytre hendelsesforløp. Dersom de sakkyndige ikke får disse opplysningene gjennom politirapporter eller på annen måte, vil de lett kunne overse viktige detaljer ved likundersøkelsen og kanskje utelate tilleggsundersøkelser av vesentlig betydning.

Et likskue består i en utvendig inspeksjon av et lik. Inspeksjonen omfatter likets klær, smykker og lommeinnhold, foruten selve det døde legemet. Man innskrenker seg til å betrakte legemets overflate, og kan ikke ha noen sikker formening om hvilke forandringer som finnes under huden. Ytre skader som hudavskrapninger, skjæresår og knusninger kan påvises, men hvor dypt lesjonene går, hvilken retning de har i dybden og hvilke skader eller sykelige forandringer som finnes i innvendige organer forblir oftest uopplært. Selv om likskuet er en nyttig orienterende undersøkelse, er det derfor en alminnelig mening blant rettspatologer at det er en ufullstendig og lite tilfredsstillende undersøkelsesform som såvidt mulig bør erstattes av, eller suppleres med, en likåpning (obduksjon).

Forut for likåpningen går alltid et likskue som en del av undersøkelsen. Formålet med likåpningen er det samme som for den patologisk anatomiske

obduksjon: Å påvise skader og sykelige forandringer i organene og andre innvendige dannelser som bensystemet, muskulaturen mv.

En *sykehuspatolog* obduserer med tanke på å påvise *alle forandringer* med de midler han har til rådighet, til veiledning for klinikere, og i vitenskapelig og didaktisk (undervisningsmessig) øyemed. Ved en sykehusobduksjon vil gjerne preparanten allerede ha tatt ut de indre organer og lagt dem på disseksjonsbordet før obdusenten ankommer. Selve liket vil også i en del tilfeller være fjernet. En *rettspatolog* gjør likåpning først og fremst for å påvise *de skader og sykelige forandringer som førte til døden*. Bifunn vil han legge vekt på i den utstrekning de kan ha medvirket til døden. Derfor arbeider en rettspatolog på en annen måte enn en sykehuspatolog. Han legger blant annet stor vekt på undersøkelsene av likets klær og forandringer av likets overflate. Rettspatologen vil dessuten søke å belyse de ytre omstendigheter ved dødsfallet, og vil ofte få utført andre tilleggsundersøkelser enn sykehuspatologen (toksikologiske, rettsgenetiske, antropologiske, røntgenologiske og kriminaltekniske undersøkelser). Spørsmålsstillingen er: Er de påviste skader, sykelige forandringer og resultatet av øvrige undersøkelser forenlig med et beskrevet hendelsesforløp? Rettspatologen må derfor i større grad enn sykehuspatologen forholde seg til de opplysninger som foreligger om et hendelsesforløp og opplysninger om åstedsf forholdene. Også fremstillingsformen i en beretning om en rettsmedisinsk likåpning er annerledes enn i en obduksjonsjournal.

En komplett rettsmedisinsk obduksjon omfatter kraniet og hjernen, hals-, bryst- og bukorganer, bekkenet, hvirvelsøylen og i visse tilfelle også ryggmargen, muskulatur og underhudsvev. Den makroskopiske (synlig med det blotte øye) undersøkelsen av hvert organ må være adekvat, slik at forandringer av betydning for døden ikke blir oversett. I ca. 50% av sakene gjøres også nevropatologiske undersøkelser, det vil si spesialistundersøkelse av hjernen.

Mikroskopiske undersøkelser utføres i dag ved de fleste rettsmedisinske obduksjoner. Ofte gir mikroskopiske forandringer i organene viktig informasjon for å forstå dødsårsaken eller medvirkende årsaker. En rettspatolog utfører ikke alltid så omfattende og systematiske histologiske (mikroskopiske undersøkelser av vevssnitt) organundersøkelser som en sykehuspatolog. Det er imidlertid unntak – som f.eks. ved plutselig og uventet spedbarnsdød. Histologisk undersøkelse av hudskader vil dessuten ofte være av betydning for rettspatologen når han skal vurdere skadens art og alder. Traumatiske hjerneblødninger kan f.eks. aldersbestemmes ved mikroskopisk undersøkelse, noe de sakkyndige i Liland-saken i ettertid har blitt kritisert for å ha unnlatt. Også aldersbestemming av sykdomsprosesser, som f.eks. utviklingen av hjerteinfarkt, kan være av stor betydning for å forstå et hendelsesforløp.

Toksikologiske analyser med hensyn på alkohol, narkotika og medikamenter er en naturlig del av rettsmedisinsk likåpning. Mikrobiologiske undersøkelser er også ofte aktuelt, ikke minst ved plutselig uventet spedbarnsdød. Prøve av blod til DNA-bestemmelse, av hodehår, kjønnshår og neglesmuss tas i drapssaker, og slike prøver kan også være av betydning for identifisering av lik og drapsvåpen.

8.2.1.2 Rettslig grunnlag for å foreta rettsmedisinsk likundersøkelse

Strpl. § 228 regulerer i hvilke tilfeller det skal foretas likundersøkelse:

“Sakkyndig likundersøkelse skal foretas når det er grunn til mistanke om at noens død er voldt ved en straffbar handling. Påtalemyndigheten kan også ellers beslutte at det skal foretas sakkyndig likundersøkelse når dødsårsaken er uviss og særlige forhold krever slik undersøkelse. Kongen gir nærmere forskrifter om sakkyndig likundersøkelse, herunder i hvilke tilfeller slik undersøkelse bør foretas.”

Påtaleinstruksen §§ 13–1 og 13–2 utfyller strpl. § 228 med hensyn til i hvilke tilfeller sakkyndig likundersøkelse skal skje:

“ **§ 13–1** *Sakkyndig likundersøkelse ved mistanke om straffbar handling og funn av ukjent lik*

Politiet skal påse at sakkyndig likundersøkelse foretas når det er grunn til mistanke om at noens død er voldt ved en straffbar handling. Det samme gjelder når en person finnes død uten at vedkommendes identitet straks kan bringes på det rene.

§ 13–2 *Sakkyndig likundersøkelse i andre tilfeller*

Politiet bør i alminnelighet sørge for at sakkyndig likundersøkelse foretas når dødsårsaken er uviss og antas å kunne skyldes

- a) selvmord eller selvvoldt skade
- b) ulykkestilfelle
- c) yrkesskade eller yrkessykdom
- d) feil, forsømmelse eller uhell ved medisinsk undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade.

Det samme gjelder når dødsårsaken er uviss og døden er inntrådt plutselig og uventet, særlig dersom vedkommende antas å ha vært alene i dødsøyeblikket.

Politiet bør også i alminnelighet sørge for at sakkyndig likundersøkelse foretas når dødsårsaken er uviss og dødsfallet har skjedd i fengsel, arrestlokale eller under administrativ frihetsberøvelse.

Bestemmelsene i første, annet og tredje ledd er ikke til hinder for at sakkyndig likundersøkelse også ellers kan foretas når lovens vilkår er oppfylt.”

For å sikre at politiet skal kunne vurdere behovet for sakkyndig likundersøkelse i disse tilfellene, er leger pålagt meldeplikt til politiet dersom det er “grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig”, jf. helsepersonelloven § 36 tredje ledd. I forskrift 21. desember 2000 nr. 1378 om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l. er innholdet i begrepet “unaturlig dødsfall” angitt nærmere slik (§ 2):

“Dødsfall anses unaturlig dersom det kan skyldes:

- drap eller annen legemskrenkelse,
- selvmord eller selvvoldt skade,
- ulykke som forlis, brann, skred, lynnedslag, drukning, fall, trafikkulykke o.l.,
- feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade,

- misbruk av narkotika og

- ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet.

Som unaturlig meldes også:

- dødsfall i fengsel eller under sivil eller militær arrest og
- funn av ukjent lik.”

Mange dødsfall som blir undersøkt etter reglene i påtaleinstruksen viser seg likevel å være naturlige, se tabell 8.1. Rettspatologisk undervisning må derfor omfatte både plutselig uventet død av naturlige årsaker og dødsfall som ikke er naturlige.

Tabell 8.1: Resultatet av rettslige obduksjoner, Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo, 1989–1999

År	Totalt antall	Naturlige dødsfall	Unaturlige dødsfall
1989	1535	884	651
1990	1427	807	620
1991	1481	841	640
1992	876	270	606
1993	763	243	520
1994	819	296	523
1995	828	224	604
1996	849	249	600
1997	946	333	613
1998	1005	292	713
1999	919	198	721

Reduksjonen i antall rettslige obduksjoner ved Rettsmedisinsk institutt fra 1992 innebar kun en beskjeden reduksjon av tilfellene der en unaturlig dødsårsak ble påvist. Antall tilfeller der konklusjonen ble naturlig død, ble redusert med 2/3.

Kilde: Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo

Mens rettsmedisinsk obduksjon er regulert i bestemmelsene i strpl. § 228 og påtaleinstruksen kapittel 13, regulerer transplantasjonsloven (lov 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m.) adgangen til å foreta sykehusobduksjon. I lovens § 7 første ledd heter det om dette:

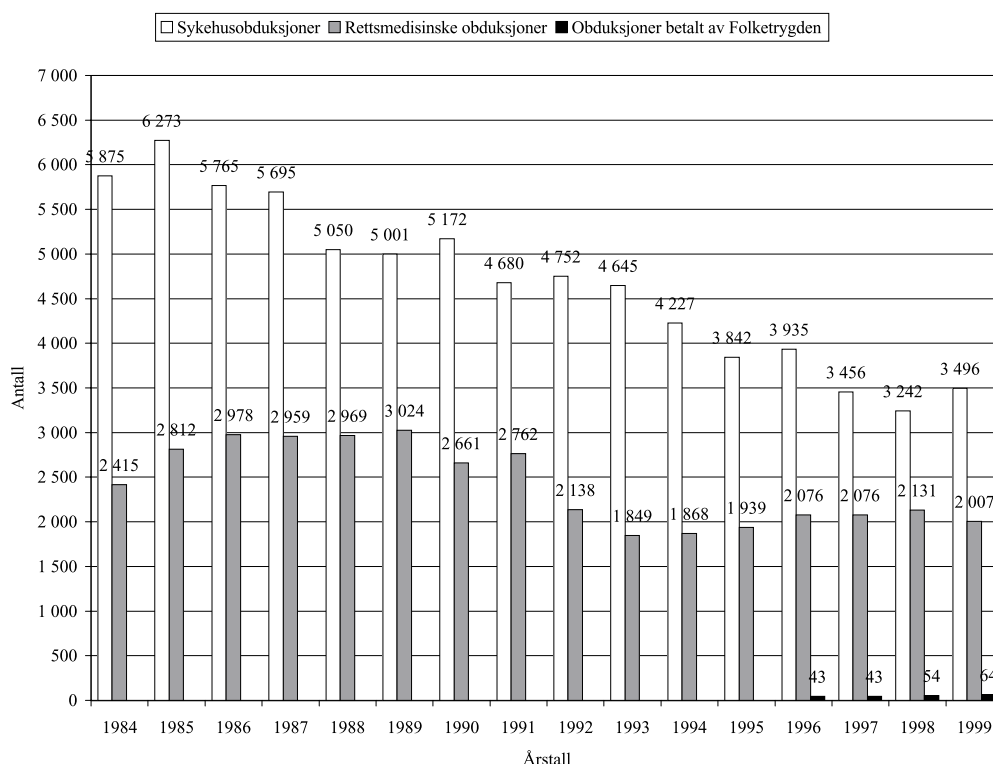
“Av medisinske grunner kan foretas obduksjon av den som er død i sykehus eller annen helseinstitusjon ... eller av den som er brakt død til slik institusjon.”

Slik obduksjon kan etter annet ledd ikke foretas “når avdøde eller hans nærmeste har uttalt seg mot det eller det er grunn til å anta at et slikt inngrep vil være i strid med avdødes eller hans nærmestes livssyn eller andre særlige grunner taler mot det.” Etter fjerde ledd kan obduksjon utføres uten hensyn til disse vilkårene “[n]år det av særlige grunner er nødvendig å få brakt dødsårsaken på det rene uten opphold.”

Fordi det ikke finnes eksplisitt adgang til å obdusere personer som ikke dør på veg til eller i sykehus/helseinstitusjon dersom politiet ikke begjærer rettsmedisinsk obduksjon, vurderer Sosial- og helsedepartementet for tiden å endre bestemmelsen i § 7. Utvalget kommenterer dette nærmere i pkt. 11.12.

Hjemmelsspørsmålet for obduksjon av personer som dør utenfor institusjon ble tidligere ofte løst ved at politiet begjærte obduksjonen. Dette ble gjort

ved “unaturlig dødsfall” som definert i helsepersonelloven § 36 tredje ledd, jf. forskrift 21. desember 2000 nr. 1378 (tidligere legeloven § 41 og forskrift 15. mars 1982 nr. 755) og strpl. § 228, se ovenfor. Antall obduksjoner rekvirert av politiet gikk markert ned fra 1992. I perioden 1984–1991 var antallet mellom ca. 2 400 og 3 000 årlig, mens det i perioden 1992–1999 var mellom ca. 1 850 og 2 150, se [\(Link til Obduksjoner i Norge 1984–1999\)](#) figur 8.1. Dette falt i tid sammen med at ansvaret for utgiftene til obduksjon og transport av liket, som tidligere ble belastet Justisdepartementets eget budsjett (“delinkventfondet”), fra 1. januar 1992 ble overført til det enkelte politidistrikts lokale budsjett. Dødsårsaken ved plutselige og uventede dødsfall har dermed de siste årene oftere forblitt ukjent.



Figur 8.1 Obduksjoner i Norge 1984–1999

Kilde: Rognum, T.O., Nordisk Rettsmedisin 2000; 6: 95–98.

Analyser av obduksjonsmaterialet ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo viser at det i all hovedsak er ved plutselig uventet død hos personer eldre enn 40 år politiet avstår fra obduksjon (Lyche-Ellingsen, C., Nordisk Rettsmedisin 2001; 7: (under trykking)). Det er ikke foretatt studier av materialet i Norge for å finne ut hvor ofte et virkelig unaturlig dødsfall blir oversett med dagens obduksjonspraksis. En svensk analyse av obduksjonsfunn ved uventede dødsfall der dødsårsaken først ble avdekket ved den rettslige likundersøkelsen, viser imidlertid at pr. 1 000 utførte obduksjoner ble det oppdaget 1 drap, 10 selvdrap og 45 ulykkesdødsfall som man ikke mistenkte på forhånd (Rättsmedicinalverkets statistikk 2000).

Den norske patologforening beregnet i 1981 andelen unaturlige dødsfall, slik disse var definert i forskriftene til legeloven § 41 (nå helsepersonelloven § 36), til 10% av alle dødsfall. Da er det tatt med et stort antall dødsfall der eventuell obduksjon ville ha avdekket en naturlig dødsårsak. Etter Norges offisielle statistikk blir derfor fordelingen av dødsfallene etter døds måten en annen: Av 44 646 dødsfall i Norge i 1997 var fordelingen: sykdom: 94,8%, ulykker: 3,9%, selvmord: 1,2% og drap: 0,1% (Kilde: Statistisk sentralbyrås dødsårsakstatistikk, 1997).

Det har utfra dette vært reist tvil om man kan stole på dødsårsakstatistikken i Norge, se Rognum: "Hvem bør obdusere tilfeller av plutselig uventet død? Hva er forskjellen på en rettsmedisinsk obduksjon og en sykehusobduksjon?", Nordisk Rettsmedisin, 2000; 6 side 95–98. For å få en valid dødsårsakstatistikk er det vanlig å kreve at minst 25% av dødsfallene obduseres. I 1997 var obduksjonsraten i Norge 12,4% (4,6% rettsmedisinske og 7,8% sykehusobduksjoner). Samme år var tallene for Sverige 17,6% (5,7% rettsmedisinske og 11,9% sykehusobduksjoner), Danmark 2,8% rettsmedisinske obduksjoner (antall utførte sykehusobduksjoner er ikke tilgjengelig) og Finland 31,6% (19,7% rettsmedisinske og 11,9% sykehusobduksjoner). En undersøkelse fra Tyskland, der obduksjonsraten er enda lavere enn i Norge, kan tyde på at så mange som halvparten av alle drap der overses (Sabine Rückert: "Tote haben keine Lobby: die Dunkelziffer der vertuschten Morde", Hamburg, 2000).

Årsberetningene fra DRK viser at den fylkesvise variasjon i rettsmedisinsk obduksjonsrate er betydelig. Antall registrerte dødsfall i 1997 sammenholdt med antall rettsmedisinske obduksjoner registrert i DRK i 1997 viser at Oppland (1,5%), Aust-Agder (1,8%) og Nord-Trøndelag (2,1%) har lavest årlig rate for rettsmedisinske obduksjoner, mens Finnmark (7,8%), Oslo (6,7%) og Hordaland (6,4%) ligger høyest. I Hordaland utføres også, som eneste fylke, et stort antall likskuer (116 i 1997), slik at andelen rettsmedisinske likundersøkelser totalt var 9,4%.

Utvalget nevner her at Ministerkomitéen i Europarådet (der Norge er medlem) i møte 2. februar 1999 vedtok en anbefaling (nr. R (99) 3) om europeisk harmonisering av rettsmedisinske obduksjonsregler, se vedlegg 10. Vedtaket anbefaler at medlemsstatenes regjeringer aksepterer og implementerer de nærmere angitte prinsipper og regler for rettsmedisinske obduksjoner, samt setter opp et kvalitetssikringsprogram for å sikre riktig implementering av prinsippene og reglene i anbefalingen. Reglene er forholdsvis detaljerte, og omtaler undersøkelser på stedet, kvalifikasjonskrav for antall rettspatologer som bør delta ved obduksjoner, regler for identifikasjon av avdøde, obduksjonsprosedyre (utvendig og innvendig undersøkelse) og krav til obduksjonsrapporten. Anbefalingen har ingen rettslig betydning for Norge. Norske myndigheter har foreløpig ikke lagt opp til noen oppfølging av anbefalingen. Utvalget kommenterer anbefalingen nærmere i pkt. 11.10.

8.2.2 Organisering og finansiering

8.2.2.1 Institusjoner og personell

Det er ingen sentral instans som har oversikt over, eller har ansvar for den samlede rettspatologiske virksomhet i Norge.

I 1997 ble det i følge statistikk fra DRK utført 2 029 rettsmedisinske obduksjoner i Norge og 135 likskuer, hvorav ca. 80% ble utført ved landets fire rettsmedisinske institusjoner ved universitetene i henholdsvis Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. I 1998 var andelen ca. 85%. De øvrige ble utført ved avdelinger for patologi ved landets sentralsykehus.

Det faglige ansvaret for den rettspatologiske tjenesten påhviler den enkelte sakkyndige. Ved universitetene i Norge er det til sammen 10 vitenskapelig ansatte som arbeider med rettspatologi. Det er fire professorater, fem førsteamanuenser, og en stipendiat (finansiert av ulike forskningsfond). For tiden er ett professorat og en stipendiatstilling i rettsmedisin frosset ved Universitetet i Oslo. Sistnevnte stilling er den eneste øremerkede utdannelsesstillingen i rettsmedisin i landet. Ved universitetene i Trondheim og Tromsø deltar også sykehuspatologer med erfaring i rettsmedisin i den rettslige obduksjonsvirksomheten.

8.2.2.2 Finansiering

En arbeidsgruppe ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo har i 2000 beregnet at de totale kostnadene for drift av instituttet i 2000 er ca. kr 30 millioner. Av dette er bruttokostnadene for den rettsmedisinske obduksjonsvirksomheten beregnet til kr 12,8 millioner. Estimaten inkluderer alle kostnader, inklusiv husleie til universitetet, og lønns- og driftsutgifter som belastes Rikshospitalet (blant annet lønn til obduksjonspreparanter). Til de beregnede driftsutgiftene er det lagt til 20% til forskning og utvikling. Ved Rettsmedisinsk institutt utføres det årlig ca. 1 000 rettsmedisinske obduksjoner, noe som gir en kostnad pr. obduksjon på kr 12 800,-.

Legger man de samme kostnadsberegninger til grunn for de rettspatologiske tjenestene ved de andre universitetene, innebærer det kostnader ved Universitetet i Bergen på kr 5,5 millioner, ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet på kr 1,9 millioner og ved Universitetet i Tromsø på kr 1,3 millioner. I tillegg utføres 20% av det totale antall rettsmedisinske obduksjoner ved sentralsykehus. Gitt de samme kostnader pr. obduksjon ved disse sykehusene, tilsier det kostnader på kr 3,9 millioner. Totale kostnader i 2000 for rettspatologiske tjenester i Norge kan etter dette anslås til kr 25,4 millioner.

I perioden 1939 til 1995 er det blitt overført en del stillingshjemler og forlods driftsmidler til rettsmedisinsk virksomhet fra Justisdepartementet til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet v/universitetene, formodentlig “[p]å grunn av den betydning [det måtte] antas å ville få for rettspleien, og i særlig grad for strafferettspleien”, se St. prp. nr. 1. Tillegg nr. 19 (1937). For Universitetet i Oslo gjelder dette et professorat da Rettsmedisinsk institutt ble vedtatt opprettet i 1937, en stipendiatstilling (vitenskapelig assistent) i 1939, to førsteamanuensisstillinger i 1982 (med kr 30 000,- forlods overhead på hver), foruten en sekretærstilling og en teknisk stilling til å skjære og farge mikroskopiske preparater. De fleste av disse stillingene har blitt brukt til rettspatologiske tjenester. I tillegg har instituttet selv opprettet flere tekniske og kontoradministrative stillinger med begrunnelse i instituttets sakkyndigvirksomhet. For Universitetet i Bergen gjelder overføringene fra Justisdepartementet et dosentur i 1965 (omgjort til professorat i 1972), en amanuensisstill-

ing i 1986, en preparantstilling (senere autopsitekniker) i 1985 og en preparantstilling (senere histologitekniker) i 1986. For Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet gjelder det et professorat i 1986 (besatt 1988) og noe forlods driftsmidler. For Universitetet i Tromsø gjelder det et professorat i 1990 (besatt 1992). Disse ressursene er under stadig press fra universitetene for overføring til annen virksomhet.

I tillegg til denne grunnlagsinvesteringen, må den som rekvirerer obduksjoner i straffesaker (politiet/påtalemyndigheten eller retten) betale honorar til de medvirkende. Dette utgjør imidlertid bare ca. 40% av kostnadene med de rettsmedisinske obduksjonene. Dette er også trolig tilfelle ved de andre universitetene og sentralsykehusene. Ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo var denne inntekten i 2000 kr 5,1 millioner. Frem til 31. desember 1991 ble utgifter i forbindelse med rettslige obduksjoner rekvirert av politi/påtalemyndighet belastet Justisdepartementets eget budsjett ("delinkventfondet"). Fra 1. januar 1992 ble ansvaret for straffesaksutgiftene delegert til det enkelte politidistrikt.

Honorar til obdusent følger av salærinstruksen og stykkpriser fastsatt av Justisdepartementet, sist ved rundskriv G-114/00 med nye satser fra 1. januar 2001. Stykkpris for rettsmedisinsk obduksjon foretatt hverdager i tidsrommet kl. 07.00–20.00 er kr 1 910,-. Utenom disse tidene er satsen kr 3 340,-. Stykkprisen inkluderer utførelse av selve obduksjonen og utarbeidelse av sakkyndigerklæring. I noen saker deltar to obdusenter som det faktureres for. Kostnaden for nevropatologiske undersøkelser (som foretas i ca. halvparten av de rettsmedisinske obduksjonene ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo) er ca. kr 1 400,-. Kostnader for toksikologiske analyser Statens retts toksikologiske institutt (SRI) utfører for obdusenten (ca. kr 4 000,- pr. sak) dekkes av SRIs rammebevilgning, og faktureres dermed ikke. Da det rekvireres toksikologiske analyser i forbindelse med ca. 1 800 obduksjonssaker i året, dreier det seg totalt om ca. kr 7,2 millioner. Honorar til de øvrige medvirkende varierer. Ved instituttene i Oslo og Bergen faktureres kr 400,- for preparant, mens man i Trondheim og Tromsø fakturerer halvt obdusentsalær for preparant. Rettsmedisinsk institutt i Oslo fakturerer kr 1 700,- for sekretærarbeid, røntgen og laboratorieprøver, samt kr 154,- for avskrift til DRK. Hver obduksjonsrapport ledsages følgelig av minst fire fakturaer til rekvirenten.

Salærinstruksens timesats (fra 1. januar 2001 kr 700,-, jf. rundskriv G-114/00) gjelder også for sakkyndiges utrykning til åsteder (uansett tid på døgnet eller ukedag) og ved forberedelse til oppdrag som sakkyndig i retten, samt tilstedeværelse i retten.

I tillegg til inntektene fra rekvirenten av obduksjoner, finansieres den rettspatologiske tjenesteproduksjonen av den enkelte institusjon der obduksjonene utføres. For eksempel betaler universitetet lønn til medarbeidere for tid de arbeider med sakkyndigoppdrag. Ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo er det beregnet at halvparten av lønnen til de seks legene gjelder tid de arbeider som sakkyndige. Tilsvarende ordninger gjelder for andre yrkesgrupper som deltar i sakkyndigvirksomheten (toxikolog, histotekniker og forværelsespersonale). Universitetet i Oslos bruttokostnader til den rettspatologiske tjenesteproduksjonen er for 2000 beregnet til kr 5,7 millioner. Rikshospitalet dekker

dessuten lønn til tre preparanter, foruten drift og renhold av obduksjonssaler, mv., til sammen kr 2 millioner i 2000.

Etter utvalgets erfaring er det knyttet særlige problemer til finansieringen av den rettspatologiske tjenesteytingen (særlig sakkyndige likundersøkelser). Etter budsjettkutt er hele 17% av stillingsmassen ved Det medisinske fakultet i Oslo for tiden frosset. Ved Rettsmedisinsk institutt har budsjettkuttene rammet rettspatologien særlig hardt. Den rettsgenetiske virksomheten har klart seg bedre, da den har mange eksternt finansierte medarbeidere utover de universitetsfinansierte og fordi den mottar rammetilskudd direkte fra de departementene som er oppdragsgivere. For tiden er følgende stillinger frosset: et professorat, en universitetsstipendiat, en førstesekretær og en ingeniør. Da ingeniørstillingen som er tillagt oppgaven med å skjære og farge mikroskopiske snitt, skulle fryses 1. november 2000, fant instituttet det riktig å si i fra at man under slike betingelser ikke kunne påta seg å utføre sakkyndige likundersøkelser for påtalemyndigheten. Dette førte til direkte kontakt mellom Universitetets ledelse og Justisdepartementets ledelse. Man unngikk den akutte krisen, og det ble nedsatt en gruppe bestående av to økonomer og to rettsmedisinere som skulle utrede de reelle kostnadene forbundet med obduksjonsvirksomheten. Gruppen avsluttet sitt arbeid ved årsskiftet 2000–2001. De totale bruttokostnadene til Universitetet, Rikshospitalet, de enkelte politidistriktene (stykkprisbetaling) og varierende kilder, f.eks. forskningsfond som betaler stipendiatlønn, ble som nevnt ovenfor beregnet til 12,8 millioner kroner pr. år, hvilket betyr en gjennomsnittlig stykkpris på kr 12 800,– pr. obduksjon. Gruppen tok ikke med eventuelle fremtidige kostnader ved etablering av fast vaktordning for rettsmedisinere – slik at politiet kan være sikret bistand på åsteder, til obduksjoner som haster eller til å undersøke mistenkte i helger og på kvelds- og nattestid.

Det vises til utvalgets anbefaling nedenfor i pkt. 14.3.1 D.

8.3 Rettsgenetikk

8.3.1 Fagområdet rettsgenetikk

Rettsgenetikk omfatter genetisk kunnskap og vitenskap anvendt i sivil- og strafferettslig sammenheng. Dagens praktiske saksområder er særlig farskapssaker og undersøkelse av blodspor og annet biologisk materiale i straffesaker (særlig volds- og sedelighetssaker). Fagfeltet er blitt anvendt av domstolene i lang tid, se pkt. 6.2.3.

Omfattende studier av familier og befolkningsgrupper utgjør den genetiske basis for bruk av arvermerker i saksarbeid av ulik slag, og matematikere og statistikere har utviklet det statistiske grunnlag for å bruke funnene i rettssalen.

En helt ny æra for “genetisk ingeniørkunst” er i de siste to tiår skapt med utgangspunkt i bruk av DNA-teknologi. Utviklingen av denne teknologien har hatt stor betydning for en rekke biologiske fag. Omveltningen har likevel vært størst innen rettsgenetikken. Faktisk er det slik at de gamle metodene er lagt bort.

Det er to årsaker til at DNA-teknologien i så stor grad har endret faget. Den første er at individuell variasjon i DNA er så omfattende at den kan danne basis for identifikasjon. Et blodspor kan nå nesten alltid knyttes til et bestemt individ. En mann kan identifiseres som far til et barn, og DNA-registre kan benyttes på tilsvarende måte som fingeravtrykksregistre til å knytte mistenkte til åsted eller forbrytelser. Den andre årsaken ligger i tilgjengeligheten: DNA-molekylet finnes praktisk talt i alt biologisk materiale, det er meget holdbart, og metodene er følsomme. Dette gjør at man kan bruke rettsgenetiske metoder i langt flere sammenhenger enn tidligere. En liten del av et skjelett kan identifiseres, en gammel sigarettneip kan knytte en person til et åsted, en hårrot inneholder tilstrekkelig DNA til å identifisere den som har mistet dette håret.

Antallet rettsgenetiske undersøkelser var i 1997 1 623 (1 200 farskap/423 spor), 1998 1 571 (1 080 farskap/491 spor), 1999 1 616 (1 114 farskap/502 spor) og 2000 1 775 (1 252 farskap/523 spor). Det er dessuten fra 1998 opprettet et DNA-register der en forventer at DNA-profilen til ca. 500 – 1 000 straffedømte vil bli lagt inn årlig, jf. strpl. § 160 a.

Samtidig som rettsgenetikerens redskaper er blitt så mye bedre, har betydningen av den sakkyndiges vitnemål i sakene blitt tilsvarende større. I enkeltsaker kan rettsgenetikerens funn bli avgjørende for skyldspørsmålet. Dette har selvsagt ført til at fokus i enda større grad enn tidligere er blitt rettet mot kvaliteten på den rettsgenetiske undersøkelsen, på den statistiske evalueringen og på presentasjonen av data for retten. I takt med dette har de faglige krav til rettsgenetikeren økt. Dermed er også rettsgenetikken blitt en utpreget spesialistvirksomhet. Samarbeid over landegrensene har lagt de faglige retningslinjene for arbeidet.

8.3.2 Organisering og finansiering

8.3.2.1 Institusjoner og personell

Alle rettsgenetiske analyser og sakkyndige vurderinger skjer ved Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo. Den rettsgenetiske virksomheten er der delt i to seksjoner: Seksjon for undersøkelse av biologiske spor i straffesaker (sporseksjonen) og Seksjon for farskaps- og slektskapsutredninger (farskapsseksjonen). Tidligere ble også i noen få saker DNA-undersøkelser ved identifisering av ukjente lik foretatt ved Regionsykehuset i Tromsø.

Ved Rettsmedisinsk institutt er det for tiden 23 årsverk knyttet til rettsgenetikk, fordelt på 13 ved sporseksjonen og 10 ved farskapsseksjonen. Disse fordeler seg på en professor II-stilling, en administrativ stilling, tre overingeniørstillinger og 21 avdelingsingeniørstillinger. Overingeniørene har det daglige ansvaret for sakkyndigvirksomheten og forskning og utvikling på området.

Organiseringen og gjennomføringen av oppdragene skjer i regi av instituttet, som derved er ansvarlig for tjenestene. Den som har hatt det faglige ansvaret for undersøkelsen, er også den som oppnevnes som sakkyndig av retten.

8.3.2.2 Finansiering

Den rettsgenetiske virksomheten ved Rettsmedisinsk institutt har en sammensatt finansiering. Inntektene kommer fra kjøperne av tjenestene. Univer-

sitetet i Oslo tar 40% av de eksterne inntektene til dekning av administrative kostnader, så som lokalleie, strøm, utstyr, mv. Virksomheten foregår i regi av Universitetet i Oslo, av universitetsansatt personale. Instituttets kostnader med den rettsgenetiske virksomheten fordeler seg omtrent likelig mellom farskapssaker og straffesaker. Virksomhetens kostnader var i 1999 ca. kr 14 millioner. En arbeidsgruppe ved Rettsmedisinsk institutt har i 2000 beregnet at de totale kostnadene for instituttets rettsgenetiske tjenester i 2000 er ca. kr 17 millioner, fordelt med kr 10 millioner på sporseksjonen og kr 7 millioner på farskapsseksjonen.

Rettsmedisinsk institutt har helt siden opprettelsen i 1938 drevet med *farskapssaker*. Ved opprettelsen av instituttet finansierte Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet et professorat og Justisdepartementet en stilling som vitenskapelig assistent. Forutsetningen var at instituttet i tillegg til forskning og undervisning skulle utføre tjenester for samfunnet i form av rettsmedisinske likundersøkelser og farskapsanalyser. På dette tidspunktet hørte også farskapssaker under Justisdepartementet. Etter det utvalget forstår, overførte Justisdepartementet forlods midler ("farskapsannuum") til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet for at instituttet skulle foreta analyser i farskapssaker. I årene etter har Rettsmedisinsk institutt årlig fått overført midler fra universitetet til utførelse av farskapsanalysene. I årene 1997–1999 var det årlige beløpet kr 1 250 000,–, men bare kr 300 000,– i 2000.

Fra 1990 ble ansvaret for farskapssakene overført fra Justisdepartementet til Barne- og familiedepartementet. Fra da har instituttet mottatt årlige overføringer fra Barne- og familiedepartementet for offentlig rekvirerte analyser i farskapssaker. Om lag 15–20% av analysene rekvireres av domstolene og ca. 60% av trygdeetaten. Overføringene var kr 4,6 millioner i 1998, og kr 5,0 millioner i både 1999 og 2000. I tillegg skjer om lag 15–20% av farskapsanalysene på oppdrag fra private, som selv dekker kostnadene fullt ut.

Straffesakene utredes økonomisk ved volumavhengig delbevilgning fra Justisdepartementet, fakturering av rekvirenten (politidistriktene) og ved "interne" ressurser ved instituttet. Etter avtale med Justisdepartementet skal halvparten av seksjonens kostnader med sakene (inkludert forsknings- og utviklingskostnader) dekkes av departementet sentralt, og resten av det politidistrikt som kjøper tjenesten. Instituttet budsjetterer utfra forventet antall prøver i budsjettåret, og søker utfra dette bevilgning på halvparten av kostnadene fra Justisdepartementet. Prisen for rekvirenten fastsettes av instituttet utfra hvor stor bevilgningen sentralt er, slik at forventede kostnader dekkes. De sentrale bevilgningene fra Justisdepartementet var i 1997 kr 2,25 millioner, i 1998 kr 2,8 millioner og i både 1999 og 2000 kr 3 millioner. Innbetalingene fra politidistriktene var i 1998 kr 3,45 millioner, i 1999 kr 3,5 millioner og i 2000 kr 3,8 millioner (foreløpig tall).

8.4 Rettstoksikologi

8.4.1 Fagområdet rettstoksikologi

Rettstoksikologisk virksomhet i Norge drives i hovedsak ved Statens rettstoksikologiske institutt (SRI). Det samlede prøveantall instituttet mottar har i

flere år ligget nokså stabilt i underkant av 40 000 saker årlig. Primært er virksomheten knyttet til fem områder som gjelder enkeltindivider:

Politisaker, inkludert saker fra Forsvaret (Narko-Nord og Narko-Sør), med spørsmål om rusmiddel- og/eller medikamentpåvirkning hos bilførere, gjerningsmenn i draps-, volds- og voldtektssaker, voldsofre, m.m. I de senere år har saker med spørsmål om ulovlig bruk av narkotika (og ikke nødvendigvis påvirkning) blitt mer og mer vanlige. Antallet politisaker med spørsmål om alkohol har gått betydelig ned i løpet av de siste 10 årene, mens saker med spørsmål om andre stoffer har økt 4–5 ganger. Stortinget har vedtatt at alle blodprøver tatt ved mistanke om påvirket kjøring skal analyseres både med hensyn på alkohol og andre rusmidler (bred "screening"), uavhengig av politiets primærmistanke. Rutinen startet 1. oktober 1996. I 1998 var 45% av alle saker med mistanke om en eller annen form for påvirket kjøring positive på andre rusmidler enn alkohol. I ca. 80% av de innsendte prøvene ble det i 1998 påvist ett eller flere stoffer. Antall saker økte sterkt fra i overkant av 1 600 i 1996 til over 3 000 i 1998.

Obduksjonssaker utgjør fortsatt et viktig område. Selv om dette dreier seg om relativt få saker pr. år (ca. 2 000) vil mange av disse være svært krevende, både analysemessig og fortolkningsmessig. Analysene må ofte gjøres på sjeldne stoffer hvor det i visse tilfeller må etableres nye metoder for å kunne besvare saken. Analysene utføres vanligvis i blod fra lårvev eller hjerte, men også i urin, øyeveske, mageinnhold, muskulatur og annet vev. I flere enkelt-saker er det blitt utviklet en nært samarbeid med de obduserende rettsmedisinere, patologer og nevropatologer, med styrking av sakens opplysninger. Dette samarbeidet vil kunne utbygges ytterligere i årene som kommer, til gjensidig nytte for de involverte fagområder.

Kriminalomsorgssaker. Siden 1984 har ca. 20 000 kontroller med rusmiddelbruk av innsatte i norske fengsler blitt foretatt årlig. I hovedsak er det urinprøver som analyseres, og det ble i 1997 og 1998 påvist ett eller flere stoff i 14% av prøvene. En utvidelse av denne virksomheten forventes i årene som kommer som følge av Justisdepartementets handlingsplan med hensyn til å begrense narkotikabruken i norske fengsler.

Yrkeslivssaker. Rusmiddelkontrollen av arbeidstakere ved hjelp av urinprøver er blitt etablert i norske rederier, petroleumsrelaterte bedrifter og en del andre virksomheter. Resultatene kan ha store konsekvenser for prøvegiver. Tross tilbakeholdenhet i Norge til denne type virksomhet, peker tendensen i retning av en utvidelse av slike kontrollprogrammer. I 1998 ble om lag 2 700 saker behandlet.

Sosialmedisinske saker. Sosialkontor, barnevernsinstitusjoner m.fl. har i stigende grad tatt i bruk urinprøver til rusmiddelkontroll i forbindelse med saker der foreldrerett, omsorgsrett, tvangsbehandling og andre sanksjonerte tiltak vurderes. Denne type kontrollvirksomhet synes å øke. Andelen av saker hvor det påvises stoff har økt fra 17% i 1995 til 29% i 1998.

Analysen av biologiske prøver med hensyn til alkoholer, gifter og medikamenter dominerte bildet de første årene ved SRI. Etter hvert har rusmiddelanalyser kommet til i stigende grad, og funn av illegale rusmidler, alkohol og medikamenter med ruspotensiale utgjør nå den helt dominerende andel av de totale analysefunn som gjøres. For tiden synes påvisning av amfetamin og

heroin å være det som øker mest. Et annet dominerende trekk er at det oftere enn før påvises flere forskjellige rusmidler i prøver fra én og samme person, innen alle virksomhetsområdene. Det er å vente at denne tendensen vil fortsette, foruten at nye stoff, som for eksempel GHB (gamma-hydroksy-buryat) og f.eks. nye ecstasyvarianter, vil gjøre sitt inntog.

Blod og urin vil etter alt og dømme fortsatt være det viktigste analysemateriale, mens det også vil bli tatt i bruk analyser av spytt (veikantkontroll med tanke på andre rusmidler enn alkohol), foruten at håranalyser vil bli vurdert. Innen håranalyser har man hittil innen rettstoksikologien vært noe tilbakeholdne på grunn av faren for ekstern forurensning av hårprøvene, samt andre tolkningsproblemer.

Tidligere konsentrerte man virksomheten om stoffpåvisning og konsentrasjonsbestemmelse. Etter hvert har også dokumentering av korrekt og hensiktsmessig håndtering av prøvene ("chain of custody") før, under og etter analysene, blitt en viktig rettstoksikologisk oppgave, se pkt. 9.4. Det er i stigende grad ønske fra politi og rettsvesen om å reanalysere lagrede prøver med tanke på andre stoffer enn de primært rekvirerte, eventuelt med tanke på bekreftende analyse. Tolkning av analysesvar (med unntak av alkohol) og vurdering av medisinske konsekvenser av medikamenter, gifter og rusmidler er en viktig funksjon som skal sikre at rekvirentens forståelse av analyseresultatene er korrekt. Økende fortolkningskrav vil komme, særlig når tjenestene rekvireres av stadig flere grupper som ikke har medisinsk kompetanse. I stigende grad er det blitt stilt krav til fortolkning, først og fremst i veitrafikksaker, overfor politi og domstoler. Det har i slike saker også vært nødvendig i stadig flere tilfeller å utarbeide mer komplekse sakkyndige uttalelser, der sammenheng mellom medikament-/rusmiddelkonsentrasjon og påvirkningsgrad vurderes. Denne virksomheten må også sees i lys av fremveksten av klinisk farmakologi som legespesialitet i Norge. Denne spesialiteten ble etablert i 1989, og har som ett av sine viktigste arbeidsområder å vurdere medikamentkonsentrasjon i blod og plasma. Det ligger i denne spesialitetens virkeområde at den vil få stigende betydning for tolkninger i andre områder av rettstoksikologien, som i obduksjonstilfelle, samt urinprøvebaserte kontrollopplegg, med mer.

Rettstoksikologien har i løpet av de siste 15–20 årene intensivert forskningen innen feltet som omfatter rusmidlenes virkninger og skjebne i organismen, rusmidlenes forekomst i samfunnet (særlig knyttet til veitrafikksaker) og utviklingen av forbedrede og nye metoder til rasjonell og sikker bestemmelse av medikamenter, rusmidler og gifter.

8.4.2 Organisering og finansiering

8.4.2.1 Institusjoner og personell

Statens rettstoksikologiske institutt er et selvstendig nasjonalt institutt, organisert som en ytre etat under Sosial- og helsedepartementet. Statens rettstoksikologiske institutt har – som en av sine primæroppgaver – et nasjonalt ansvar for analyse av rusmidler, medikamenter og gifter i prøver fra personer hvor analysesvaret kan få strafferettslige konsekvenser. Instituttet utøver også kvalitetskontroll av 36 andre analyselaboratorier i Norge (som alle har et mer begrenset analysetilbud enn SRI). Analyseresultatene fortolkes for

rekvirentene, og det avgis sakkyndige uttalelser til rettsvesen og påtalemyndighet i rettstoksikologiske spørsmål.

Høsten 1966 ble Statens laboratorium for blodalkoholanalyser opprettet, og lagt under Justisdepartementet. Fra 1. juli 1967 ble det overført til Sosialdepartementet, som fant å burde få en vurdering av laboratoriets virksomhet. Under navnet Statens rettstoksikologiske institutt begynte dette i 1969. I 1969 hadde instituttet 11 ansatte, i 1999 er det ca. 100 ansatte (ca. 85 årsverk). Instituttet har stillinger for én avdelingsoverlege, tre overleger, seks underordnede leger, 12 forskere, ca. 40 ingeniører, ca. 20 teknisk laboratoriepersonell og ca. 18 stillinger av andre kategorier.

Sakkyndigarbeid fra ansatte ved SRI ble tidligere utført av den enkelte sakkyndige som privatperson. Praksis er fra 1998 lagt om, slik at SRI nå er ansvarlig for sakkyndigvirksomheten, og fakturerer politidistriktene/domstolene i saker der SRI's ansatte utfører sakkyndigarbeid. SRI utbetaler særskilt godtgjørelse til den sakkyndige for oppdragene. For 1999 er det beregnet at SRI-ansatte vil utarbeide ca. 1 800 større sakkyndigerklæringer for straffesaker.

8.4.2.2 Finansiering

SRI har et årsbudsjett på ca. 75 millioner kroner, og virksomheten finansieres i det vesentlige ved en rammebevilgning fra Sosial- og helsedepartementet, som i 1999 var på kr 56,6 millioner. Justisdepartementet yter ca. 15 millioner og andre brukere ca. 5 millioner. Rammebevilgningen fra Sosial- og helsedepartementet dekker alle saker fra politiet med spørsmål om påvirkning av alkohol og 7 250 saker pr. år med spørsmål om påvirkning eller bruk av andre rusmidler enn alkohol. Antall rammefinansierte oppdrag ble fastsatt i 1995–96 av Sosial- og helsedepartementet og Justisdepartementet og var ment å dekke behovet for slike tjenester. Oppdrag fra politiet ut over disse 7 250 sakene var tidligere finansiert av Justisdepartementet, men det økonomiske ansvaret er nå delegert til politidistriktene. De siste årene har imidlertid antallet oppdrag langt oversteget antallet som lå til grunn for rammen, noe som har ført til betydelige overføringer direkte fra Justisdepartementet til SRI. I 1999 var det budsjettet med totalt ca. 11 000 påvirknings- og brukersaker, og Justisdepartementet finansierte kr 6,4 millioner av totalkostnadene på kr 8,8 millioner for det antall saker som oversteg 7 250. Differansen ble etter avtale mellom Sosial- og helsedepartementet og Justisdepartementet, i forbindelse med omlegging av finansieringssystemet, dekket av SRI. Analyser av ca. 1 800–1 900 obduksjonssaker (kostnad pr. sak ca. kr 4 000,–) og 20 000 kriminalomsorgssaker dekkes av rammebevilgningen fra Sosial- og helsedepartementet. Yrkeslivsaker og sosialmedisinske saker er fullfinansiert av rekvirentene.

SRI fakturerer kr 2 950,– pr. erklæring, men benytter ¹/₄ og ¹/₂ sats ved mindre oppdrag og høyere sats ved meget omfattende oppdrag. I 1998 ble det mellom Sosial- og helsedepartementet og Den norske lægeforening inngått en særavtale for overordnede leger ved SRI som utarbeider særlig sakkyndige uttalelser. Dersom arbeidet utføres på frivillig basis utenom ordinær arbeidstid, gis den sakkyndige en godtgjørelse i henhold til salærforskriften for et tidsbruk tilsvarende 3,5 timer pr. uttalelse. Antas saken på forhånd å bli mer omfattende enn 8 timer, kan det avtales at tidsforbruk utover 8 timer skal betales med en timepris i henhold til salærforskriften. Siden 1998 utbetaler

SRI særskilt godtgjørelse til den sakkyndige for oppdragene, dersom disse utføres utenfor ordinær arbeidstid. Tidligere måtte den sakkyndige selv sørge for å få honorert arbeidet utenfor arbeidstid direkte fra oppdragsgiver.

8.5 Rettsantropologi

8.5.1 Fagområdet rettsantropologi

Mens de antropologiske tjenester ved Anatomisk institutt, Universitetet i Oslo, helt siden midten av 1800-tallet konsentrerte seg om samarbeidet med arkeologene, har kontakten med politiet gradvis overtatt arkeologenes tidligere dominans i løpet av de siste 15 årene. Samarbeidet med politiet gjaldt i begynnelsen identifisering av brente benrester. Temaet er man ved instituttet også opptatt av å studere vitenskapelig. Årlig utføres nå ca. 5–10 oppdrag av ulik rettsantropologisk art.

I løpet av de senere år har rekonstruksjon av ansikter på basis av skjelettfunn eller av lik der ansiktstrekkene umuliggjør identifikasjonen, blitt utført ved avdelingen. Denne teknikken har i løpet av de senere år blitt forbedret, samtidig som nye plaststoffer har kommet på markedet og gjort formingen av ansiktene lettere og bedre. Identifisering på basis av slike modeller forutsetter samarbeid også med presse og fjernsyn.

Mens det fortsatt er behov for identifikasjon av både brent og ubrent humanmateriale, samt identifisering av "ukjente" benrester, på anatomisk/antropologisk basis, er antropologiske analyser av ransbilder og -videoer kommet mer og mer i forgrunnen. Antropologisk avdeling ved Anatomisk institutt disponerer i dag et avansert datautstyr som muliggjør identifikasjon ved hjelp av superimposisjonsteknikk, der et scannet bilde av raneren eller den savnede blir lagt transparent over et ransvideobilde eller et videostyrt bilde av en funnet hodeskalle, og en formmessig samhörighet derved kan bekreftes eller utelukkes. I tillegg utføres billedbehandling av fotos og videos som bidrar til å bedre billedkvaliteten og dermed lette identifiseringen. Behovet for slike tjenester vil trolig øke i betydelig grad i fremtiden, samtidig som datautviklingen gir ytterligere muligheter til slike analyser i årene som kommer.

8.5.2 Organisering og finansiering

8.5.2.1 Institusjoner og personell

Det er ingen sentral instans som har et formelt ansvar for den samlede rettsantropologiske virksomheten i Norge. I praksis er det likevel utelukkende Antropologisk avdeling, Anatomisk institutt, Universitetet i Oslo som utfører slike tjenester. Rettsantropologi er et av instituttets spesialfelt, og instituttet har det faglige ansvaret for tjenesten på linje med den øvrige virksomheten.

Avdelingen har bare én fast ansatt lege som tar rettsantropologiske oppdrag, en anatom med doktorgrad i undersøkelse av brente benrester. I tillegg har stipendiater i arkeologi og medisinstudenter medvirket i noen oppdrag.

8.5.2.2 Finansiering

All rettsantropologisk virksomhet skjer innenfor universitetets budsjett. Det foreligger imidlertid ikke sikre opplysninger om hvor mye tjenestene koster.

For rekvirenten er tjenesten i utgangspunktet gratis, med unntak av eventuell overtidsgodtgjørelse til den sakkyndige og dekning av eventuelle reiseutgifter.

8.6 Rettsodontologi

8.6.1 Fagområdet rettsodontologi

Rettsodontologi er en liten del av rettsmedisinen som behandler tenner og munnhule i en rettslig sammenheng. De fleste oppdrag har med identifisering å gjøre, men det er også noen få tilfeller med tannskader og tannspor. I tillegg kan undersøkelser av tennene hjelpe til ved vurdering av alderen både hos levende og døde individer.

Fordelen ved å bruke tenner i identifiseringsarbeid, er knyttet til tennenes bestandighet, deres individuelle trekk, og det viktige forhold at tennenes individualitet er dokumentert i tannlegens skrevne journaler, i røntgenmateriale i journalen, og andre opplysninger som samles i forbindelse med en tannbehandling.

Det har ikke skjedd radikale forandringer innen rettsodontologien de siste 20 år, men likevel er det ganske store forandringer å se på flere områder.

Innen identifisering er det utarbeidet nye skjemaer fra Interpol, hvor Norge har vært representert i den arbeidsgruppen som har hatt ansvar for dette. Man har i Norge også fått uteksperimentert et hierarkisk kodesystem for tannopplysninger som er spesiallaget for datamaskiner. Dette benyttes spesielt ved Saknetregisteret ved Kriminalpolitisen hvor man i 1985 startet med å legge inn alle data, inklusive tannopplysninger, på datamaskin. Dette medfører at hele tannlegejournalen først innhentes fra tannlegen og ikke slik som før at kun tannlegens navn ble registrert. Tidligere var det ofte umulig å skaffe den savnedes journal dersom han ble funnet igjen etter en del år. Det har også i perioden kommet forskrifter for tannlegers journaler, og man arbeider nå iherdig med kvalitetssikringssystemer for tannleger hvor journalen har prioritet. Gradvis fører dette til heving av standarden på tannlegers journaler. Spesielt har innføring av data ved mange tannlegekontor betydd bedre og fremfor alt lettere lesbare journaler.

Yngre mennesker i dag har mindre tannrøte enn før og følgelig færre eller sågar ingen fyllinger. Dette gjør at verdien av sammenligning av fyllinger avtar. I fremtiden må man i langt større grad sette sin lit til røntgen og røntgensammenligninger, som også kan basere seg på anatomiske detaljer i tenner og kjevebein. Man regner derfor med at rettsodontologien i fremtiden kan være til like stor nytte ved identifisering, siden tannleger nok vil komme til å ta røntgenbilder av sine pasienter. I fremtiden antas at tannleger ikke lenger vil håndtere fysiske røntgenbilder, men at opptakene går inn i en datamaskin og kan fremkalles på dataskjermen. De vil imidlertid eventuelt kunne skrives ut. Et problem er at to røntgenbilder vanskelig kan tas i samme projeksjon og det vanskeliggjør sammenligning. I fremtiden kan man anta at rettsodontologen ved undersøkelser av lik direkte legger inn sine funn og røntgenbilder på datamaskin som han har med seg ved obduksjonsbordet.

Når det gjelder tannspor- og tannskadeundersøkelser, har ikke fagutviklingen vært så stor de siste 15–20 år. Teknikkene er her fortsatt manuelle. I fremtiden forventes datateknologi å kunne gi forbedringer og mer objektive metoder. Ved tannspor vil tredimensjonale bilder av spor og mistenktes tenner kunne roteres og projiseres over hverandre slik at tilpasningen kan sammenlignes mer objektivt. Når det gjelder tannskader, forventes computermodeller i større grad å kunne avklare hvor traumet har rammet, med hvilken styrke og retning.

Størst forandring de siste 20 år har skjedd innen aldersvurderinger, og en helt ny type saker er vurdering av levende individer hvor alderen er usikker. Fortsatt må man basere seg delvis på subjektiv vurdering av alderen, men det er i Norge utviklet nye statistiske metoder som mer objektivt kan bidra til å beregne alderen hos et individ. Alderen kan således beregnes med større sikkerhet enn før, spesielt hos voksne.

Det bidrag rettsodontologer kan gi i saker der det er uenighet om alderen antas å bli stadig bedre kjent. Siden enkelte metoder er basert på røntgenbilder, antas stereoskopiske bilder, som kan dreies til ønsket posisjon for målinger, å kunne forbedre teknikken ytterligere. Videre kan kanskje volummål i stedet for lengdemål gi enda riktigere resultater av aldersberegningene.

8.6.2 Organisering og finansiering

8.6.2.1 Institusjoner og personell

Det er ingen sentral instans som har oversikt over eller ansvar for den samlede rettsodontologiske virksomheten i Norge. I praksis er det imidlertid de odontologiske institutter ved Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen som forestår oppdragene. Rettsodontologene ved Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen avga i 1997 til sammen 103 sakkyndige erklæringer. I tillegg avgir vanlige tannleger en rekke uttalelser i voldssaker på samme måte som vanlige leger, jf. pkt. 8.7.1.3. Utvalget har ingen oversikt over omfanget av disse uttalelsene.

Rettsodontologisk bistand til politiet for identifisering under etterforskning er organisert gjennom Identifiseringsgruppen ved Kriminalpolitisen (Kripo). Gruppens ansvar er å fastslå identiteten når flere mennesker samtidig er omkommet ved katastrofer, og når ukjent lik eller rester av ukjent lik blir funnet.

Gruppen ble opprettet ved kgl.res. 25. april 1975. Medlemmene oppnevnes av Justisdepartementet for tre år av gangen. Gruppen ledes av en polititjenestemann ved Kripo, og består for øvrig av en kriminaltekniker, fem rettsmedisinere og fem rettsodontologer. De rettsmedisinske og rettsodontologiske medlemmene foreslås av Rettsmedisinsk institutt, Det medisinske fakultet og Avdeling for patologi og rettsodontologi, Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo. De rettsodontologiske og rettsmedisinske medlemmene er i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Nærmere retningslinjer for gruppens arbeid er gitt av Riksadvokaten i rundskriv av 10. mai 1975 og av Kripo i rundskriv nr. 10 av 1. mai 1995.

Det stilles ingen formelle krav til kvalifikasjoner for å utøve rettsodontologi i Norge. I praksis brukes i hovedsak vitenskapelig ansatte ved avdeling for patologi og rettsodontologi ved de odontologiske fakultet ved Universitetet

i Oslo og Universitetet i Bergen. I andre områder av landet brukes tannleger i Trondheim og Tromsø som er knyttet til Identifiseringsgruppen. Som faste rettsmedisinsk sakkyndige etter strpl. § 140 anses de som Justisdepartementet oppnevner etter innstilling fra DRK. Bare tre personer er av DRK oppnevnt som faste rettsodontologer.

Det overordnede faglige ansvaret for rettsodontologiske tjenester utført av tannleger i Identifiseringsgruppen, har Avdeling for patologi og rettsodontologi, Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo. Avdelingen foreslår blant annet medlemmer til Identifiseringsgruppen, og en stilling ved avdelingen er tillagt et spesielt ansvar for å bistå politiet i praktiske saker. Avdelingsleder medunderskriver dessuten alle rapporter fra Identifiseringsgruppens tannleger.

Rettsodontologiske oppdrag som ikke utføres i Identifiseringsgruppens regi, har den enkelte tannlege selv det faglige ansvaret for.

8.6.2.2 Finansiering

Rettsodontologiske tjenester finansieres i utgangspunktet ved honorar fra politiet etter reglene i salærinstruksen. For tannleger utenfor universitetene, må kostnadene ved tjenestene i sin helhet dekkes av honoraret.

For de vitenskapelig ansatte ved universitetene i Oslo og Bergen dekker universitetene kontorholdsutgifter og utstyr i forbindelse med rettsodontologiske tjenester de utfører. Det foreligger ikke beregninger av de reelle kostnadene ved disse tjenestene. Kostnader til f.eks. tannavtrykk og fotomateriell dekkes ikke av Universitetet i Oslo, men dette er forholdsvis små utgifter. Utrykningsutstyr til og kostnader i forbindelse med ID-gruppens arbeid (bl.a. røntgenutstyr) dekkes av Kripas.

Honorar til privatpraktiserende tannleger som deltar i tjenesten utbetales deres tannlegepraksis. De vitenskapelig ansatte kan velge å ta oppdragene som privatpersoner, og få utbetalt honorar direkte fra politiet, eller ta oppdragene på vegne av fakultetet, som så mottar honoraret. Ved universitetene utføres det praktiske arbeidet som regel av to tannleger, men det faktureres bare for den ene. For den andre anses dette som opplæring.

8.7 Klinisk rettsmedisin

8.7.1 Fagområdet klinisk rettsmedisin

I Norge har klinisk medisinsk undersøkelse i forbindelse med mishandling og overgrep av så vel barn som voksne i hovedsak vært utført av kliniske fagmiljøer som allerede behandler barn og voksne. I forbindelse med undersøkelse av barn er det i hovedsak barneavdelingene ved sykehusene som har vært involvert i slike undersøkelser. Undersøkelsene av voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep skjer enten ved legevakt eller gynekologisk avdeling på sykehus. De fleste fylker har et voldtektsmottak, men tilbudet varierer svært i forhold til organisering og kvalitet. Voldsutsatte undersøkes ved vanlig legekontor, legevakt eller sykehus. Bortsett fra ved Oslo legevakt, finnes ikke organiserte voldsmottak.

8.7.1.1 Mishandling og misbruk av barn

Barnemishandling ble for alvor satt på dagsorden på 60-tallet. Det er imidlertid undersøkelse av seksuelt misbrukte barn som først og fremst har satt fart i utviklingen av klinisk rettsmedisin som et særskilt område. Slike undersøkelser har i hovedsak gått ut på å inspisere anogenitalområdet for om mulig å påvise fysiske skader som følge av overgrep, samt eventuelt sporsikring i forbindelse med overgrep. Undersøkelsene har i hovedsak foregått ved at barn ved mistanke om seksuelt overgrep har blitt brakt til en lokal barneavdeling, der det har vært gjennomført en vanlig kroppsundersøkelse med særskilt vekt på undersøkelse av anogenitalområdet. I korthet har undersøkelsene dreid som om sporsikring, samt eventuelt behandling av skader.

På slutten av 80-tallet pågikk det en diskusjon om hvorvidt slike undersøkelser skulle utføres av barneleger eller gynekologer. Det ble enighet mellom de to fagmiljøene om at det var mest naturlig at barnelegene foretok disse undersøkelsene, siden de fra før av hadde særskilt kompetanse i undersøkelse av barn og håndtering av deres familie. I tillegg hadde man et veletablert nettverk med de aktuelle hjelpeinstansene som vil være aktuelle i oppfølging av seksuelt misbrukte barn. Det første mottak spesielt for seksuelt misbrukte barn åpnet i 1986 ved Aker sykehus. Barnemottakene ved regionsykehusene har siden utviklet sitt eget nettverk med kontakt til rettsmedisinske miljøer i Oslo og Danmark.

8.7.1.2 Voldtektsofre

Frem til midten av 1980-tallet foregikk rettsmedisinske undersøkelser av voldtatte ved at politiet bragte den voldtatte til gynekolog, som undersøkte pasienten gynekologisk og sikret et utstryk til undersøkelse med hensyn på påvisning av sperm. Det var ingen koordinering av andre behandlingstiltak rundt pasientene.

I 1986 åpnet Oslo legevakt landets første voldtektsmottak. Essensen i dette tiltaket var å gi et helhetlig tilbud til pasientene, alt på ett sted, uavhengig av anmeldelse:

- sporsikring etter anbefalte retningslinjer for rettsmedisinsk undersøkelse
- medisinsk behandling
- psykisk hjelp

Mottaket har samarbeidet nært med rettsmedisinske institutter i Oslo, Danmark og London for å sikre at retningslinjer og rutiner vedrørende de rettsmedisinske undersøkelsene er oppdaterte. Dessuten har mottaket i samarbeid med Oslo politikammer, Justisdepartementet og Rettsmedisinsk institutt i Oslo utviklet journal og sporsikringsutstyr som brukes i hele landet.

Tilsvarende mottak er etablert mange steder i landet, dels ved legevakter, dels ved sykehus (gynekologiske avdelinger). Det finnes nå tilnærmet ett mottak pr. fylke, men med svært ujevn kvalitet og innhold, da rammevilkårene, koordinering og organisering er svært forskjellige. Oslo-mottaket har de siste årene hatt en markert økning i antall henvendelser, fra ca. 150 i 1997 til ca. 200 i 1999. Omlag halvparten av sakene fra Oslo-mottaket fører til anmeldelse.

8.7.1.3 Voldsskadede

Voldsskadede som kontakter politiet kan ha vært hos lege for behandling, eller politiet bringer vedkommende til lege. Journal skrevet i behandlingssøyemed blir oversendt politiet som den er, eller den danner grunnlag for legeerklæring i straffesak. Ofte blir disse erklæringene meget knappe og det brukes medisinske uttrykk som kan mistolkes i retten.

Ved Oslo legevakt har de voldsskadede siden 1992 fått et lignende tilbud som voldtekts ofre, men ikke like systematisk. Journalene er fortsatt mest rettet mot behandling, men med mer skadedokumentasjon enn før og skadene fotograferes i større grad. Antall voldsskadede er høyt, ca. 2 500 årlig, og det skrives årlig ca. 400 legeerklæringer for politiet.

Melderutiner og koordinering er uklare i forhold til de alvorlige voldssakene med sykehusinnleggelse. Dette fører til sen varsling av politiet og dårlig samarbeid om bevissikring.

8.7.2 Organisering og finansiering

8.7.2.1 Institusjoner og personell

Det er ingen sentral instans som har oversikt over eller ansvar for den samlede kliniske rettsmedisinske virksomhet i Norge. Virksomheten utføres primært dels i lokalsamfunnene, dels ved sentralsykehusene, som en del av det ordinære helsevesen – og i konkurranse med andre oppgaver dette har.

Ved de fleste institusjoner møter pasientene i akuttfasen sykepleiere og leger med andre hovedfunksjoner (allmennleger, gynekologer, kirurger, øre-, nese-, halsleger, m.m.). De færreste steder har avsatt spesielt personell til de kliniske rettsmedisinske tjenestene. Utvalget er ikke kjent med at det foreligger beregninger på hvor mange årverk som går med til å undersøke og behandle volds- og overgrepsoffer, og dette vil også være svært vanskelig å beregne.

Ved Oslo legevakt fikk man en legestilling og to sykepleierstillinger ekstra da voldtektsmottaket startet. Nå brukes det en overlegestilling på voldtektsmottaket og en halv på voldsmottaket, i tillegg til de lege- og sykepleieresurser det kreves for selve undersøkelsen og behandlingen i akuttfasen. På voldtektsmottaket i Oslo utføres alle undersøkelser på dagtid av ansvarlig overlege eller dennes stedfortreder. Ellers er det legevaktens ordinære leger som utfører undersøkelsene. Sosialkonsulentene deltar ikke i selve det rettsmedisinske arbeidet, men ved sin rådgivning og ivaretagelse av pasientene avlastar de legene betydelig. Der hvor man ikke har slike muligheter, må nødvendigvis helsearbeiderne også ivareta den delen.

Tilbudet for utsatte for seksuelle overgrep ved Bergen legevakt koordineres av en heltidsansatt psykiatrisk sykepleier, som også deltar i oppfølgingen av pasientene. De rettsmedisinske undersøkelsene utføres i Bergen av legevaktens faste leger og sykepleiere.

Det varierer hvor klart ansvaret for det rettsmedisinske arbeidet er plassert. I Oslo har Ullevål sykehus som ansvarlig for legevakten tatt et klart valg: alle legeerklæringer skrives i sykehusets navn, sakkyndighonorarene tilfaller sykehuset og sykehuset påtar seg ansvaret for de erklæringer som avgis. Legevakten har derfor satt av ressurser til kvalitetssikring av erklæringene.

Også ved mottaket i Bergen er tjenesten en integrert del av legevaktens tilbud og ansvarsområde.

Alle landets barneavdelinger (dvs. ved region- og sentralsykehusene) skal kunne håndtere overgrepssaker. Realiteten er at flere ikke kan det. Da henvises gjerne pasienten til regionsykehusene. Ved de sykehusene som håndterer overgrepssaker er det stort sett erfarne barneleger (spesialister) som behandler sakene, assistert av erfarne sykepleiere med eller uten formell spesialutdannelse innen psykiatrisk eller pediatrik sykepleie. Ansvarlig for tjenesten er institusjonen ved avdelingsoverlegen.

8.7.2.2 Finansiering

De rettsmedisinske tjenestene ved mottakene i Oslo og Bergen er integrert i legevaktens ordinære virksomhet og det er uklart hvor store kostnader virksomheten krever. Det er anslått at den enkelte undersøkelse krever 2–3 legetimer og 2–3 sykepleiertimer.

Mottaket ved Bergen legevakt har et årlig budsjett på ca. kr 500 000, som dekker koordinatorstilling og drift av mottaket. Man får ikke spesielt statstilskudd for å drive den delen av arbeidet som angår det rettsmedisinske. I Oslo har man en lokal avtale med trygdekontorene om at legevakten fakturerer trygdeetaten kr 900,- for hver fulle rettsmedisinske undersøkelse som gjennomføres. Dette dekker en del av utgiftene til det rettsmedisinske arbeidet og de rettsmedisinske kontrollene, men tjenesten er underpriset. Mottaket i Bergen får refusjon fra trygdeetaten på til sammen kr 389,- pr. rettsmedisinsk undersøkelse. Dette inkluderer kr 204,- for konsultasjonen og kr 185,- slik at pasienten slipper å betale egenandel. I saker som politianmeldes, fakturerer legevaktene i tillegg politiet for den rettsmedisinske undersøkelsen etter salærforskriften. Satsene for sakkyndig undersøkelse i voldtektstilfelle/ved seksuelle overgrep er kr 1 750,- for undersøkelser foretatt hverdager i tidsrommet kl. 07.00–20.00, og kr 3 025,- utenom dette, jf. Justisdepartementets rundskriv G-114/00 (satser fra 1. januar 2001). Der politiet spesifikt ber om tilleggserklæring, faktureres også for denne, men ellers faktureres det ikke for tilleggserklæringer. De erklæringer som bistandsadvokat ber om i forbindelse med eventuelt erstatningssøksmål, faktureres det ikke for. Bakgrunnen er at pasienten ikke skal risikere å bli belastet dette.

Generelt er det ingen samordning mellom de ulike mottakene om hvordan faktura til trygdeetaten skal beregnes. Noen bruker tidstakst fra Normaltariffen mellom Legeforeningen og staten, mens andre bruker salærforskriften.

8.8 Rettspsykiatri

8.8.1 Fagområdet rettspsykiatri

Kjernen i den rettspsykiatriske virksomhet i straffesaker er rettspsykiatriske undersøkelser av personer siktet for straffbare handlinger. Formålet med undersøkelsen er å gi retten et råd om hvorvidt siktede var strafferettslig tilregnelig i gjerningsøyeblikket, jf. strl. § 44, eventuelt om siktede oppfyller kriteriene for strafferettslig særreaksjon (sikring), jf. strl. §§ 39 – 39 b. Var siktede utilregnelig, er handlingen ikke straffbar. Særreaksjonene er imidlertid

ikke formelt straff, og kan derfor benyttes overfor utilregnelige lovbrøyttere. Overfor tilregnelige lovbrøyttere kan særreaksjoner ilegges i tillegg til straff.

8.8.1.1 Foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse av siktede i straffesaker, strpl. § 165 tredje ledd

Dersom påtalemyndigheten eller retten er i tvil om rettspsykiatrisk undersøkelse er nødvendig, kan den beslutte å innhente en foreløpig vurdering til veiledning om dette, jf. strpl. § 165 tredje ledd. En slik undersøkelse kalles en foreløpig/prejudisiell rettspsykiatrisk eller primærpsykiatrisk undersøkelse. Utvalget vil i det følgende bruke betegnelsen foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse om dette. Dersom den foreløpige undersøkelsen gjør det sannsynlig at siktede var sinnssyk eller bevisstløs i gjerningsøyeblikket, vil det – i mindre alvorlige forhold – kunne være aktuelt å henlegge saken. Er det tvil om siktetes tilregnelighet, kan den foreløpige erklæringen medføre at påtalemyndigheten begjærer forhørsrettens beslutning om å gjennomføre en fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse, jf. strpl. § 165 første ledd. Konkluderer den foreløpige erklæringen med at det ikke er tvil om siktetes tilregnelighet, behøver ofte ikke siktetes psykiske tilstand utredes nærmere. Det vil i en del tilfeller likevel bli begjært full rettspsykiatrisk undersøkelse, enten for å utrede hvorvidt det bør nedlegges påstand om strafferettslig særreaksjon (sikring) eller i enkelte tilfeller for å belyse særtrekk ved observanden som kan ha betydning for straffeutmålingen.

Omfanget og kvaliteten på foreløpige undersøkelser varierer. I enkelte saker legges det mye arbeid i slike undersøkelser. Den sakkyndige går gjennom alle politidokumentene, undersøker vedkommende person og innhenter diverse opplysninger. På den måten kan de foreløpige undersøkelsene fremstå som “små rettspsykiatriske erklæringer”, noe som er vanlig i mange land. Riktignok kan en foreløpig erklæring få store konsekvenser, men hensikten med disse erklæringene er en filtrering, ikke en fullstendig utredning. Erklæringen skal også foreligge så snart som mulig, og da bør den ikke være avhengig av innhentede opplysninger. Den rettsmedisinske kommisjon er opptatt av at disse undersøkelsene ikke blir brukt som om de var fullverdige rettspsykiatriske erklæringer, og da bør de heller ikke ved sitt innhold og omfang gi inntrykk av å være det, se Orientering fra Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe, nr. 3, juni 2000.

Det er betydelig variasjon mellom politidistriktene i bruken av foreløpige undersøkelser (se nærmere om dette i pkt. 8.9.3, [\(Link til Anslag fra politidistriktene over foreløpige og fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser foretatt i 1997\)](#) tabell 8.7). Både tilgjengelighet av ønsket ekspertise og oversiktighet over befolkningen antas å være av betydning.

8.8.1.2 Full rettspsykiatrisk undersøkelse av siktede i straffesaker, strpl. § 165 første ledd

Rettspsykiatriske undersøkelser skjer i dag etter beslutning av forhørsretten, eventuelt den dømmende rett. I henhold til strpl. § 165 første ledd kan det besluttes rettspsykiatrisk undersøkelse dersom “retten finner det nødvendig for avgjørelsen av saken”. Loven bruker begrepet “mentalobservasjon” om

disse undersøkelsene. Utvalget vil i det følgende bruke betegnelsen "rettspsykiatrisk undersøkelse".

Retten gir sjelden de sakkyndige et eksplisitt mandat, men vurderingen er underforstått å skulle konkludere med om strl. §§ 39, 44, 45, eller 56 kan komme til anvendelse. Det forventes derfor konklusjoner på følgende spørsmål om siktedes sinnstilstand:

- a) sinnssyk i gjerningsøyeblikket,
- b) sinnssyk på tidspunkt for observasjon,
- c) bevisstløs i gjerningsøyeblikket,
- d) sterkt nedsatt bevissthet i gjerningsøyeblikket,
- e) mangelfullt utviklede sjelsevner og
- f) varig svekkede sjelsevner.

Det finnes ikke regelverk for hvordan en rettspsykiatrisk undersøkelse skal gjennomføres og erklæring utarbeides. De fleste psykiatere følger imidlertid den praksis som er omtalt i Eitinger og Retterstøls lærebok *Rettspsykiatri*, Universitetsforlaget, Oslo, 4. utg., 1990. Erklæringene består oftest av en innledning, aktutdrag, referat fra det psykiatriske intervju og eventuelt innhentede opplysninger, sammendrag/vurdering, og konklusjon.

Bruken av rettspsykiatriske undersøkelser har variert gjennom tidene. Dette skyldes blant annet kriminalpolitiske trender, tilgangen til rettspsykiatere og kvaliteten på det generelle psykiatriske tilbudet i samfunnet. Det er også påvist betydelig geografisk variasjon i bruken av rettspsykiatriske undersøkelser. Det er usikkert hva dette skyldes. Undersøkelser utvalget har foretatt for året 1997 bekrefter at det var betydelige geografiske forskjeller, men gir ikke svar på årsakene, jf. pkt. 8.9.3 og pkt. 10.5.6.2.

8.8.1.3 Ny lovgivning om strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjonsregler

Ved lov 17. januar 1997 nr. 11 ble straffelovens regler om utilregnelighet og særreaksjoner endret. Departementets forslag til nye regler om særreaksjoner for psykisk utviklingshemmede ble imidlertid ikke vedtatt av Stortinget. Justisdepartementet har i Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) fremmet et nytt forslag til § 39 a om "tvungen omsorg", og om at de nye bestemmelsene skal tre i kraft 1. januar 2002.

Behovet for foreløpige rettspsykiatriske erklæringer vil i fremtiden trolig være stabilt eller øke noe. Antagelsen bygger blant annet på at voldskriminaliteten øker, at det er en økende bevissthet om rettssikkerhetsspørsmål og et økt behov ved ikrafttredelse av ny strl. § 56 bokstav c (se nedenfor). Kvaliteten må imidlertid trolig høynes, da straffelovens bestemmelser om særreaksjonene blir mer detaljert og påtalemyndigheten derfor trenger mer nyanseerte råd.

8.8.1.4 Strl. § 44 (utilregnelighet)

Vurderingskriteriene i den nye strl. § 44 er om siktede på handlingstiden var psykotisk, bevisstløs eller psykisk utviklingshemmet i høy grad. Formulerin-

gen erstatter dagens begreper “sinnsyk eller bevisstløs i gjerningsøyeblikket”.

I 1985 konkluderte 30 rettspsykiatriske undersøkelser med sinnsyk i gjerningsøyeblikket, i 1990 var det 52 og i 1995 var det 55. De bevisstløse har utgjort ca. 1 – 3 personer årlig. Et ukjent antall straffbare forhold sinnsyke begår (f.eks. trusler, slag, spark mv.) anmeldes i dag ikke. I tillegg henlegges mange forhold etter en foreløpig erklæring eller etter initiativ fra politiet. Der- som flere forhold blir anmeldt, eller færre henlegges, vil behovet for erk- læringer om forholdet til strl. § 44 øke.

8.8.1.5 Strl. § 39 (særreaksjoner)

Reaksjonene blir etter den nye loven kun aktuelle for enkelte alvorlige forbry- telser.

Ny strl. § 39 hjemler overføring til tvungent psykisk helsevern som sær- reaksjon for psykotiske som er frifunnet etter strl. § 44 og har begått kvalifis- erte alvorlige lovbrudd. I NOU 1990: 5 antas det at det er et lite antall psyko- tiske det vil være aktuelt å idømme særreaksjon. Særreaksjonen vil i utgang- spunktet overta for de som i dag idømmes sikring som utilregnelige. Dette var i 1985 21, i 1990 21 og i 1995 16 personer (jf. [\(Link til Antall erklæringer forelagt DRK 1985–99 med konklusjon utilregnelig \(sinnsyk eller bevisstløs i gjerningsøyeblikket\), sammenholdt med antall rene sikringsdommer avsagt.\)](#) fig. 10.1 inntatt i pkt. 10.5.6.2). Av de 16 rene sikringsdommene avsagt i 1995 vil fire på grunn av lovbruddets art falle utenfor muligheten for reaksjon etter strl. § 39.

Ny § 39 a gjelder som nevnt overføring til tvungen omsorg som særreak- sjon for psykisk utviklingshemmede. Hittil har knapt 1 – 2 psykisk utvikling- shemmede årlig blitt idømt sikring.

Ny § 39 c hjemler forvaring som særreaksjoner for tilregnelige. I 1999 var det 25 tilregnelige som ble idømt sikring. Se kap 10.5.6.2 fig 10.2.

Avgjørende for bruk av særreaksjonene er farlighetsvurderinger: “nær- liggende fare” eller “særlig nærliggende fare”. Rettspsykiatrisk sakkyndige i Norge har de siste tiårene i stor grad avslått å uttale seg om gjentakelsesfare, da de har ment at psykiatere ikke har særlig kompetanse for å vurdere dette. Etter Riksadvokatens rundskriv av 14. desember 1978 behøver ikke de sakkyndige å uttale seg om gjentakelsesfare. Flere forskningsmiljøer internas- jonalt mener at man nå har større kompetanse enn tidligere på slik risikovur- dering, men i Norge er det fortsatt generelt lite kompetanse på området.

8.8.1.6 Strl. § 56 bokstav c (nedsettelse av straff)

Under behandlingen av Ot.prp. nr. 87 (1993–94) vedtok Stortinget en loven- dring i strl. § 56 bokstav c, nemlig adgang til nedsatt straff for personer som på gjerningstiden var i en tilstand som grenset mot utilregnelighet. Bestem- melsen ble foreslått av Stortingets justiskomité, og var ikke foreslått i propo- sisjonen. Det er sannsynlig at bestemmelsen vil bli påberopt i mange tilfeller hvor siktedes handlingsmønster kan være preget av psykisk lidelse. Bestem- melsen åpner ikke for særreaksjon og påberopelse innebærer derfor ingen

risiko. Dette vil trolig skape økt etterspørsel etter psykiatriske vurderinger som kan gi nedsatt straffereaksjon.

8.8.1.7 Revurdering/overprøving av strafferettslige særreaksjoner

Sikringsdømte har krav på en sakkyndig vurdering av grunnlaget for sikringdommen hvert år. Dette skjer administrativt og erklæringene forelegges ikke DRK. Til enhver tid antas det å være ca. 300 under sikring i Norge. Revurderingene har store konsekvenser for den sikringsdømte, da det er en viktig premiss for den administrative myndigheten som vurderer valg av sikringsmidler, eventuelt at vilkårene for sikring ikke lenger foreligger. I tillegg danner revurderingene viktige grunnlagsdokumenter for påtalemyndigheten i spørsmålet om forlenget sikring skal begjæres. I så fall utarbeides det en ny rettspsykiatrisk erklæring som forelegges DRK.

Når de nye lovbestemmelsene om strafferettslige særreaksjoner trer i kraft, vil alle særreaksjonsdømte kunne kreve rettslig overprøving av dommen når en dom har vært rettskraftig i ett år, og alle saker skal rettslig overprøves hvert tredje år. Dette vil gjøre at antall sakkyndigutredninger for retten vil kunne øke vesentlig. Dette kommer i så fall i tillegg til den tendens DRK allerede har registrert med hensyn til økende antall, jf. pkt. 8.9.3.

8.8.1.8 Strpl. § 459 (soningsudyktighet)

Det finnes ingen nasjonal norm for soningsudyktighet, og begrepet er ikke objektivt medisinsk. Svært få leger kjenner til det juridiske grunnlaget for utsettelse av soning av medisinske årsaker. Det dreier seg om en vurdering av medisinske forhold som gjør soning utilrådelig, jf. strpl. § 459. Det er påtalemyndigheten som avgjør om vilkårene er oppfylt. Det finnes ingen samlet oversikt over omfanget av slike erklæringer. Politilegen i Oslo vurderte soningsudyktigheten til 88 personer i 1996 og 113 personer i 1997. Av 109 undersøkelser av soningsspørsmål politilegen foretok i 1995, ble 43 anbefalt utsatt pga. strpl. § 459 første ledd første alternativ, 7 etter andre alternativ, og 4 etter § 459 annet ledd. Tiltak etter fengselsloven § 12 ble anbefalt i 5 saker. I 30 saker ble utsettelse ikke anbefalt. Disse sakene behandles administrativt innen påtalemyndigheten, og blir således ikke forelagt DRK.

8.8.1.9 Troverdighetsvurdering og bevisvurderinger

Tradisjonelt har rettspsykiatrisk sakkyndige vært meget tilbakeholdne med å uttale seg om bevisvurderinger og personers troverdighet, da dette anses å være en oppgave for retten, og som de sakkyndige ikke har spesiell kompetanse i.

Høyesterett har i flere saker lagt til grunn at løgndetektortest ikke kan brukes som bevis i retten, jf. Rt 1996 side 1114, Rt 1997 side 689 og side 1145. Bakgrunnen for dette er hensynet til den siktedes personlige integritet, og ikke en vurdering av testenets utsagnskraft. De fleste norske rettspsykiatere anser heller ikke løgndetektortest som egnet virkemiddel i troverdighetsvurdering. Til dette er teorien omkring og statistikken ved bruk av løgndetektor for usikker, spesielt for karakteravvikere.

Vurdering av om fortrenkte minner kan være ekte eller falske, er en annen vanskelig troverdighetsvurdering. Spørsmålet er særlig aktuelt i incestsaker der voksne kvinner forteller om overgrep de mener å ha vært utsatt for som barn, og hvor det kan være umulig å bevise eller motbevise påstandene. Det er også det siste året i noen saker som er forelagt DRK dukket opp spørsmål om "falsk tilståelse".

8.8.1.10 Gjerningsmannsprofil

I utlandet har det noen steder utviklet seg psykologiske eller psykiatriske miljøer som har gitt etterforskere veiledning i form av såkalte gjerningsmannsprofiler. Dette skjer i straffesaker med ukjent gjerningsmann for å hjelpe politiet å kartlegge den ukjente gjerningsmannens karaktertrekk. Fagområdet som vitenskap anses meget umodent, men også i Norge har denne typen virksomhet blitt aktualisert.

8.8.1.11 Sakkyndigavhør av barn i sedelighetssaker

Forskrift av 2. oktober 1998 nr. 925 om dommeravhør og observasjon m.m. trådte i kraft 1. november 1998. Etter forskriften kan dommeren, ved avhør av vitne under 14 år eller et vitne med psykisk utviklingshemming eller tilsvarende funksjonssvikt, ta imot forklaringen utenfor rettsmøte, når han finner det ønskelig av hensyn til vitnet eller av andre grunner. Dommeren skal som hovedregel tilkalle en særlig skikket person til å bistå ved avhøret eller foreta avhøret under dommerens kontroll. Med særlig skikket person menes som hovedregel en særlig kvalifisert polititjenestemann, men også f.eks. barnepsykolog, barnepsykiater, spesialpedagog eller lignende kan benyttes. I disse tilfellene vil den særlig skikkede personen bare forestå utspørringen. Samtalen blir tatt opp på video og kan brukes både i etterforskningen og i hovedforhandlingen i stedet for vitneavhør.

Når vitnets alder eller særlige omstendigheter tilsier det, kan dommeren bestemme at det i stedet eller forut for avhør skal foretas observasjon av vitnet. Små barn under skolepliktig alder har ofte liten evne til verbal kommunikasjon og trenger ofte å bli forelagt det aktuelle tema på annen måte enn ved tradisjonelle avhørsteknikker. Observasjonen skal alltid foretas av en sakkyndig, som hovedregel en barnepsykolog eller barnepsykiater. Observasjonen skal tas opp på video, men den sakkyndige skal også utarbeide en sakkyndig erklæring. Slike erklæringer skal sendes DRK. Kvalitetssikring av disse erklæringene kan utelukkende bygge på den innsendte dokumentasjon, og forutsetter intern kvalitetssikring under avhør.

8.8.1.12 Sakkyndigvurdering av legevirksomhet utført innen psykiatrien

Sakkyndige har lenge vurdert mulige feil begått innen somatikken i forbindelse med straffesak mot helsepersonale. Etter det utvalget kjenner til, har det vært svært få slike saker innen psykiatrien i Norge. Det er et problem at man i psykiatrien i enda mindre grad enn i somatikken har en norm for hva som er forsvarlig eller uaktsom legevirksomhet.

8.8.2 Organisering og finansiering

8.8.2.1 Institusjoner og personell

Det er ingen offentlig instans som har ansvar for produksjon av rettspsykiatriske sakkyndigerklæringer. Denne tjenesten utføres for retten av psykiatere ansatt i andre stillinger, på deres fritid og etter oppnevning i hvert enkelt tilfelle. Enkelte psykiatere har organisert selvstendig praksis, slik at de i stor grad påtar seg rettspsykiatriske oppdrag.

Det ble i 1995 utført en registrering av antall sakkyndige som hadde avgitt rettspsykiatrisk sakkyndigerklæring, og hvor mange saker den enkelte sakkyndige hadde påtatt seg. Da det stort sett dreier seg om to sakkyndige pr. undersøkelse, var det i alt 88 sakkyndige som hadde avgitt til sammen 394 uttalelser. Én sakkyndig hadde vært involvert i 41 saker, fem hadde gjennomsnittlig behandlet 20,2 saker, ti hadde gjennomsnittlig 12,4 saker, 35 hadde gjennomsnittlig 4,4 saker og 35 hadde en sak hver. Det sier seg selv at de som har en eller to saker i året, og dertil gjør dette uten spesiell forankring i et rettspsykiatrisk miljø, opparbeider seg liten rutine. På den annen side vil 41 saker være svært mye, selv om vedkommende sakkyndig gjør dette på full tid, spesielt når man husker på at de sakkyndige også møter under hovedforhandlingene og er tilstede mesteparten av tiden der. Det blir stadig beklaget fra påtalemyndighet og retten at det er vanskelig å finne psykiatere som er villige til å påta seg slike oppdrag.

Det er også verd å legge merke til at de seks sakkyndige som i 1995 avga til sammen 31% av de avgitte erklæringene hadde en gjennomsnittsalder på 64 år. Dette innebærer at et betydelig antall rettspsykiatriske undersøkelser i løpet av en tiårsperiode vil måtte foretas av andre enn dagens mest brukte sakkyndige, noe som understreker behovet for økt rekruttering. Enkelte tendenser kan tyde på at dette nå er under endring.

8.8.2.2 Finansiering

Rettspsykiatrisk virksomhet etter oppnevning fra retten honoreres etter salærforskriften. I begynnelsen av 1990-årene fikk sakkyndige uten selvstendig praksis redusert salæret med en tredjedel. Denne forskjellsbehandlingen er nå opphevet. Det finnes ingen oversikt over det totale beløp staten hvert år bruker til salær til rettspsykiatrisk sakkyndige.

I Rättsmedicinalverkets rapport RMV 1995:1 er det lagt til grunn at gjennomsnittskostnaden for en rettspsykiatrisk undersøkelse i Norge var ca. kr 15 – 20 000. Sammenlagte kostnader for de 265 rettspsykiatriske undersøkelsene som ble foretatt i 1993 ble beregnet til 4 – 5 millioner kroner. Disse kostnadene gjelder utelukkende honorar for utredningen, og ikke kostnader for observandens opphold i varetekt eller psykiatrisk institusjon.

Utvalget legger til grunn at hver sakkyndig i gjennomsnitt bruker 10–20 timer på en fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse, se pkt. 4.3. Honorar til hver sakkyndig pr. sak blir da med dagens timesatser (kr 700,–) mellom kr 7 000,– og kr 14 000,–. Da det til fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser brukes to sakkyndige, blir de totale kostnadene pr. undersøkelse mellom kr 14 000,– og kr 28 000,–. Utvalget legger til grunn at det i 1997 ble foretatt ca. 250 fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser, se pkt. 8.9.3.2. De totale

kostnadene til honorar for disse undersøkelsene ville utfra dagens satser dermed ha vært mellom kr 3,5 og 7 millioner kroner.

8.9 Volumet av rettsmedisinske erklæringer som brukes i straffesaker

8.9.1 Innledning

Utvalget har forsøkt å kartlegge hva slags og hvor mange sakkyndigerklæringer innen rettsmedisin som faktisk blir presentert for påtalemyndigheten og domstolene i straffesaker. Utvalget anså det på det rene at en rekke slike erklæringer ikke blir undergitt kontroll av DRK.

For å estimere omfanget av rettsmedisinske erklæringer som brukes i straffesaker i Norge, har utvalget tatt utgangspunkt i tallmateriale for året 1997. Analysen er delt mellom henholdsvis somatisk rettsmedisinske og rettspsykiatriske erklæringer. Kildematerialet for de to kategoriene er ulikt.

De medisinske uttalelsene er enten av rent deskriptiv art (f.eks. beskrivelse av en skade) eller de inneholder sakkyndige vurderinger (f.eks. om hvilke hendelsesforløp som er forenlig med skaden). Bare de siste omtales som rettsmedisinske erklæringer. Disse avgrenses mot ordinære deskriptive legeerklæringer og utskrift av legejournal som legges frem i et stort antall saker.

8.9.2 Somatisk rettsmedisinske erklæringer i 1997

Tallmaterialet for så vidt gjelder somatisk rettsmedisinske erklæringer kommer fra tre kilder: Statistikk fra helsevesen og universitetsklinikker, kriminalstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og politiets sentrale regisistrerings-system (STRASAK) og statistikk fra DRK. På denne måten undersøkes hvor stor forskjell det er mellom antall utarbeidede erklæringer og det som forelegges DRK.

8.9.2.1 Opplysninger fra helseinstitusjoner

Opplysningene fra helseinstitusjonene angir antall erklæringer som ble utarbeidet i tilknytning til kriminalitet med voldselement. Svakheten med materialet er at det, for så vidt gjelder kliniske undersøkelser, bare bygger på et beskjedent antall institusjoner. En betydelig andel av slike undersøkelser og erklæringer er derfor ikke representert i materialet. Materialet kan likevel gi en indikasjon på antall saker. Når det gjelder ikke-kliniske undersøkelser, er materialet imidlertid vesentlig bedre, da slikt i hovedsak utføres på få institusjoner.

Rettspatologi

I 1997 ble det i følge tall fra Den norske patologforening foretatt 2076 rettsmedisinske obduksjoner. DRK ble i 1997 forelagt erklæringer fra 2 029 rettsmedisinske obduksjoner og 135 likskuer, dvs. til sammen 2 164 sakkyndige likundersøkelser. Forskjellen i tallene kan delvis skyldes at en obduksjon foretatt ett år kan bli registrert som sak i DRK et annet år. Avviket er likevel så stort at det kan tenkes at enkelte erklæringer ikke blir sendt DRK. Bare et

fåfall av undersøkelsene gjaldt imidlertid straffesaker hvor det ble etterforsket med mistanke om straffbart forhold (sml. pkt. 8.9.2.2). De aller fleste sakene gjaldt rutinemessig undersøkelse av plutselig og uventet dødsfall, jf. strpl. § 228 annet ledd, jf. påtaleinstruksen §§ 13–1 og 13–2.

Rettsgenetikk

Rettsmedisinsk institutt, sporseksjonen, avga i 1997 erklæringer i 428 straffesaker med biologiske spor. Antall saker viser økende tendens. DRK ble i 1997 forelagt én rettsgenetisk erklæring.

Rettsstoksikologi

Statens rettstoksikologiske institutt (SRI) avga i 1997 1 450 sakkyndige erklæringer i straffesaker. Omtrent 1 000 av disse ble brukt i rettssaker. I 1997 vitnet sakkyndige fra SRI i 220 rettssaker. DRK ble i 1997 forelagt bare et par rettstoksikologiske erklæringer.

Rettsantropologi

Antropologisk avdeling ved Anatomisk institutt, Universitetet i Oslo, avga i 1997 ca. 5–10 rettsantropologiske erklæringer i straffesaker. DRK ble i 1997 ikke forelagt noen rettsantropologiske erklæringer.

Rettsodontologi

Rettsodontologene i Oslo (inkl. Tromsø) avga i 1997 til sammen 96 erklæringer. En stor del var identifisering (35, i tillegg til 14 ved gruveulykke på Svalbard). Det ble avgitt rapport om 21 savnede personer. I tillegg ble det gjort aldersvurdering av så vel levende (14) som døde (1) personer.

Rettsodontologene i Bergen avga 7 erklæringer, herav 6 identifiseringer og 1 aldersbestemmelse.

DRK ble i 1997 ikke forelagt noen rettsodontologiske erklæringer.

Klinisk rettsmedisin

Voldtektsmottaket i Oslo mottok i 1997 henvendelser fra 152 kvinner som opplyste at de hadde blitt voldtatt. Mottaket foretok medisinsk undersøkelse av 122 av kvinnene og full undersøkelse med sporsikring eller annen skadedokumentasjon av 110 av kvinnene. 54 av sakene endte med anmeldelse.

Voldtektsmottaket i Oslo opplyser at hvert av de tilsvarende sentrene i Bergen, Trondheim og Stavanger mottar ca. 30 saker årlig. Tromsø har ikke slikt mottak, men mottaket i Hammerfest mottar ca. 20 saker i året.

Utvalget har ikke oversikt over antall klinisk rettsmedisinske undersøkelser foretatt i forbindelse med voldtekt ved andre helseinstitusjoner i landet. Sett i forhold til det totale antall anmeldelser for voldtekt i 1997 (se pkt. 8.9.2.2 nedenfor) må det legges til grunn at antall undersøkelser foretatt andre steder er betydelig.

Ullevål sykehus, seksjon for sosialpediatri, samarbeider med Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn, blant annet for så vidt gjelder medi-

sinske undersøkelser av seksuelt misbrukte barn. Seksjonens høyeste tall var i 1991 med 245 henvendelser og i 1992 med 300 henvendelser. I 1993 (etter Bjugn-saken) sank tallet til 200. Fra 1994 til 1998 har årlig antall vært mellom 140 og 150. I 1997 ble 120 barn undersøkt med tanke på sexovergrep, hvorav 20 var henvist fra barnevernet. 40 tilfeller ble anmeldt. Leger fra ressursentret møtte i 1997 i ca. 20 rettsaker vedrørende seksuelle overgrep.

Oslo legevakt behandler i alt ca. 2 500 voldstilfeller årlig og utarbeider ca. 400 legeerklæringer til politiet.

Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo, avga i 1997 29 rettsmedisinske uttalelser vedrørende skader på mistenkte personer.

Utvalget har ikke oversikt over antall undersøkelser av voldsofre og mistenkte personer som foretas ved andre helseinstitusjoner enn de ovennevnte, heller ikke antallet ordinære legeerklæringer som utarbeides i forbindelse med straffesaker. Sett i forhold til det totale antall anmeldelser i voldssaker i 1997 (se pkt. 8.9.2.2 nedenfor) må det legges til grunn at antall undersøkelser foretatt andre steder er betydelig.

DRK ble i 1997 forelagt ca. 140 klinisk rettsmedisinske erklæringer.

Bemerkninger på bakgrunn av tallmaterialet

Materialet ovenfor viser at det i hvert fall ble utarbeidet mellom 4 200 og 4 700 rettsmedisinske erklæringer til bruk i straffesaker. Det må imidlertid anses sikkert at det reelle totaltall er vesentlig høyere. Det relativt lave antall erklæringer – særlig innen klinisk rettsmedisin – i forhold til antallet anmeldelser og domfellelser (se pkt. 8.9.2.2), tilsier at totaltallet meget vel kan være opp mot det dobbelte. Slike anslag blir likevel uansett bare gjetninger.

8.9.2.2 Kriminalstatistikk for 1997

Rettsmedisinske erklæringer utarbeides oftest i straffesaker der det er øvet vold mot personer. For å illustrere omfanget av straffesaker med voldselement, har utvalget brukt opplysninger fra Statistisk sentralbyrås (SSBs) kriminalstatistikk for 1997. Utvalget har sett på de to hovedgruppene krenkede interesser der voldselementet er fremtredende. Dette gjelder krenkelser av henholdsvis sedelighet og liv, legeme og helbred.

Grunnlaget for statistikken er materiale fra politiets sentrale registreringsystem STRASAK. Materialet til reaksjonsstatistikken er hentet fra Det sentrale straffe- og politiopplysningsregister (SSP).

Ved bruk av kriminalstatistikken er det viktig å være klar over at de ulike delene ikke nødvendigvis refererer til de samme lovbrudd. Et lovbrudd kan bli ferdig etterforsket i et annet år enn det ble anmeldt, og reaksjon vil kunne komme et tredje år. Tabellene under lovbrudd anmeldt er derfor ikke sammenlignbare med tabellene under lovbrudd etterforsket og registrerte straffereaksjoner. Utvalget har for sitt formål likevel funnet det forsvarlig å se tabellene for 1997 i sammenheng som en illustrasjon på volumet.

Avdekker etterforskningen at det anmeldte forholdet ikke var et reelt lovbrudd, henlegges det etter en henleggelseskode som forhindrer det fra å komme med i statistikken over ferdig etterforskede saker. Saken vil imidlertid

figurere i statistikken over anmeldte lovbrudd det året den ble anmeldt. Dette gjaldt til sammen ca. 6 000 saker i 1997.

Lovbrudd der politiet avslutter etterforskningen ved å innstille på tiltale inngår ikke i STRASAKs tiltalestatistikk før dom foreligger. Det er således lovbrudd ferdig behandlet av domstolene i 1997 som inngår i avgjørelsestypen "Tiltale", selv om påtalespørsmålet var avgjort et tidligere år.

Statistikken gir opplysninger om rettskraftige strafferettslige reaksjoner registrert i løpet av statistikkåret (reaksjonsstatistikken). En reaksjon kan omfatte flere lovbrudd.

Siden den enkelte reaksjon regnes som en telleenhet i statistikken, vil en person som er gitt reaksjon flere ganger i løpet av året, inngå i statistikken like mange ganger som personen har fått en reaksjon. Alle lovbrudd som ligger til grunn for en straffereaksjon er telt med.

Anmeldelser og etterforskede saker

For å anslå volumet av sakkyndigerklæringer innen rettsmedisin som forelegges påtalemyndigheten og domstolene, er det naturlig å ta utgangspunkt i antall anmeldelser og etterforskede saker der forholdet kan ha voldselement. Anmeldelsen er den formelle innledningen av straffesaken. De anmeldte sakene som påtalemyndigheten mener det er grunn til å forfølge, blir så etterforsket, før det avgjøres om sakene skal henlegges eller om gjerningsmannen skal straffeforfølges (positiv påtaleavgjørelse). Noen av sakene som besluttet straffeforfulgt, blir avgjort med forelegg, påtaleunndatelse eller overføring til konfliktråd. Resten fremmes for retten. Antall anmeldelser i saker der det kan tenkes å foreligge rettsmedisinske erklæringer representerer således det øvre antall saker der slike erklæringer kan forekomme. Da det i den enkelte sak kan foreligge erklæringer fra ulike rettsmedisinske sakkyndige, kan antall erklæringer være større enn antall anmeldelser.

Når det gjelder antall etterforskede saker, omfatter statistikken lovbrudd som ble ferdig etterforsket i løpet av statistikkåret.

Som kjent henlegges en stor andel av saker som anmeldes. Også i henlagte saker er det under etterforskningen ofte utarbeidet rettsmedisinsk erklæring. Disse inngår i påtalemyndighetens vurderingsgrunnlag.

Tabell 8.2: Antall anmeldelser og etterforskede saker i 1997 der forholdet kan ha voldselement

Straffebestemmelse	Anmeldelser	Etterforskede saker
Voldtekt (strl. §192)	424	358
Voldtektsforsøk (strl. § 192, jf. § 49)	86	79
Utuktig omgang med barn u/ 14 år (strl. § 195)	480	378
Utuktig omgang med barn u/ 16 år (strl. § 196)	151	152
Incest (strl. §§ 207 – 208)	153	113
Legemsfornærmelse (strl. § 228 første ledd)	8 425	8 013
Legemsfornærmelse (strl. § 228 annet ledd)	1 648	1 318
Legemsbeskadigelse (strl. § 229)	2 592	2 294
Grov legemsbeskadigelse (strl. § 231)	39	43
Uaktsom legemsbeskadigelse (strl. §§ 237–238)	20	25
Forsøk på drap (strl. § 233, jf. § 49)	50	46
Drap (strl. § 233)	38	28
Uaktsomt drap (strl. § 239)	37	50
Totalt	14 143	12 897

Kilde: SSBs kriminalstatistikk for 1997

Totalt utgjør dette 14 143 anmeldelser der det etter forholdets art kan tenkes å foreligge rettsmedisinske erklæringer. Antall slike lovbrudd etterforsket var noe lavere, totalt 12 897, se tabell 8.3.

Etterforskede saker med positiv påtaleavgjørelse, eventuelt innstilling om positiv påtaleavgjørelse, fra politiet

Positive påtaleavgjørelser deles inn i kategoriene forelegg, siktelse for forhørsrettspådømmelse, tiltale, påtaleunndatelse og overføring til konfliktråd.

Tallmaterialet gjelder politiets avgjørelser i saker hvor politiet har påtalekompetanse. I andre saker gjelder materialet politiets innstillinger til overordnet påtalemyndighet. Endelig avgjørelse kan avvike dersom overordnet påtalemyndighet omgjør avgjørelsen eller innstillingen ikke følges.

I mange saker som ikke får positiv påtaleavgjørelse, men i stedet henlegges, har politiet som nevnt innhentet rettsmedisinske erklæringer som ledd i etterforskningen.

Tabell 8.3: Etterforskede saker i 1997 med positiv påtaleavgjørelse, eventuelt innstilling om positiv påtaleavgjørelse, fra politiet

Straffebestemmelse	Positiv avgjørelse	Tiltale
Voldtekt (strl. §192)	68	68
Voldtektsforsøk (strl. § 192, jf. § 49)	16	16
Utuktig omgang med barn u/ 14 år (strl. § 195)	151	151
Utuktig omgang med barn u/ 16 år (strl. § 196)	81	81
Incest (strl. §§ 207 – 208)	32	32
Legemsfornærmelse (strl. § 228 første ledd)	3 430	2 025
Legemsfornærmelse (strl. § 228 annet ledd)	508	369
Legemsbeskadigelse (strl. § 229)	1 146	1 046
Grov legemsbeskadigelse (strl. § 231)	26	24
Uaktsom legemsbeskadigelse (strl. §§ 237–238)	18	14
Forsøk på drap (strl. § 233, jf. § 49)	31	31
Drap (strl. § 233)	22	22
Uaktsomt drap (strl. § 239)	41	40
Totalt	5 570	3 919

Kilde: SSBs kriminalstatistikk for 1997

Totalt utgjør dette 5 570 positive påtaleavgjørelser/innstillinger om positiv påtaleavgjørelse (herav 3 919 tiltaler) i saker der det etter forholdets art kan tenkes å foreligge rettsmedisinske erklæringer, se tabell 8.4. Dette danner utgangspunktet for antall saker der retten kan tenkes å bli forelagt rettsmedisinske erklæringer.

Domfellelser etter lovbrudd som kan ha voldselement

Utvalget antar at det er større grunn til å tro at det foreligger rettsmedisinske erklæringer i saker som ender med domfellelse enn i saker der tiltalte frifinnes. Bakgrunnen for antakelsen er at domfellelse krever at saken er så godt opplyst at rimelig tvil omkring skyldspørsmålet ikke foreligger.

Tabell 8.4: Domfellelser og andre straffereaksjoner i 1997 for lovbrudd som kan ha voldselement

Straffebestemmelse	Domfellelser	Andre straffereaksjoner
Voldtekt (strl. §192)	42	0
Voldtektsforsøk (strl. § 192, jf. § 49)	14	0
Utuktig omgang med barn u/ 14 år (strl. § 195)	127	2
Utuktig omgang med barn u/ 16 år (strl. § 196)	79	1
Incest (strl. §§ 207 – 208)	27	0
Legemsfornærmelse (strl. § 228)	2 090	1 216

Tabell 8.4: Domfellelser og andre straffereaksjoner i 1997 for lovbrudd som kan ha voldselement

Legemsbeskadigelse (strl. § 229)	905	88
Grov legemsbeskadigelse (strl. § 231)	19	2
Uaktsom legemsbeskadigelse (strl. §§ 237–238)	13	4
Forsøk på drap (strl. § 233, jf. § 49)	28	0
Drap (strl. § 233)	22	0
Uaktsomt drap (strl. § 239)	30	1
Totalt	3 396	1 314

“Andre straffereaksjoner” er samlebetegnelse for forelegg og betingede påtaleunntatelser (strpl. § 69 annet ledd), dvs. avgjørelser av påtalemyndigheten som innebærer konstatering av straffeskyld.

Kilde: SSBs kriminalstatistikk 1997

Dette utgjør 3 396 domfellelser og 1 314 andre straffereaksjoner, det vil si totalt 4 710 straffereaksjoner, i saker der det etter forholdets art kan tenkes å foreligge rettsmedisinske erklæringer, se tabell 8.5.

Bemerkninger på bakgrunn av tallmaterialet

Antall erklæringer er trolig i samme størrelsesorden som antall saker. Det er da tatt hensyn til at det foreligger erklæringer i en del saker som ikke fører til domfellelse, at det kan foreligge flere erklæringer i den enkelte sak, og at det domfelles i en del saker der erklæring ikke foreligger.

Det kan ikke legges til grunn at det i alle sedelighetssaker foreligger klinisk undersøkelse, da en rekke slike saker først anmeldes lang tid etter at overgrepet skal ha skjedd. Klinisk undersøkelse vil da oftest være verdiløst.

I langt de fleste saker om legemsbeskadigelse (strl. § 229) som fremmes for retten, antas det å foreligge en eller annen form for medisinsk uttalelse som grunnlag for å vurdere om straffelovens krav til skade er oppfylt. Det samme antas i saker om legemsfornærmelse med skadefølge (strl. § 228 annet ledd). Uttalelsen i slike saker foreligger imidlertid ofte kun i form av utskrift av legejournal, ikke som rettsmedisinsk erklæring. Dette gjelder i enda større grad alminnelig legemsfornærmelse (strl. § 228 første ledd). I slike saker vil det oftest ikke foreligge noen form for medisinsk sakkyndig erklæring.

Antall straffesaker der det foreligger rettsmedisinsk erklæring, befinner seg trolig et sted mellom antall anmeldelser (14 180) og antall domfellelser (3 396). Legger man til grunn at det ikke foreligger rettsmedisinske erklæringer i saker etter strl. § 228 første ledd, blir maksimalt antall anmeldelser der slik erklæring kan tenkes å foreligge 5 755. Legges samme forutsetning til grunn for antall positive påtaleavgjørelser, blir antallet 1 961, og for tiltaler 1 896. For antall domfellelser og andre straffereaksjoner har det ikke vært mulig å skille ut saker etter strl. § 228 første ledd.

På bakgrunn av tallmaterialet fra kriminalstatistikken må det kunne anslås at det til bruk i straffesaker årlig utarbeides mellom 2000 og 5 000 somatisk rettsmedisinske sakkyndigerklæringer som det kunne være aktuelt å forelegge DRK.

8.9.2.3 Opplysninger fra Den rettsmedisinske kommisjon

I 1997 behandlet DRK alminnelig gruppe 2 324 innsendte erklæringer. Av disse gjaldt 2164 sakkyndige likundersøkelser, mens de resterende 160 gjaldt andre rettsmedisinske erklæringer. Av de erklæringene som ikke gjaldt likundersøkelser, gjaldt ca. 140 kliniske undersøkelser, se tabell 8.6.

Tabell 8.5: Saker behandlet av DRK, alminnelig gruppe, i 1997

Sakstype	Antall
Likundersøkelser	2 164
Seksuelt overgrep mot voksne	53
Seksuelt overgrep mot barn	33
Undersøkelse av andre voldsofre	53
Trafikkpåvirkningssaker	11
Annet	10
Totalt	2 324

Kilde: DRKs årsberetning 1997

På grunn av endring i innsendingspraksis til DRK fra 1999, vil det årlige antallet behandlede saker øke med ca. 1 300 – 1 400, se pkt. 8.9.2.1.

8.9.2.4 Oppsummering

Sammenholder man opplysningene fra helseinstitusjonene, kriminalstatistikken og DRK, er det grunn til å tro at bare en liten andel av de rettsmedisinske erklæringene utarbeidet i straffesaker forelegges DRK. Særlig innen klinisk rettsmedisin er det grunn til å tro at andelen foreleggelse er liten (i beste fall ca. 10%). Her er det viktig å merke seg at det vesentligste av antall saker som faktisk forelegges DRK (dvs. likundersøkelsene) ikke er en del av estimatet på 2 000 – 5 000 saker som det utfra kriminalstatistikken kunne være aktuelt å forelegge DRK, og kommer derfor i tillegg. Dette skyldes at bare en svært liten andel av likundersøkelsene gjelder mulige straffbare forhold, jf. pkt. 8.2.1. Totaltallet saker der foreleggelse for DRK kunne tenkes å være aktuelt blir derfor mellom 4 100 og 7 100, hvorav bare 2 324 ble behandlet. Sett på bakgrunn av foreleggelsesplikten, som etter ordlyden i strpl. § 147 er absolutt, er dette meget påfallende.

8.9.3 Rettspsykiatriske erklæringer i 1997

Som nevnt i pkt. 8.8.1 er vanligvis formålet med de rettspsykiatriske erklæringene å gi retten råd om hvorvidt siktede var strafferettslig tilregnelig i gjerningsøyeblikket eller om vilkårene for sikring er oppfylt. I tillegg er det en del andre psykiatriske og psykologiske sakkyndiguttalelser som brukes i straffesaker, jf. pkt. 8.8.1.8 – 8.8.1.12. Noen av disse forelegges DRK. Da retten vanskelig kan overprøve de faglige vurderingene foretatt av rettspsykiatrisk sakkyndige, er det av stor betydning at de sakkyndiges råd holder høy faglig kvalitet. I den forbindelse har utvalget forsøkt å estimere hvor stort antall

rettspsykiatriske erklæringer som utarbeides og hvor stor andel av erklæringene som kontrolleres av DRK.

De rettspsykiatriske erklæringene deles i to grupper, etter som om de gjelder foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser eller fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser ("mentalobservasjon"). De foreløpige undersøkelsene skal utelukkende avklare om det er behov for å gjennomføre fullstendig undersøkelse. Utføres det fullstendig undersøkelse, skal erklæringen kontrolleres av DRK.

Et sentralt spørsmål er om – og i tilfelle hvor ofte – foreløpige erklæringer benyttes under hovedforhandling i straffesak, uten at erklæringen er forelagt DRK. I praksis vil dette både kunne være saker der aktor eller forsvarer påberoper seg erklæringer, eller der dommeren under hovedforhandling spør om tiltalte har vært undersøkt, hvorpå aktor legger frem den foreløpige erklæringen.

For å beregne omfanget av rettspsykiatriske erklæringer som brukes i straffesaker i Norge, har utvalget tatt utgangspunkt i tallmateriale for året 1997. Tallmaterialet kommer fra to kilder: Anslag fra utvalgte politidistrikter og statistikk fra DRK.

8.9.3.1 Anslag fra politidistriktene

Det føres ingen samlet statistikk over antall foreløpige eller fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser som blir begjært eller foretatt i forbindelse med straffesaker. Utvalget har derfor kontaktet utvalgte politidistrikter for å få opplysninger om volumet av slike undersøkelser i 1997. Utvalget understreker at det ikke foreligger sikre opplysninger om volumet, og at opplysningene fra de fleste politidistriktene derfor bygger på svært usikre anslag. Politilegen i Oslo har levert sikrere tallmateriale, og har opplyst antall registrerte henvisninger om foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser for Oslo politidistrikt og nabolidistriktene Romerike politidistrikt, Follo politidistrikt og Asker og Bærum politidistrikt. Materialet hans viser også hvilke tilrådinger de gjennomførte foreløpige undersøkelsene munnet ut i. Det bemerkes at et betydelig antall henviste personer ikke blir undersøkt, f.eks. fordi de ikke møter frivillig. I 33 av de foreløpige undersøkelsene tok Politilegen i Oslo ikke stilling til om fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse burde foretas. For øvrig antok politilegen at anbefalingene ble fulgt opp av påtalemyndigheten.

Opplysningene om undersøkelsene sammenholdes nedenfor med politidistriktenes innbyggertall pr. 1. januar 1997, se tabell 8.7.

Tabell 8.6: Anslag fra politidistriktene over foreløpige og fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser foretatt i 1997

Politidistrikt	Innbyggertall	Foreløpige undersøkelser	Fullstendige undersøkelser
01 Oslo	494 800	96	36
04 Fredrikstad	69 500	5	1
05 Moss	58 800	19	5
06 Follo	97 500	7	2

Tabell 8.6: Anslag fra politidistriktene over foreløpige og fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser foretatt i 1997

07 Romerike	204 300	8	3
09 Hamar	82 400	9	5
14 Asker og Bærum	144 500	8	5
15 Drammen	117 200	10	7
18 Tønsberg	66 100	13	8
27 Kristiansand	103 600	30	23
31 Stavanger	152 100	25	5
32 Haugesund	88 900	4	4
34 Hordaland	178 000	40	4
35 Bergen	224 300	50	9
39 Sunnmøre	124 300	8	4
42 Trondheim	149 400	25	5
43 Inntrøndelag	91 900	10	8
46 Bodø	73 900	10	5
47 Narvik	31 800	9	1
50 Troms	105 300	5	3
53 Vadsø	13 200	5	1
54 Sør-Varanger	9 800	1	1
Sum	2 681 600	397	145

Der anslagene er oppgitt som et intervall (f.eks. 10–20), er middelveiden lagt til grunn i tabellen.

Materialet fra Politilegen i Oslo inneholder en betydelig usikkerhetsfaktor i tallet på fullstendige undersøkelser. Dette skyldes at tallmaterialet fra Oslo gjelder Politilegens anbefaling til politiet, og at han i 33 foreløpige undersøkelser ikke tok stilling til om fullstendig undersøkelse burde foretas. Hvordan politiet behandlet disse sakene er ikke kjent for utvalget. Middelveiden er lagt til grunn i tabellen.

Kilde: Norges statskalender 1998, politidistriktene

Utfra de anslagene utvalget har mottatt fra 22 politidistrikter, ble det der til sammen foretatt ca. 395 foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser i 1997. Anslag om fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser gir et tall på til sammen ca. 145.

Folketallet i Norge pr. 1. januar 1997 var ca. 4 392 700. I de 22 politidistriktene tallmaterialet er fra, var folketallet til sammen ca. 2 681 600, dvs. ca. 60% av landets befolkning. Dersom antall foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser i svarmaterialet utgjør 60% av totaltall for landet, tilsier det et totaltall på ca. 660 foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser foretatt i 1997 i Norge. Utfra samme beregningsmåte skulle antallet fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser på landsbasis være ca. 240.

Utvalget peker på at forholdet mellom innbyggertall og antall foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser varierer betydelig mellom de enkelte politidistriktene. Ytterlighetene i tallmaterialet representeres ved Romerike (1:25538), Asker og Bærum (1:18063) og Haugesund (1:17780) på den ene siden, og på den andre siden Vadsø (1:2640) og Moss (1:3095). I Oslo var for-

holdstallet 1:5800 innbyggere, og i både Bergen og Hordaland politidistrikter var det ca. 1:4400 innbyggere. Det synes på denne bakgrunn ikke å være entydige forskjeller i bruk av foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser mellom politidistrikter i storbyer, bynære distrikter og mer landlige distrikter. Andre fakta må også spille inn, f.eks. tilgjengelighet på psykiatrisk ekspertise, tradisjoner og holdninger i de lokale politidistrikt, mv. Det meget usikre og svært begrensede statistikkgrunnlaget, i tillegg til betydelig lokale variasjon i forholdstall, tilsier stor grad av forsiktighet med å trekke konklusjoner fra materialet.

I de undersøkte politidistriktene var andelen som ble henvist fra foreløpig til fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse meget varierende. Statistikkgrunnlaget er imidlertid så tynt at man vanskelig kan trekke generelle slutninger fra det. Det er for øvrig opplyst at enkelte fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser foretas uten forutgående foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse.

8.9.3.2 Opplysninger fra Den rettsmedisinske kommisjon

I følge tall for 1997 fra DRK, psykiatrisk gruppe, ble 298 erklæringer behandlet av kommisjonen. Tre av disse gjaldt fornærmede i straffesaker. De øvrige 295 erklæringene gjaldt 245 personer, det vil si at 50 var tilleggserklæringer. 44 av erklæringene ble avgitt i forbindelse med spørsmål om forlengelse av sikring.

Av de 295 erklæringene (antall saker, ikke personer) gjaldt 63 siktelse etter strl. § 233 (drap), 26 gjaldt strl. § 192 (voldtekt), 18 gjaldt strl. § 148 (ildspåsettelse mv.). 74 av erklæringene gjaldt siktelse etter andre lover enn straffeloven. I hovedsak gjelder dette vtrl. § 22 (promillekjøring).

Etter utvalgets oppfatning er det grunn til å anta at henimot 100% av alle erklæringer om fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser forelegges DRK. I tillegg var et par av de kontrollerte erklæringene foreløpige.

Tabell 8.7: Rettspsykiatriske erklæringer behandlet av DRK i 1997, fordelt på fylke og sammenholdt med innbyggertall pr. 1. januar 1997

Fylke	Antall	Prosent	Innbyggertall	Prosent	Erklæringer pr. 100000 innbyggere
Oslo	39	13,2	494 793	11,3	7,9
Akershus	21	7,1	446 296	10,2	4,7
Østfold	9	3,1	241 151	5,5	3,7
Oppland	7	2,4	182 433	4,1	3,8
Hedmark	6	2,0	186 003	4,2	3,2
Buskerud	14	4,7	230 805	5,3	6,1
Vestfold	14	4,7	206 119	4,7	6,8
Telemark	17	5,8	163 449	3,7	10,4
Aust-Agder	6	2,0	100 582	2,3	6,0
Vest-Agder	15	5,1	151 580	3,4	9,9
Rogaland	29	9,8	360 403	8,2	8,0
Hordaland	24	8,2	427 003	9,7	5,6
Sogn og Fjordane	4	1,4	107 989	2,5	3,7
Møre og Romsdal	20	6,8	241 530	5,5	8,3
Sør-Trøndelag	26	8,8	258 283	5,9	10,1
Nord-Trøndelag	14	4,7	127 223	2,9	11,0
Nordland	17	5,8	240 255	5,5	7,1
Troms	9	3,1	151 242	3,4	6,0
Finnmark	4	1,4	75 575	1,7	5,3
Totalt	295	100,0	4 392 714	100,0	6,7

Kilde: Noreik, K 1999 og Norges statskalender 1998

Tallmaterialet fra DRK er ikke direkte sammenlignbart med materialet fra politidistriktene, da den enkelte sak kan være registrert hos DRK et annet år enn den ble registrert hos politiet.

Statistikken fra DRK viser at DRK i 1997 behandlet erklæringer om 245 personer. Anslaget basert på opplysninger fra politidistriktene, tyder på at ca. 240 fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser ble foretatt, se pkt. 8.9.3.1. Sammenfallet er bemerkelsesverdig, men det er ikke sikkert at anslagene over foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser er like treffende.

Forholdstallet mellom fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser og innbyggere varierer sterkt mellom fylkene, se tabell 8.8. Flest erklæringer pr. innbyggere har Nord-Trøndelag (11,0:100 000), Telemark (10,4:100 000) og Sør-Trøndelag (10,1:100 000). Færrest har Hedmark (3,2:100 000), Østfold (3,7:100 000) og Oppland (3,8:100 000). Det er vanskelig å si noe sikkert om årsaken til denne geografiske variasjonen. Det antas at de samme momenter gjør seg gjeldende her som for foreløpige erklæringer, se pkt. 8.9.3.1.

8.9.3.3 Oppsummering

Sammenholder man opplysningene fra politidistriktene og DRK, finner man at forskjellen på tallene er så liten at det ikke er grunn til å tro at det utarbeides fullstendige rettspsykiatriske erklæringer som ikke forelegges DRK. Situasjonen er således vesensforskjellig fra situasjonen i den somatiske rettsmedisinen, se pkt. 8.9.2.4.

Det er utfra materialet ikke mulig å si noe om hvorvidt, og eventuelt i hvilket omfang, fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser benyttes under hovedforhandling i straffesak, uten at de er forelagt DRK.

Materialet viser samtidig at det årlig avgis et betydelig antall foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser (ca. 660) som ikke undergis noen form for ekstern kvalitetskontroll fra DRK. Dette er imidlertid i samsvar med strpl. § 147, jf. § 165 tredje ledd.

Kapittel 9

Intern kvalitetssikring

9.1 Generelt

9.1.1 Hva er kvalitetssikring?

Kvalitetssikring er tiltak som har til formål å sikre at et produkt eller en tjeneste har egenskaper (en kvalitet) som tilsvarer eller er bedre enn en definert standard. I seg selv innebærer ikke kvalitetssikring at kvaliteten på produktet eller tjenesten er særskilt høy, men ved at et kvalitetsnivå er definert sikrer man en minstandard.

Tiltakene kan inkludere blant annet krav til personellens kompetanse, fastsettelse av rutiner for utføring av prosesser, kontrollrutiner for å sikre at fastsatte rutiner følges og ulike former for ekstern vurdering og oppfølging av virksomheten.

9.1.2 Kvalitetssikringssystemer

For å sikre og forbedre kvaliteten på en virksomhet, kreves et styringsverktøy, et kvalitetssikringssystem. Dette består av den organisasjon og alle de prosedyrer og prosesser som er nødvendige for å oppnå den planlagte kvalitet. Systemet skal omfatte rutiner for dokumentstyring, rutiner for avviksrapportering, rutiner for iverksetting av korrigerende tiltak mot avvik, mv. Kvalitetssikringssystemet skal dokumenteres i en kvalitetshåndbok. Et kvalitetssikringssystem skal også kunne vise at virksomheten oppfyller kravene i henhold til internasjonale anerkjente standarder, omtalt som ISO 9000-serien. ISO er en forkortelse for International Organization for Standardization, som er en verdensomspennende organisasjon for standardiseringsarbeid.

ISO 9000-serien omfatter standarder for kvalitetssikringssystemer og er i utgangspunktet utarbeidet med sikte på industribedrifter. Etter hvert er ISO-standarder også utviklet til bruk i helsevesenet, først og fremst i laboratorievirksomhet.

For myndighetene representerer slike standarder et viktig hjelpemiddel. På mange områder kan standarder bli meget viktige med hensyn til offentlige forskrifter. I Norge har dette lenge vært tilfelle f.eks. innenfor bygg og anlegg og på det elektrotekniske området. Her henviser myndighetene til standarder, og ved oppfyllelse av standarder anses også gjeldende forskrifter som oppfylt. I EUs lovgivning er det et hovedprinsipp at direktivene begrenses til overordnede krav til sikkerhet, helse og miljø. Arbeidet med utfyllende tekniske spesifikasjoner er overlatt til de europeiske standardiseringsorganisasjonene.

9.1.3 Akkreditering og sertifisering

Akkreditering er en offisiell anerkjennelse av at en organisasjon arbeider i henhold til et dokumentert kvalitetssikringssystem og har demonstrert kompetanse til å utføre nærmere beskrevne oppgaver. Akkreditering foregår

ved at et uavhengig offisielt organ (akkrediteringsorganet) vurderer virksomheten og bekrefter at den er i samsvar med internasjonale krav. I Norge er det Norsk Akkreditering, en avdeling under Justervesenet, som foretar akkreditering. Hensikten med akkreditering er å skape tillit til organisasjonen ved at den har fått dokumentert at den tilfredsstillende strenger krav beskrevet i internasjonale standarder.

Til forskjell fra den offisielle anerkjennelse akkreditering innebærer, er sertifisering en tilsvarende kontroll av kvalitetssikringssystemer utført av en kommersiell virksomhet. Også sertifisering utføres altså av en uavhengig part (sertifiseringsorganet), og bekrefter at et produkt eller en tjeneste tilfredsstillende kravene i et kravdokument. I prinsippet kan enhver utføre sertifisering, men i praksis vil ofte sertifiseringsorganet og dermed også sertifiseringen være akkreditert. Det mest kjente sertifiseringsorganet i Norge er Det Norske Veritas.

Over 160 laboratorier er pr. 1. oktober 2000 akkreditert av Norsk Akkreditering, og etterspørselen etter laboratorieakkreditering er stor. Over 20 sertifiseringsorganer er akkreditert av Norsk Akkreditering pr. 1. oktober 2000. De har bl.a. sertifisert mer enn 1 000 virksomheter etter NS-ISO 9001, 9002 og 14001-standardene.

En organisasjon som ønsker å bli akkreditert eller sertifisert må demonstrere at den har nødvendig kompetanse og utstyr for å utføre de oppgaver akkrediteringen/sertifiseringen gjelder, et tilfredsstillende kvalitetssikringssystem og metodebeskrivelser (arbeidsprosedyrer). Basiskravene for akkreditering/sertifisering er gitt i internasjonale standarder, og for hvert akkrediterings- og sertifiseringsområde stilles tilpassede tilleggskrav.

Tradisjonelt har akkrediteringen/sertifiseringen av prøvingslaboratorier kun dekket prøvetakingen og analysene, men den nyeste kvalitetsstandarden for prøvingslaboratorier, ISO 17 025, inkluderer nå også i noen grad tolkningen av analyseresultater.

Sertifisering av personell er lite benyttet i Norge. Mer vanlig er at personellens kompetanse vurderes i forbindelse med at en hel organisasjon sertifiseres eller akkrediteres. Sveisere er den eneste yrkesgruppen der sertifisering er vanlig. Sertifisering av personell er uvanlig på områder der opplæring ikke er etablert.

9.1.4 Akkrediterings-/sertifiseringsprosessen

Akkrediterings-/sertifiseringsprosessen starter med søknad til akkrediterings-/sertifiseringsorganet. Med søknadsskjemaet sendes et eksemplar av virksomhetens kvalitetssikringssystem og dokumentasjon av prosedyrer som benyttes.

Innledningsvis gjennomgår akkrediterings-/sertifiseringsorganet søknaden og dokumentasjonen og besøker søkeren for å gjøre en forbedømming. Virksomheten får så en foreløpig tilbakemelding på områder der det må gjøres endringer eller forbedringer for å tilfredsstillende kravene. Deretter etableres et bedømmerlag med ekspertise innen søkerens fagområde. Bedømmerlaget gjør en detaljert vurdering av søkeren mot alle krav i akkrediterings-/sertifiseringsstandarden.

Etter bedømmingen korrigerer søkeren alle avvik fra standardens krav som bedømmerlaget har registrert. Når bedømmerne har bekreftet at

avvikene er korrigert, kan akkreditering/sertifiseringen innvilges, og søkeren får akkrediterings-/sertifiseringsbevis og et dokument som beskriver i detalj hva akkrediteringen/sertifiseringen omfatter. Prosessen fra søknad til innvilget akkreditering/sertifisering kan vare fra trekvart til ett år eller mer, avhengig av hvor lang tid virksomheten trenger for å nå det nivået som kreves i standarden.

Kvalitetssikring er en kontinuerlig vedlikeholdsprosess. Akkrediterte/sertifiserte virksomheter må overholde vilkårene så lenge akkrediteringen/sertifiseringen ønskes opprettholdt. Oppfølgingsbesøk gjennomføres regelmessig, normalt 1–2 ganger årlig, med forenklet gjennomgang av aktiviteten. Med noe lengre mellomrom gjennomføres en komplett, ny bedømming.

Dersom viktige mangler oppstår, kan akkrediteringen/sertifiseringen bli helt eller delvis suspendert, slik at akkreditert/sertifisert aktivitet midlertidig må opphøre inntil manglene er opprettet. Om dette ikke skjer innen et fastsatt tidsrom, kan det være nødvendig å trekke tilbake akkrediteringen/sertifiseringen.

9.2 Kvalitetssikring i helsetjenesten

Kvalitetssikring er ikke noe nytt fenomen i helsevesenet. Ulike former for internkontroll, krav til formell utdanning/kompetanse for personell som ansettes, samt særskilt veiledning fra erfarne medarbeidere, er alt uttrykk for et løpende kvalitetssikringsarbeid. Mye av forsknings- og utviklingsarbeidet har også fylt en slik funksjon. Det nye er at det nå i økende grad stilles krav om at kvalitetssikringen skal være en integrert del av den daglige virksomheten og at resultatet av kvalitetssikringsarbeidet fortløpende dokumenteres utad. I de senere år har man i helsevesenet fokusert stadig mer på kvalitetssikring. Det systematiske kvalitetssikringsarbeidet utviklet seg først i USA, men spørsmålet har også fått stor aktualitet i Europa. En form for kvalitetssikring er ulike former for akkreditering av sykehus, klinikker og laboratorier mv.

9.2.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører helsetjenester

I Norge var tidligere kvalifikasjonskrav til dem som utfører helsetjenester langt på vei regulert i særskilte lover for den enkelte profesjon, se f.eks. sykepleierloven (8. januar 1960 nr. 1), psykologloven (9. mars 1973 nr. 13), lov om godkjenning av helsepersonell (14. juni 1974 nr. 47), legeloven (13. juni 1980 nr. 42) og tannlegeloven (13. juni 1980 nr. 43). De forskjellige lovene regulerte på ulike vis adgangen til å yte helsetjenester innen profesjonens område. Tannlegeloven fastsatte f.eks. i § 15 forbud mot at andre enn autorisert/lisensiert tannlege utøver tannlegevirksomhet i riket. Tilsvarende bestemte psykologloven at bare den som er offentlig godkjent har lov til å kalle seg psykolog, jf. psykologloven § 1. Også sykepleiere måtte ha offentlig godkjenning, jf. sykepleieloven §§ 7 og 9. Godkjenning forutsatte for alle lovenes vedkommende dokumentasjon av tilstrekkelig kompetanse på det aktuelle fagområde.

Etter legeloven § 16, jf. kvaksalverloven (19. juni 1936 nr. 9), hadde leger ikke formelt enerett til å behandle syke mennesker. Kvaksalverloven gir andre

enn leger adgang til – innen lovens rammer – å behandle syke også ervervsmessig. Reelt begrenser imidlertid kvaksalverloven andres rett til å utøve legevirksomhet sterkt, idet bare leger kan foreskrive reseptbelagte medisiner, bedøve, operere, behandle alvorlige smittsomme sykdommer, kreft, struma, sukkersyke, m.m. Legeloven regulerte for øvrig også godkjenning av leger som spesialister innen en avgrenset del av medisinske fagområder.

En ny felles helsepersonellov (lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.), trådte i kraft 1. januar 2001. Loven avløste de profesjonsspesifikke helsepersonellovene nevnt ovenfor. Den nye loven viderefører rettstilstanden. Lovens formål er etter § 1 bl.a. å bidra til “sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten”. Den gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp, jf. § 2. Kravet til kvalitet er forankret i § 4, hvoretter helsepersonell “skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet som kan forventes...”. For helsepersonell med mangelfull kompetanse i det aktuelle fag vil forsvarlighetsregelen begrense adgangen til å yte helsetjenester, jf. § 4 annet ledd: “Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise videre der dette er nødvendig og mulig”. Disse kravene til det enkelte helsepersonell utfylles for øvrig av forsvarlighetskravet til virksomhetseier og virksomhetsledelse, som er forankret i de respektive helsetjenestelovene (lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisert helsetjenester m.m. og lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene). Forsvarlighetskravet er en rettslig standard, som i første omgang vurderes av tilsynsmyndigheten (fylkeslegene og Statens helsetilsyn). Deres praksis vil konkretisere innholdet i forsvarlighetskravet. Som et styringsmiddel for å bidra til nødvendig kvalitet og kompetanse i helsetjenesten, viderefører loven den offentlige godkjenning/autorisasjon av helsepersonell.

9.2.2 Intern kvalitetssikring

Tidligere har det i praksis i liten grad blitt etablert og gjennomført systematiske tiltak for kvalitetssikring innen norsk helsetjeneste. På enkelte områder har imidlertid slike tiltak blitt gjennomført, særlig for legemiddeltjenester, laboratorietjenester og tjenester som knytter seg til anskaffelse og bruk av medisinsk-teknisk utstyr.

Kvalitetssikring av laboratorietjenester skjer i relativt stor grad her i landet. Omfattende kvalitetskontrollopplegg er i dag en selvfølgelig del av virksomheten ved alle klinisk-kjemiske spesiallaboratorier. Intern kvalitetssikring dominerer, men også deltakelse i utenlandske kvalitetssikringsprogrammer forekommer.

En rekke vestlige industriland har kommet lengre i utviklingen av kvalitetssikringssystemer i helsetjenesten enn Norge. Det gjelder f.eks. USA, Canada, Australia, Spania, Italia, Forbundsrepublikken Tyskland, Holland, Belgia og England.

Verdens helseorganisasjons regionalkomité for Europa vedtok i 1984 en WHO-EURO-resolusjon med følgende ordlyd (delmål 31 i “Health for all”-strategien):

“By 1990 all Member States should have built effective mechanisms for ensuring quality of patient care within their health care systems”.

Norske regjeringer har i tiden etter 1984 gitt uttrykk for at anbefalingene skal følges opp, og dette har blant annet ført til en endring av § 3 i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Paragrafens nye bestemmelse trådte i kraft 1. januar 1994 og lyder:

“Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift”.

I februar 1995 utga Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Strategien ble utarbeidet for å klargjøre ansvar og oppgaver og motivere alle aktørene til å delta etter en samlet plan. Det overordnede målet i strategien var at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skulle ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssikrings-systemer for sin virksomhet innen år 2000. Tidsplanen har imidlertid vist seg å være for ambisiøs. For tiden arbeides det blant annet med å få utarbeidet en forskrift som beskriver hvordan internkontrollen skal utformes i praksis.

De statlige helsemyndigheter arbeider for å sikre at alle virksomheter innen helsetjenesten etablerer kvalitetssikrings- og internkontrollsystemer. *Sosial- og helsedepartementet* fastsetter overordnede mål og strategier for kvalitetsutvikling og påser at lov- og forskriftsverk støtter opp om kvalitetsutviklingen innen helsetjenesten. *Statens helsetilsyn* definerer sentrale innsatsområder, bidrar i forbindelse med opplæring, og initierer kvalitetsutviklingsprosjekter. Helsetilsynet bidrar også med erfaringsoverføring og etablering av faglig nettverk. *Den politiske og administrative ledelsen i kommuner og fylkeskommuner* har det overordnede ansvar for at kvalitetsutviklingsarbeidet i de enkelte virksomheter iverksettes og samordnes på en helhetlig måte. *Den lokale ledelse* står ansvarlig for at kvalitetssikringssystemet utvikles i sin organisasjon med særlig vekt på koordinering av samarbeid mellom avdelinger, funksjoner samt med andre institusjoner. *Den enkelte medarbeider* må ha en aktiv rolle i kvalitetsutviklingsprosessen og ha godt kjennskap til de krav som stilles i form av lover og forskrifter.

Som ledd i oppfølgingen av den nasjonale strategien, arbeider Helsetilsynet for å integrere kvalitetsutvikling i helsefaglig grunn-, videre- og etterutdanning. Det er også gitt økonomisk bistand og tilbud om veiledning til eksterne prosjekter som har som formål å innføre kvalitetsledelse som styringssystem, bygge opp kvalitetssikringssystemer eller gjennomføre kvalitetsforbedringsprosjekter.

Fylkeslegene er gitt økonomiske midler for å bidra til systematisk forbedringsarbeid, etablering av kvalitetssystemer og internkontroll gjennom blant annet råd og veiledning, skriftlig informasjon, foredrag samt opprettelse av kvalitetsfaglige nettverk i sine respektive fylker. Et kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten er dessuten forankret ved fylkeslegekontorene.

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. er kvalitetssikringsaspektet kommet inn i flere bestemmelser. Blant annet er Sosial- og helsedepartementet gitt hjemmel til å gi forskrifter med krav til tjenestene som omfattes av loven, jf. § 2–1 fjerde ledd. Etter lovens § 3–4 skal helseinstitusjoner som omfattes av loven ha kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll de er pålagt, jf. § 3 i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenes-

ten. I tillegg har loven krav om offentlig godkjenning av visse helseinstitusjoner.

9.2.3 Akkreditering/sertifisering

I helsevesenet er akkreditering foreløpig mest aktuelt for laboratorievirksomheten. Medisinsk laboratorievirksomhet deles inn i følgende hovedkategorier for akkreditering (akkrediteringsområder):

- patologi,
- immunologi og transfusjonsmedisin,
- mikrobiologi og
- klinisk kjemi

Følgende laboratorier i Norge er pr. 12. februar 2001 akkrediterte for medisinsk virksomhet (akkrediteringsområde i parentes):

- Aker Sykehus, Hormonlaboratoriet (klinisk kjemi),
- Først medisinsk laboratorium (klinisk kjemi og prøvetaking),
- Norlab Wille AS (klinisk kjemi),
- Regionsykehuset i Tromsø, Mikrobiologisk avdeling (mikrobiologi),
- Rikshospitalet, Klinisk-kjemisk avdeling (klinisk kjemi og prøvetaking),
- Sandefjord klinisk-kjemisk laboratorium AS (klinisk kjemi),
- Sero AS (klinisk kjemi),
- Statens rettsstoksikologiske institutt (klinisk kjemi).

I tillegg er Statens institutt for folkehelse, Avdeling for miljømedisin, akkreditert for organisk og uorganisk kjemi.

Norsk Akkreditering har pr. 12. februar 2001 tre søknader om akkreditering innen medisinsk laboratorievirksomhet til behandling; to søknader fra mikrobiologiske laboratorier og en søknad fra immunologi og transfusjonsmedisin/klinisk kjemi. Det forventes ytterligere fire-fem søknader i løpet av året. Interessen for akkreditering i helsevesenet har de siste par årene økt betydelig og mange medisinske laboratorier har nå som mål å oppnå akkreditering.

Når det gjelder sertifisering, opplyser Norsk Akkreditering at det er etablert sertifiseringsordninger for helseinstitusjoner i Norge. Tre ulike sertifiseringsorganer er akkreditert av Norsk Akkreditering for sertifisering innen helsesektoren. Det finnes bedriftshelsetjenester som er sertifisert, og også noen tekniske avdelinger ved Regionsykehuset i Trondheim.

Norsk Akkreditering har nå opprettet en samarbeidsgruppe som ser på egnetheten av den nye ISO 9001: 2000 som basis for kvalitetssikringssystem i helseinstitusjoner. Hensikten er å sette pasienten i fokus gjennom lederskap, personlig deltakelse, god ressursstyring, kontinuerlig forbedring og dokumenterte rutiner. Det skal utarbeides en veiledning for bruk av ISO 9001: 2000 i helseinstitusjoner. Målsettingen for gruppen er at tre helseinstitusjoner skal ha et slikt kvalitetssikringssystem innen januar 2002.

For øvrig er det nærmeste man i helsevesenet kommer sertifisering av personell den offentlige autorisasjon av helsepersonell og Sosial- og helsedepartementets godkjenning som spesialist i ulike fag.

9.3 Nærmere om rettsmedisinsk kvalitetssikring

9.3.1 Generelt

Rettsmedisinsk intern kvalitetssikring har stort sett vært drevet på samme nivå som kvalitetssikring i helsevesenet for øvrig. De institusjoner og personer som produserer tjenester har hatt rutiner for arbeidet, hvor mye er basert på at man skal holde seg til én fremgangsmåte og at flere personer skal stå for arbeidet og dermed kontrollere hverandre. Det har i liten grad vært felles standarder for hvordan arbeidet burde organiseres. Den enkelte produsent, institusjon eller sakkyndig, har etablert sine egne prosedyrer. I forbindelse med at kvalitetssikringsrutiner er kommet mer sentralt inn i helsevesenet for øvrig, er også rutiner ved produksjon av rettsmedisinske tjenester blitt mer eksplisitte, se nedenfor.

Rettsmedisinsk virksomhet har, i motsetning til resten av helsevesenet, i 100 år hatt en systematisk ekstern kvalitetssikring ved Den rettsmedisinske kommisjon.

9.3.1.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettsmedisin

Det stilles ingen formelle krav til utdanning eller yrkeserfaring for dem som skal bistå politi og påtalemyndighet som sakkyndig i deres etterforskning. Det stilles heller ingen slike formelle krav til personer som skal gjøre tjeneste som sakkyndig for retten. Om dette heter det i strpl. § 138 første ledd følgende:

“Enhver som retten oppnevner til å gjøre tjeneste som sakkyndig, plikter å påta seg vervet.”

Det er således retten alene som skal avgjøre om den aktuelle person har den nødvendige sakkunnskap.

Som det fremgår i pkt. 9.2.1 er det i helsepersonelloven fastsatt generelle kvalifikasjonskrav for helsepersonell. Forsvarlighetskravet vil dessuten gjelde også når helsepersonell bistår retten. I tillegg er det som nevnt i pkt. 10.2.2 og 11.2 etablert en særordning innen rettsmedisin for å bidra til at de sakkyndige er kvalifiserte, ved at sakkyndige som hovedregel skal hentes fra en nærmere definert gruppe, jf. strpl. § 140 annet ledd og forskrift 4. mars 1998 nr. 187 om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige. Faste sakkyndige plikter også å bistå politiet, jf. strpl. § 148, annet punktum.

9.3.1.2 Intern kvalitetssikring

Det finnes ingen særlige felles krav til intern kvalitetssikring for sakkyndige som utfører rettsmedisinsk virksomhet. Heller ikke er det utarbeidet generelle kriterier for akkreditering/sertifisering innen rettsmedisin.

9.3.1.3 Akkreditering/sertifisering

Av de sakkyndige som regelmessig utfører rettsmedisinsk arbeid, er det i Norge bare Statens rettsstoksikologiske institutt som har akkreditering for sine tjenester, se pkt. 9.2.3.

9.3.2 Rettspatologi

9.3.2.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettspatologi

Hverken i straffeprosessloven eller påtaleinstruksen stilles formelle krav til utdannelse eller praksis for å utøve rettspatologi i Norge. Formelle krav utover kravet til medisinsk embetseksamen stilles derfor i utgangspunktet ikke. Etter forskrift om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige er det "universitetslærere i rettsmedisin, prosektorer og andre overordnede leger ved rettsmedisinske eller patologisk-anatomiske institusjoner" som er faste sakkyndige i rettspatologiske spørsmål, jf. forskrift 4. mars 1988 nr. 187 pkt. 4 bokstav a (vedlegg 3). Siden rettsmedisinsk obduksjon nesten uten unntak skjer tidlig på etterforskningsstadiet, er det i praksis påtalemyndigheten som rekvirerer slike tjenester, jf. strpl. § 148. Faste sakkyndige har etter denne bestemmelsen plikt til å bistå påtalemyndigheten.

De som utøver rettspatologi ved universitetsklinikkene er i praksis alle medisinere med doktorgrad. Noen av dem har spesialitet i patologisk anatomi. Det finnes ingen formalisert utdannelse i faget, f.eks. i form av en spesialitet i rettsmedisin. Opplæring i sakkyndige likundersøkelser har derfor tradisjonelt skjedd ved intern oppfølging fra erfarne kolleger på arbeidsplassen. Norsk Rettsmedisinsk Forening har tatt initiativ overfor Sosial- og helsedepartementet for å få etablert en spesialitet i rettsmedisin i Norge. Saken har vært behandlet av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger, som ikke fant grunnlag for å kunne tilråde etableringen av en slik. Se for øvrig pkt. 4.1, 4.5, 13.4 og 14.4.1.

Tendensen i nyere tid har vært at rettspatologiske undersøkelser fortrinnsvis overlates til rettsmedisinere og av og til sykehuspatologer. I spesielle saker – som f.eks. ved spørsmål om medisinsk feilbehandling – deltar ofte kliniske eksperter ved obduksjonen.

9.3.2.2 Intern kvalitetssikring

Hvordan likåpning og likskue skal utføres er som nevnt under pkt. 8.2.1 ikke regulert nærmere. Det har imidlertid utviklet seg en fast praksis på området.

Før endringen i strpl. § 139 i 1994 ble det benyttet to sakkyndige ved praktisk talt alle rettsmedisinske obduksjoner, unntatt ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo, jf. pkt. 7.4.1.2. Ved dette instituttet var praksis å benytte én sakkyndig i enklere tilfeller, mens to ble benyttet i saker der domstolsbehandling var sannsynlig eller der saken ellers var av en slik art at sakkyndig skjønn ville kunne bli viktig i strafferettslig eller sivilrettslig sammenheng. Det var en av instituttets mest erfarne rettspatologer som avgjorde om sakens art krevde én eller to sakkyndige.

I Norge består rettspatologens rutinearbeid vesentlig i å utføre obduksjoner. I noen utstrekning utføres også undersøkelser av skader på levende personer. Sentralt i begge disse oppgavene er en korrekt og forståelig beskrivelse av skader, sykkelige forandringer, samt fortolkning av analysesvar og prøver tatt fra obduksjon. Med utgangspunkt i skader, sykkelige forandringer og slike analysesvar skal rettspatologen kunne avgjøre dødsårsak samt kunne vurdere om utseende av skader er forenlig med et oppgitt hendelsesforløp. For kvaliteten på rettspatologisk arbeid er derfor korrekte, og reproduerbare

og forståelige beskrivelser av skader og sykelige forandringer av helt avgjørende betydning.

Krav til beskrivelse av sykelige forandringer gjelder også de observasjoner som gjøres ved hjelp av mikroskop. Forutsetningen for dette er, som nevnt under pkt. 9.4, gode rutiner for prøvetaking, slik at vevsprøven som mikroskoperes virkelig stammer fra riktig avdød. Gode prøvemerkingssprosedyrer er avgjørende for å unngå forbytting av prøvene, og der er bruk av strekkoder ved merking av prøvene en mulighet. Under den tekniske behandlingen av prøvene kan forbytning likevel skje. Under håndtering av vevet er det umulig å merke dette direkte og dessuten kan avsmitting fra en vevsprøve til en annen ("floaters") forekomme. For å kunne skille ut slike artefakter fra virkelig sykelige forandringer, kreves gode kunnskaper i mikroskopisk patologi. Eventuelt kan DNA-analyse benyttes til å skille ut fremmed vev fra en prøve.

Den største utfordringen er trolig vurderingsdelen av obduksjonsfunn eller funn av skader på levende personer – opp mot oppgitte hendelsesforløp. Avgjørende er gode opplysninger om omstendighetene. Dette setter minimumskrav til politirapporter og eventuelle legerapporter/sykejournaler. Bruk av rekonstruksjoner som gjennomføres av politi i samarbeid med rettsmedisiner, kan være til stor hjelp. Samarbeidet mellom rettsmedisiner og så vel kriminalteknikere som taktiske etterforskere er derfor nødvendig for å oppnå høy kvalitet på vurderingsdelen av sakkyndigerklæringen.

Intern kvalitetskontroll i rettsmedisin/rettspatologi i praksis:

- Ved årsmøtet i Norsk Rettsmedisinsk Forening i 2000 vedtok man å arbeide for standardiserte protokoller for obduksjon. Dette innebærer at forskjellige typer dødsfall krever forskjellige, klart definerte fremgangsmåter ved selve undersøkelsen og setter spesifiserte minimumskrav til spesialundersøkelser og typer prøver som må tas (undersøkelse av hjerne ved nevropatolog, antall vevsprøver for mikroskopi, prøver for toksikologisk undersøkelse, prøve for DNA-undersøkelse osv.). Se her også pkt. 8.2.1.2 i.f. om anbefalingen fra Europarådets ministerkomité. I Sverige her Rättsmedicinalverket gitt instruksjon om hvilke prosedyrer for undersøkelse og prøvetaking som er påkrevet ved forskjellige typer dødsfall, se pkt. 5.3.1.2.2.
- Ideelt sett burde det være to uavhengige sakkyndige ved hver likåpning. Vurdering av skader og sykelige forandringer, ikke minst vurdering av mikroskopiske forandringer, er høyst subjektive anliggender. Ved vitenskapelig publisering av patologisk-anatomiske forandringer setter anerkjente tidsskrifter strenge krav til reproduserbarheten av de mikroskopiske undersøkelsene. Det kreves vanligvis at minst to uavhengige patologer kommer frem til samme resultat. Eventuelle avvik må angis og testes med statistiske metoder. Det er også vanlig at en og samme patolog utfører de samme mikroskopiske undersøkelsene to ganger med langt tids mellomrom på anonymiserte prøver. På denne måten tester man den intraindividuelle variabilitet. I rettsmedisinsk rutinepraksis synes det å være et rimelig krav at saker som med en viss sannsynlighet vil ende i retten, bør ha to sakkyndige for i størst mulig grad å kompensere for det

- subjektive element i undersøkelsen.
- Gode merkerutiner for prøveuttak, gjerne ved hjelp av strekkoder, samt gode laboratoriefasiliteter og rutiner for preparering av vevsprøver for mikroskopi og for andre analyser.
 - Interne kontrollrutiner, så som regelmessige faglige møter for diskusjon av problemkasus, standardisering av fortolkning av rettstoksikologiske prøvesvar, stikkprøvekontroll av vurderingen av mikroskopiske preparater ved kollega ("peer-review") er tiltak som bør implementeres.
 - Sluttkvalitetssikring av rapporter før de sendes oppdragsgiver. Ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo har man fra 2000 utført kvalitetssikring av alle rapporter som sendes ut. Kontrollen skjer ved at de sakkyndige leser hverandres saker. Erfaringen viser at det ikke rent sjelden oppdages banale feil som forbyttning av høyre og venstre, og også en sjelden gang direkte selvmotsigelser. Denne form for kvalitetssikring er nokså tidkrevende og det kan muligens diskuteres om den er nødvendig i alle typer saker.

9.3.2.3 Akkreditering/sertifisering

Den rettspatologiske virksomheten er ikke akkreditert/sertifisert ved noen av landets institusjoner som utfører den.

9.3.3 Rettsgenetikk

9.3.3.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettsgenetikk

Forskriften om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige har ingen bestemmelser eksplisitt om faste sakkyndige i rettsgenetikk. De faglige kvalifikasjonskravene til dem som utfører rettsgenetikk ivaretas av Rettsmedisinsk institutt selv. Seksjonene for rettsgenetikk har en faglig leder i professor II-stilling som innehas av en medisinert med rettsgenetikk som spesialområde. Overingeniørene har høyere akademisk utdanning (siv. ing./cand. scient.) med spesialkompetanse i rettsgenetikk. Avdelingsingeniørene har ulike ingeniørutdannelse og er ellers kvalifisert gjennom instituttintern utdanning og praksis.

9.3.3.2 Intern kvalitetssikring

Flere instanser har utarbeidet detaljerte retningslinjer for rettsgenetisk arbeid i straffesaker. Dette gjelder i USA National Research Council (NRC) og i Europa European DNA Profiling Group (EDNAP) og European Network of Forensic Science Institutes (ENFSI), som alle er sentrale organisasjoner for standardisering og kvalitetssikring av denne sakkyndigvirksomheten. De fleste europeiske laboratorier som påtar seg rettsgenetiske oppdrag er medlemmer av ENFSI, som bl.a. arrangerer regelmessige og relativt hyppige tester (såkalte "proficiency tests"). Rettsmedisinsk institutt deltar i EDNAP og ENFSI og følger retningslinjer utarbeidet av disse organene.

I dag er mange av de laboratoriene som utfører rettsgenetiske undersøkelser i utlandet akkreditert for arbeidet, og de som ikke er det, forventes å bli det innen få år. De retningslinjene som gjelder "chain of custody" beskrevet nedenfor i pkt. 9.4 gjelder fullt ut for rettsgenetiske analyser. Her skal nevnes

en del forhold som er særlig viktig ved kvalitetssikringen av rettsgenetisk arbeid:

- *Sporsikringen på åstedet* er åpenbart viktig. Det må ikke være tvil om at det spormateriale som kommer til analyselaboratoriet stammer fra åstedet. “Chain of custody” må altså starte her.
- *Analysefølsomheten* er også så høy, at man ofte må ta prøver av åstedsgranskere og andre som er saken uvedkommende for å utelukke at materiale kan stamme fra dem. Det samme gjelder det laboratoriepersonale som deltar ved analysene. Behovet for analyser av blindprøver for å avsløre “smitte” fra uvedkommende DNA i laboratoriet er også åpenbart.
- *Analysekvaliteten* (DNA-typingen) må også være til å stole på. Dette betyr i praksis utstrakt bruk av *kontroller* med kjent DNA-profil og andre analysestandarder.
- Erfaring har vist at laboratorier som skal utføre rettsgenetiske analyser bør delta i internasjonalt kvalitetssikringsarbeid ved *inter-laboratorietester* (“*proficiency testing*”), der man kan dokumentere riktige analyseresultater i ukjente prøver.

9.3.3.3 Akkreditering/sertifisering

Rettsmedisinsk institutt har i dag ingen sertifisering eller akkreditering. Instituttet har som målsetting å påbegynne arbeidet med dette etter at det nå har flyttet til nytt Rikshospital.

9.3.4 Rettstoksikologi

9.3.4.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettstoksikologi

Forskriften om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige overlater til Justisdepartementet å oppnevne faste sakkyndige i medisinsk-kjemiske spørsmål. For leger teller inntil tre års tjeneste ved Statens rettstoksikologiske institutt (SRI) som hovedutdannelse for spesialiteten klinisk farmakologi. For alle yrkeskategorier ved SRI drives det betydelig organisert intern og ekstern opplæring. En forsker og avdelingsoverlegen har professor II-stillinger ved Universitetet i Oslo.

9.3.4.2 Intern kvalitetssikring

Kvalitetssikring har alltid hatt en sentral plass i rettstoksikologisk virksomhet, med hovedmål å hindre prøveforbytting, samt besørge korrekte og kvantitativt riktige svar. Dette er i løpet av de siste 10–15 år blitt formalisert gjennom internasjonale retningslinjer for rettstoksikologisk virksomhet, og gjennom akkrediteringssystemer for rettstoksikologiske institutter. Instituttet arrangerer også fra ca. 8–10 år tilbake kvalitetskontroll av andre laboratorier i Norge som foretar rusmiddelanalyser, og av andre nordiske og noen europeiske institutter som utfører rettstoksikologiske analyser generelt. Fra 1999 har SRI en kontrollfunksjon med hensyn til de utåndingsinstrumenter som norsk politi benytter til såkalt bevisførende alkoholmålinger i utåndingsluft.

For 15–20 år siden ble mange analyser foretatt manuelt. Dagens system bygger på automatiserte analyser og IT-baserte resultatberegningsmetoder. Automatisering har i stor utstrekning blitt tatt i bruk ved de analysetyper der

det undersøkes store antall av enkeltprøver. Dette utvikles videre i mer komplekse laboratorieinformasjonssystemer (LIS) der informasjon om prøve-giver, prøvehåndtering, analytikk, kontroll, godkjenning, tolkning og svarut-sendelse i stor utstrekning blir regulert av etablerte IT-systemer. Alle disse automatiserte systemene anses i større grad enn de manuelle å kunne ivareta prøvesikring, samt sikre sporbarhet for enkelte prøver med hensyn til hånd-tering og analyse. Automatiseringen forventes å ville fortsette, og helt nye ekstraksjons- og analyseprinsipper vil bli løpende vurdert ettersom disse vil foreligge dokumentert i den vitenskapelige litteratur. Det fundamentale rettstoksikologiske prinsipp om anvendelse av to forskjellige analysemetoder som bakgrunn for stoffpåvisning vil bli opprettholdt.

9.3.4.3 Akkreditering/sertifisering

SRI ble i 1996 – som ett av de første rettstoksikologiske institutter i Europa – akkreditert innen området rettstoksikologiske analyser. Som et resultat av det løpende metodeutviklingsarbeidet er andelen av akkrediterte analysemetoder senere utvidet med flere nye metoder.

9.3.5 Rettsantropologi

9.3.5.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettsantropologi

Forskriften om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige har ingen bestemmelser eksplisitt om faste sakkyndige i rettsantropologi. Det er ikke utarbeidet formelle kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettsantropologiske tjenester i Norge. All rettsantropologi drives av medisinsk utdannede per-soner, men noen organisert utdanning på området finnes ikke. I praksis utføres arbeidet av en professor i anatomi, med over 30 års erfaring i skjeletti-dentifisering.

9.3.5.2 Intern kvalitetssikring

Det er ikke etablert noen formelle rutiner for intern kvalitetssikring.

9.3.5.3 Akkreditering/sertifisering

Virksomheten er ikke akkreditert/sertifisert.

9.3.6 Rettsodontologi

9.3.6.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettsodontologi

Forskriften om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige overlater til Jus-tisdepartementet å oppnevne faste sakkyndige i odontologiske spørsmål. Det foreligger ingen offisielle kvalifikasjonskrav for rettsodontologer. De som praktiserer rettsodontologi i Norge er tannleger av utdanning, og har eventu-elt lært rettsodontologi dels ved kurs, dels ved å følge en mer erfaren tannlege i praktiske saker.

9.3.6.2 Intern kvalitetssikring

Det er ingen generelle kvalitetssikringsrutiner eller -krav. Identifiseringsgrup-pen (ID-gruppen) ved Kripas har utarbeidet forslag til retningslinjer for

interne kvalitetssikringstiltak for gruppens arbeid, men disse er ennå ikke formelt implementert. I praksis følges imidlertid forslaget i stor grad.

Som regel utføres det praktiske arbeidet i den enkelte sak av to tannleger, noe som innebærer gjensidig kontroll og rådgøring.

Alle erklæringer om identifikasjon skal medunderskrives av den rettsodontologiske lederen for ID-gruppen. Videre går alle rapporter i Oslo gjennom Avdeling for patologi og rettsodontologi ved Det odontologiske fakultet, og medunderskrives der av en professor i rettsodontologi. De faste rettsodontologene er dessuten tilgjengelige for rådgøring og diskusjoner.

9.3.6.3 Akkreditering/sertifisering

I utgangspunktet finnes ikke noen akkreditering/sertifisering, verken for den enkelte tannlege eller f.eks. det enkelte laboratorium. Oppnevning som fast rettsodontolog av DRK kan imidlertid anses som en form for sertifisering. Det er imidlertid ingen formaliserte krav til dokumentasjon av teoretiske og praktiske kunnskaper, og heller ingen avleggelse av prøve.

9.3.7 Klinisk rettsmedisin

9.3.7.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører klinisk rettsmedisin

Forskriften om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige har ingen bestemmelser eksplisitt om faste sakkyndige i klinisk rettsmedisin, men angir "godkjente spesialister i kirurgi, intern medisin, neurologi og gynekologi og obstetikk for så vidt gjelder saker som omfattes av deres spesialitet, jf. forskriften pkt. 4 bokstav b. Klinisk rettsmedisin utføres i stor grad av ordinært helsepersonell i de lokale helseinstitusjoner.

Ved Voldtektsmottaket i Oslo utføres alle undersøkelser på dagtid av ansvarlig overlege, eller dennes stedfortreder, assistert av sykepleiere. Ellers foretas undersøkelsene av legevaktens vanlige leger assistert av sykepleiere. Både leger og sykepleiere som gjennomfører rettsmedisinske undersøkelser ved mottakene i Oslo og Bergen har gjennomgått et kort kurs om de rettsmedisinske undersøkelsene og forholdet til behandling. Sosialkonsulentene ved mottaket i Oslo har hatt en egen undervisning i kriseintervensjon. Det hender at sosialkonsulentene avgir erklæringer til bistandsadvokat og politi, men de er ikke spesielt trent i dette, slik at det ofte er utskrift av behandlingsjournal som oversendes. Som sosialkonsulenter ved et sosialkontor arbeider de også under et annet lovverk enn helsepersonellet. Dette medfører også uklarhet om hvem som skal og hvordan man skal kvalitetssikre arbeidet.

Ved de andre voldtektsmottakene er kvalifikasjonene svært variable. Kurstilbudet er dårlig, og det stilles ikke krav om å ha gjennomgått kurs eller opplæring. Det forekommer at arbeidet utføres av den minst erfarne legen, og det er sjelden system for veiledning.

9.3.7.2 Intern kvalitetssikring

Det er i dag ingen formelle krav om rutiner for intern kvalitetssikring av tjenestene.

Klinisk rettsmedisin stiller særskilte krav til nøyaktig dokumentasjon av arbeidet i den enkelte sak. Dokumentasjonsmetodene er noe forskjellige, alt

etter om det gjelder seksuelt overgrep mot voksne, mot barn eller voldsskader. For dokumentasjon ved undersøkelse av voldssaker, se pkt. 8.7.1.3.

Ved undersøkelse av seksuelle overgrep mot voksne skrives det en grunnjournal, som omfatter kort beskrivelse av oppgitt hendelsesforløp, beskrivelse av psykisk tilstand, beskrivelse av skader med ord, skisser og fotos, samt beskrivelse av affiserte kroppsåpninger. Fotografering gjennom spesialkikkert (kolposkop) av underliv/anus ville kunne være av verdi i flere saker, men få eller ingen mottak har i dag slik mulighet. Det sikres biologisk materiale som sæd, blod, spytt fra kropp og affiserte kroppsåpninger, og det tas beslag i tøy. Ved mistanke om påført rus eller utnyttelse under rus tas rettstoksikologiske prøver.

Parallelt med sporsikringen gjøres medisinsk testing med hensyn til seksuelt overførbare sykdommer, graviditet og det vurderes behandlingstiltak i forhold til skader og sykdommer (f.eks. chlamydia og HIV).

Siden få av pasientene har tatt stilling til anmeldelse på undersøkelsestidspunktet, oppbevares sikret bevis nedlåst inntil 3 måneder i påvente av eventuell anmeldelse. Ved anmeldelse utleveres dette til politiet mot fritak fra taushetsplikt. I Oslo omarbeides grunnjournalen til legeerklæring, andre steder sendes grunnjournalen.

Ved undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn skrives det en grunnjournal, men i tillegg tas det fotografier, og i den senere tid videotape, av selve undersøkelsen. I tillegg foretas dokumentasjon ved sædprøver, bakteriologiske prøver, virusprøver og eventuelt testing av blod eller annet biologisk materiale.

Gjennom de siste 7–8 årene har det skjedd en gradvis utvikling av en samhandling mellom det kliniske og det rettsmedisinske fagmiljøet, noe som i hovedsak har gått ut på å utvikle en god dokumentasjonsform.

Ved Voldtekstmottaket i Oslo gjennomgår ansvarlig overlege hver sak med den undersøkende lege, noe som ikke sjelden fører til at pasienten kommer tilbake for supplerende undersøkelser/samtale innen få dager. Det er overlegen som har hovedansvaret for å utarbeide sakkyndigerklæringen. Tilsvarende gjelder for voldssakene. Ved de andre mottakene synes det som om den enkelte lege står ansvarlig for eget arbeid, ofte uten noen å rådføre seg med.

Gjennom samarbeidet med det rettsmedisinske miljøet har det også utviklet seg et samarbeid rundt bistand fra det kliniske miljøet ved likundersøkelser. Dette har vist seg svært nyttig, da kliniske fagpersoner kan bringe kompetanse og problemstillinger inn rundt den rettsmedisinske likundersøkelsen, som i flere tilfeller har resultert i at man har avklart at et dødsfall skyldes mishandling eller overgrep. Denne utviklingen er i tråd med utviklingen i flere av de vestlige landene det er naturlig å sammenligne seg med, som Storbritannia og USA. Her har det utviklet seg "death review groups" som foretar gjennomgang av alle barnedødsfall i en tverrfaglig sammensatt gruppe med rettsmedisinere og klinikere fra forskjellige fagmiljøer. Nordisk forening mot barnemishandling og omsorgssvikt foreslo høsten 1999 overfor Sosial- og helsedepartementet og Justisdepartementet etablering av dødsårsaksgrupper i Norge, noe departementene i utgangspunktet stilte seg åpen for.

9.3.7.3 Akkreditering/sertifisering

Det finnes ingen ordninger for akkreditering/sertifisering.

9.3.8 Rettspsykiatri**9.3.8.1 Kvalifikasjonskrav til dem som utfører rettspsykiatri**

Forskriften om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige har bestemmelser eksplisitt om faste sakkyndige i psykiatriske spørsmål, jf. pkt. 10.2.2 og 11.2.1. Det stilles ingen formelle krav til den som skal utføre den foreløpige rettspsykiatriske undersøkelsen. I noen byer benyttes faste politileger som spesialisierer seg på dette, andre steder benyttes ansatte ved psykiatriske institusjoner eller privatpraktiserende psykiatere eller psykologer. Det finnes ingen organisert opplæring.

Det stilles ingen formelle krav til særskilt kompetanse for å foreta full rettspsykiatrisk undersøkelse. Som regel oppnevnes to psykiatere, men tidvis oppnevnes heller en kvalifisert assistentlege eller en spesialist i klinisk psykologi sammen med en psykiater. I løpet av utdannelsestiden for spesialister i psykiatri, vil det stort sett være liten opplæring i rettspsykiatriske problemstillinger. Spesialistutdannelsen har de siste 10 årene inneholdt ca. fem timers undervisning om sakkyndigvirksomhet. Den kliniske problemstilling om hvorvidt en person har en psykose (er sinnssyk) er imidlertid helt sentral i psykiatriutdannelsen. Sjelsevnediagnostikk foregår imidlertid kun i forhold til rettsvesenet. Når de nye særreaksjonsbestemmelsene trer i kraft, vil det være behov for vurderinger av fremtidig farlighet hos tilregnelige og utilregnelige lovbyggere. Dette vil være en kompetanse man ikke uten videre kan anta at alle psykiatere innehar. Når man videre tar i betraktning de uvanlige mandatene i enkelte saker, jf. pkt. 8.8, vil det være langt mellom spesialister med relevant kompetanse.

9.3.8.2 Intern kvalitetssikring

Det er bare én sakkyndig som avgir den foreløpige rettspsykiatriske erklæringen, og det er i alminnelighet ingen ekstern kvalitetskontroll.

Det er langvarig praksis for å oppnevne to sakkyndige for å foreta full psykiatrisk undersøkelse. Selv om hovedregelen i strpl. § 139 første ledd nå er at retten bare skal oppnevne én sakkyndig innen den enkelte type sakkyndighet i straffesaker, jf. pkt. 7.4.1.2, må det kunne legges til grunn at det ikke har vært meningen å endre praksis radikalt på dette området. Bestemmelsen er formulert slik at retten må foreta en konkret vurdering. Riksadvokaten har dessuten i brev av 31. oktober 1995 gitt retningslinjer for påtalemyndigheten om at det ved fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse i alminnelighet vil være grunn til å foreslå oppnevnt to sakkyndige.

Rettspsykiatrisk arbeid kan ikke kvalitetssikres på samme måte som laboriemedisin. Man kan ikke akkreditere undersøkelsene, men man kan forlange at undersøkelsene følger visse formalia, for eksempel vedrørende antall samtaler, bruk av standardiserte scoringsinstrumenter og dokumentering av dette ved protokoll. Det er også mulig å sertifisere psykiatere og psykologer som påtar seg sakkyndigoppdrag, men i Norge finnes ingen særlig utdanning i sakkyndighet for retten, og heller ingen egentlig sertifiseringsordning.

I forskrift 4. mars 1988 nr. 187 om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige, er det i pkt. 2 angitt hvilke leger som kan være faste sakkyndige i psykiatriske spørsmål. Angivelsen kan sammenlignes med en sertifiseringssordning, der innehavere av bestemte stillinger og andre med utdanning på et definert nivå (tilsvarende spesialist i psykiatri) automatisk er sertifisert. Autoriserte leger som ikke er spesialister i psykiatri kan søke DRK om godkjenning som fast sakkyndig. Det samme gjelder for psykologer som ikke er spesialister i klinisk psykologi. Psykologspesialister har i dag ikke obligatorisk undervisning i sakkyndigoppdrag, men Norsk Psykologforening arbeider med å utvikle et slikt undervisningsprogram.

Når det gjelder interne kvalitetssikringsrutiner ved psykiatrisk arbeid, finnes det ikke retningslinjer utarbeidet i fagmiljøene. DRK har søkt å påvirke de sakkyndige ved å anbefale at enhver observand må undersøkes av minst to sakkyndige og ved minst to anledninger av hver av de sakkyndige, se Årsberetning fra Den rettsmedisinske kommisjon, psykiatrisk gruppe, 1994 side 16. Dette er en kvalitetssikringsrutine som kan si noe om sinnsstemningen hos observanden er den samme over tid. Samme sted fremgår at kommisjonen anbefaler de sakkyndige i hvert fall i første runde å snakke med observanden alene, altså uten den andre sakkyndige. Dette vil etter DRKs oppfatning gi mer uavhengige observasjoner. DRK mener også at observander som ikke behersker norsk, må ha tilgang på tolk i kontakt med de sakkyndige, noe som ikke alltid er tilfellet i dag. Videre mener DRK at de sakkyndige må stille en diagnose i henhold til det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (World Health Organization's International Classification of Diseases, 10. revisjon), i tillegg til den rettspsykiatriske diagnosen, se Orientering fra DRK, psykiatrisk gruppe nr. 2, desember 1999. Dette er en oppfordring som fagmiljøene har fulgt, og som gjør det lettere å overprøve den rettspsykiatriske diagnostikk. DRK mener også at det ikke er tilstrekkelig med klinisk skjønn ved diagnostikk av personer som antas å kunne være psykisk utviklingshemmede. Her må suppleres med psykologisk testing, se Orientering fra DRK, psykiatrisk gruppe nr. 1, august 1999.

Disse retningslinjene har utviklet seg ettersom psykiatrien som fag har utviklet seg. DRK har forsøkt å holde en minstandard for kvaliteten på sakkyndigarbeidet, men kan ikke pålegge, bare anbefale fremgangsmåter. Da ingen offentlig instans har ansvar for produksjon av rettspsykiatriske erklæringer, er det heller ingen institusjon som kan utarbeide rutiner. Den enkelte sakkyndige må i dag selv etablere de kvalitetssikringsrutiner vedkommende finner nødvendig.

DRK, psykiatrisk gruppes tidligere formenn, professor Leo Eitinger og professor Nils Retterstøl, har sammen utgitt lærebok i rettspsykiatri. Denne beskriver hvordan en rettspsykiatrisk undersøkelse skal utføres. Det er imidlertid ikke klart om dette er retningslinjer de har utarbeidet som kommisjonsmedlemmer eller som professorer i psykiatri.

DRK, psykiatrisk gruppe har i sin årsmelding for 1994 utgitt retningslinjer for rettspsykiatriske erklæringer. En arbeidsgruppe oppnevnt av Justisdepartementet overleverte 1. juni 1994 en rapport om visse spørsmål ved bruk av rettspsykiatrisk sakkyndighet, herunder en vurdering av behovet for retningslinjer for rettspsykiatriske erklæringer (se ovenfor i pkt. 4.3). Arbeids-

gruppen utarbeidet et utkast til retningslinjer. Justisdepartementet har arbeidet videre med utkastet, men det er fortsatt uvisst når ferdigstillelse av retningslinjene kan skje. Uansett vil de neppe bli så omfattende som i Sverige eller Danmark (Rättsmedicinalverkets henholdsvis Retslægerådets protokoller for slik virksomhet).

9.3.8.3 Akkreditering/sertifisering

Så lenge det ikke finnes utdanning eller standarder er dette uaktuelt.

9.4 Bevissikringskjeden ("chain of custody")

Et sentralt begrep i kvalitetssikringsarbeid er den såkalte bevissikringskjeden ("chain of custody"). Når et bevis legges frem for rettslig granskning, må man ha tilstrekkelig sikkerhet for at beviset og de tilhørende dokumenter er autentiske. Bevissikringskjeden skal derfor sikre:

- a) korrekt kobling mellom prøvemateriale og dokumenter
- a) korrekt overføring av data mellom dokumenter og
- a) korrekt overføring av materiale ved uttak til spesialundersøkelser, og ved de enkelte trinnene i slike undersøkelser.

Behovet for bevissikringskjede er tilstede ved enhver rettsmedisinsk utredning (av dødsfall, for selve obduksjonsprosessen) og for alt prøvemateriale som tas ut i et rettsmedisinsk tilfelle.

For visse typer spesialundersøkelser finnes det internasjonale retningslinjer, f.eks. regler fra SOFT (Society of Forensic Toxicologists) i USA for rettstoksikologiske analyser ved obduksjoner, og slike retningslinjer omfatter ivaretagelsen av bevissikringskjeden.

I det følgende illustreres behovet for en bevissikringskjede ved uttak av prøver ved obduksjoner.

Bevissikringskjeden starter når prøven tas ut, fortsetter med prøvens transport til analyselaboratoriet, omfatter hva som skjer med prøven i laboratoriet og hvordan resultatene blir returnert til den person som er autorisert til å motta dem.

Bevissikringskjeden utgjør således ofte en sirkel som starter og slutter hos rekvirenten for prøvematerialet som sendes til spesialanalyse.

Kjeden skal sikre at det rette materialet kommer til laboratoriet og at det tilhørende analyseresultat går tilbake til korrekt rekvirent. Alle disse trinnene krever dokumentering, fra merket på prøvebeholderen til den endelige (tolkede) analyserapporten.

Resultatsikringsprosedyrene skal være slik at man i ettertid kan identifisere enhver person som har behandlet prøven, ethvert uttak, ekstrakt eller derivat av prøvens innhold som brukes i analysen. Det skal også dokumenteres hvem som har hatt ansvar for analyseresultatene. Det er således nødvendig å vite hva hver person gjorde med prøven, uttaket, ekstraktet eller lignende. Dersom personen ga prøven ut av sin varetekt ("custody"), hvem mottok prøven eller hvor ble den plassert? Hvordan var sikringen av slike mid-

lertidige lagringssteder? Når gjennomgikk prøven den forskjellige behandlingen? Hvorfor skjedde disse? Hvilke analyser ble utført, med hvilke resultat? Når og hvordan ble resultatene rapportert? Når, hvor og hvordan ble prøven lagret til slutt, og for hvilket tidsrom?

For hver prøve skal det således foreligge et dokument som gjør det mulig å spore den fullstendige historie med hensyn til behandling, analyse og lagring for prøven og alle uttak, m.m. fra denne.

Færrest mulig personer bør ha adgang til det opprinnelige materiale, til prøvene, uttak etc. samt dokumentasjonen. Ikke-autoriserte personer må ikke ha adgang til å kunne påvirke bevismateriale. Disse forhold tilsier at alle lokaler som benyttes i en bevissikringskjede må være sikret med adgang kun for autorisert personale. Bevissikringskjeden inneholder flere trinn. Til hvert trinn skal det være knyttet prosedyrer som ivaretar de forhold som er nevnt ovenfor.

Noen momenter:

- Det er viktig at det i størst mulig utstrekning finnes skrevne prosedyrer som det kan refereres til ved prøvetaking, merking, forsendelse, mottak i analyselaboratorium, analyse og svarrapportering. Slike prosedyrer skal finnes arkivert, og ved endringer (som bør dateres) skal tidligere versjoner arkiveres.
- Det må bygges opp særskilte signeringsrutiner, merke- og forseglingsprosedyrer og skjemaer som ivaretar bevissikringskjeden.
- Det bør i størst mulig utstrekning benyttes kvalitetskontrollerte IT-systemer ved overføring av prøvemateriale til (nye) prøvebeholdere (strekkekoder), ved kobling av prøvemateriale til dokumenter (strekkekoder) og ved overføring av informasjon mellom dokumenter. Således bør opplysninger som en gang er innlagt i et system og som er kontrollert, i prinsippet aldri legges inn på nytt.
- Det er viktig at flere enn en person ivaretar forskjellige kritiske punkter i en bevissikringskjede. Foruten selve obduksjonen kan dette gjelde f.eks. uttak av prøver til spesialanalyser, gjennomføringen av forskjellige spesialanalyser og rapporteringen av forskjellige analysesvar.
- I forbindelse med visse spesialanalyser må det utvikles spesielle regelverk for å ivareta bevissikringskjede på en tilfredsstillende måte. Dette kan illustreres ved et eksempel fra rettstoksikologien. I en del tilfelle ønsker obdusentene å gjøre visse orienterende rettstoksikologiske analyser i lokale laboratorier, som ofte ikke vil ha den nødvendige instrumentering til å gjennomføre bekreftelse med uavhengige analysemetoder (et krav for at resultatene skal ha tilstrekkelig beviskraft). I slike situasjoner bør det foreligge rutiner for parallell sikring av prøvemateriale, som er betryggende forseglet og lagret, for bekreftelseanalyser i rettstoksikologisk laboratorium. Tilsvarende situasjon vil også kunne tenkes for prøveuttak til andre spesialanalyser.
- Det må vurderes om slike uttak som nevnt i foregående punkt generelt skulle skje oftere i forbindelse med obduksjoner. Det kan i visse tilfeller bli spørsmål om å få undersøkt materiale ved et annet laboratorium enn det som vanligvis står for de rettslige spesialanalysene. I andre tilfelle kan det fremkomme behov for helt nye analyser på et sent tidspunkt, der mate-

riale sikret under obduksjonen kan være av betydning.

Kapittel 10

Ekstern kvalitetssikring – Den rettsmedisinske kommisjon i dag

Virksomheten til Den rettsmedisinske kommisjon er regulert av bestemmelsene i strpl. §§ 146 og 147 og forskrifter gitt ved kongelig resolusjon 4. mars 1998 nr. 188 om Den rettsmedisinske kommisjon. I det følgende presenteres kommisjonens historikk (10.1), dagens regelverk (10.2), kommisjonens organisasjon og sammensetning (10.3), kommisjonens økonomiske forhold (10.4), kommisjonens arbeidsmåte ved behandling av enkeltsaker (10.5) og kommisjonens rådgivningsfunksjon (10.6).

10.1 Den rettsmedisinske kommisjons historikk

10.1.1 Bakgrunnen for opprettelsen

I 1893 reiste medisinaldirektøren spørsmål om en endring av reglene om sakkyndiges tjenestegjøring i straffesaker. Temaet var behandlet på Den norske kriminalistforenings møte i 1893, hvor politilege Paul Winge hadde fremlagt et utkast til endringer. Justisdepartementet nedsatte i 1886 en komite som fikk i mandat å vurdere om det var nødvendig å revidere reglene, og i tilfelle å komme med forslag til nye regler.

Komiteen avga innstilling i juni 1887. Komiteen konkluderte med at en reform var påkrevet, og at det særlig var nødvendig å styrke og utvikle sakkyndigheten i forhold til domstolene. Det var en viss uenighet om hvordan dette best kunne skje. Flertallet gikk inn for å opprette en “fuldt kompetent rettsmedisinsk centralinstitution for det hele land”. Som begrunnelse for dette ble særlig fremhevet viktigheten av en “enhet i og en ensartet utvikling af sakkyndigheden, dens arbeide og resultater”. Hvordan kommisjonen burde sammensettes, var det en viss uenighet om i komiteen.

Kommisjonens oppgave skulle være todelt. Den skulle for det første ha en *veiledende* funksjon overfor de sakkyndige, som skulle kunne henvende seg til kommisjonen for å få råd om enkeltsaker, og om praktisk-rettsmedisinske spørsmål. Kommisjonen skulle også gi retten, påtalemyndigheten og den offentlige forsvarer den veiledning som måtte ønskes. Også “administrasjonen” skulle kunne henvende seg til kommisjonen om rettsmedisinske spørsmål. For det andre skulle kommisjonen være *kontrollerende*, idet sakkyndiges erklæringer i straffesaker skulle forelegges kommisjonen.

Etter en omfattende høring ble saken lagt frem for Stortinget som bevilgningssak. Stortinget besluttet 30. november 1899 å bevilge midler til drift av Den rettsmedisinske kommisjon fra 1. juli 1900.

10.1.2 De første reglene om kommisjonens virksomhet

Ved kongelig resolusjon 30. juni 1900 ble det besluttet at det med virkning fra 1. juli 1900 skulle opprettes en rettsmedisinsk kommisjon med sete i Kristiania. Samtidig ble det gitt nærmere regler om kommisjonens virksomhet i

“Reglement for den rettsmedisinske kommisjon og de rettsmedisinske sakkyndige”. Resolusjonen med reglementet er inntatt som vedlegg 1.

10.1.2.1 Kommisjonens sammensetning

Kommisjonens sammensetning er beskrevet i §§ 3 og 4. Kommisjonen skulle bestå av fem medlemmer, fordelt på to grupper. Tre medlemmer utgjorde gruppe en. Ved oppnevningen av disse skulle det tas hensyn til utdanning i patologisk anatomi, fødselsvitenskap eller kirurgi. De to øvrige som utgjorde gruppe to, skulle ha erfaring og kyndighet i psykiatri. I tillegg til de fem faste medlemmer skulle det oppnevnes fem “tilforordnede” medlemmer som etter beslutning av kommisjonen kunne tiltre denne. Dessuten kunne departementet etter § 5 beskikke ekstraordinære medlemmer hvor kommisjonen ble forelagt spørsmål som krevde spesiell fagkyndighet.

10.1.2.2 De faste sakkyndige

Strpl. 1887 § 192 første ledd hadde en regel om sakkyndige som lød slik:

“Hvor sakkyndighet for visse arter tilfælde er fast beskikket, tjenestegjør disse medmindre særegne omstændigheder er til hinder derfor eller gjør det utilrådelig.”

Reglementets § 1 inneholdt nærmere bestemmelser om hvem som i forhold til denne bestemmelsen var å anse som faste rettsmedisinske sakkyndige, jf. nærmere vedlegg 1.

I 1914, 1915 og 1921 ble det gjort visse endringer i hvem som var faste rettsmedisinske sakkyndige.

10.1.2.3 Innsendingsplikten

I reglementets § 2 ble gitt en regel om innsendingsplikt til kommisjonen. Innsendingsplikten omfattet:

- en beskrivelse av “den foretagne forretning”,
- den skriftlige erklæringen, og
- så vidt mulig “de fornødne preparater og annet forhåndenværende bevismateriale”.

10.1.3 Endringer i reglene

10.1.3.1 Reglementet av 1931

Nytt reglement ble gitt ved kongelig resolusjon av 13. november 1931. Den vesentligste endring besto i hvem som i henhold til reglenes § 1 var å anse som faste rettsmedisinske sakkyndige. Videre kom det inn en regel (§ 2 annet ledd) om innsendingsplikt av et referat av den sakkyndiges muntlige forklaring for retten, hvor det “under hovedforhandlingen gis sakkyndige uttalelser som avviker fra den skriftlige erklæring, eller på vesentlige punkter utfyller den.”

10.1.3.2 Reglementsendringen i 1946

Reglementet ble revidert på nytt ved kongelig resolusjon av 30. august 1946. Endringene gjaldt organiseringen av kommisjonen, idet de to gruppene nå hver skulle ha tre medlemmer. kompetansekravene ble formulert slik (§ 3 annet ledd):

“Ved beskikkelsen av medlemmer i første gruppe tas for 2 medlemmers vedkommende hensyn til spesialkunnskap i alminnelig rettsmedisin og patologisk anatomi samt for den enes vedkommende om mulig også i kirurgi, for tredje medlems vedkommende til spesialkunnskap i fødselsvitenskap og kvinnesykdommer. Ved beskikkelsen av medlemmer i den annen gruppe legges særlig vekt på erfaring og kyndighet i rettspsykiatri.”

10.2 Dagens regelverk

10.2.1 Lovfesting av regler om kommisjonen i straffeprosessloven av 1981

Regler om kommisjonen ble ikke innarbeidet i straffeprosessloven av 1887. Lovfesting av kommisjonens rolle skjedde først i straffeprosessloven av 1981. Straffeprosesslovkomiteen uttalte at kommisjonen “spiller en så sentral rolle i sakkyndighetsvesenet i straffesaker at den bør ha uttrykkelig hjemmel i loven” (Innstillingen side 218). Hovedregelen om kommisjonen er inntatt i strpl. § 146, som lyder:

“Det skal for hele riket være en rettsmedisinsk kommisjon som veiledende organ i rettsmedisinske spørsmål. Medlemmene oppnevnes av Kongen. Kommisjonen kan deles i flere avdelinger.

Kongen gir nærmere regler for kommisjonen og dens arbeidsordning.”

De vesentligste regler i reglementet fra 1946 ble også lovfestet. Innsendingsplikten ble tatt inn i § 147:

“Enhver som tjenestgjør som sakkyndig i rettsmedisinske spørsmål, skal straks sende den rettsmedisinske kommisjon avskrift av den skriftlige erklæring som han gir retten eller påtalemyndigheten. Dette gjelder ikke ved foreløpige erklæringer som nevnt i § 165 tredje ledd.

Såfremt den sakkyndige under hovedforhandlingen gir uttalelser som avviker fra den skriftlige erklæring eller på vesentlige punkter utfyller den, skal han sende kommisjonen et referat av sin muntlige forklaring.

Kommisjonen skal gjennomgå de innkomne erklæringer og uttalelser. Finner den vesentlige mangler, skal den gjøre retten eller i tilfelle påtalemyndigheten oppmerksom på det.”

Regelen om faste sakkyndige i strpl. 1887 § 192 første ledd ble videreført. I strpl. § 140 ble det tatt inn en regel om at Kongen kan anta faste sakkyndige til å gjøre tjeneste i visse arter av spørsmål, og at disse “gjør tjeneste om ikke særlige forhold tilsier noe annet”. I § 148, som gjelder påtalemyndighetens bruk av sakkyndige, ble det lovfestet at de faste sakkyndige “har plikt til å gjøre tjeneste”.

10.2.2 De någjeldende forskrifter

Reglene om kommisjonen ble revidert ved to kongelige resolusjoner 4. mars 1988 (nr. 187 og 188). Regelverket ble da delt opp, slik at reglene om faste rettsmedisinske sakkyndige ble skilt ut som egen forskrift (forskrift nr. 187, se vedlegg 3).

Departementet har gjennom årene oppnevnt leger og andre som faste sakkyndige, men det har ikke vært noen systematisk kunngjøring av hvem som har fått slik oppnevning. Dermed har dette i alminnelighet vært ukjent for partene. Dessuten synes domstolene i begrenset grad å ha forholdt seg til reglene om faste sakkyndige. Sakkyndige oppnevnes i alminnelighet etter forslag fra partene eller retten, og det tas da utgangspunkt i hvem som har erfaring og kompetanse, helt uavhengig av listen over faste sakkyndige.

Forskriften om kommisjonen (forskrift nr. 188, se vedlegg 2) innebar ikke videre endringer. Man opprettholdt inndelingen i to faggrupper; gruppe I for alminnelige rettsmedisinske spørsmål og gruppe II for rettspsykiatriske spørsmål. Oppnevningsperioden ble redusert fra 10 til 5 år. Kvalifikasjonskravene for medlemmene i den alminnelige gruppe ble noe endret, og ble nå angitt slik:

“Ved oppnevning av medlemmer i første gruppe tas for to medlemmers vedkommende hensyn til spesialkunnskap i alminnelige rettsmedisin og patologisk anatomi samt for den enes vedkommende om mulig også i kirurgi. For det tredje medlems vedkommende tas hensyn til spesialkunnskap i intern medisin og toksikologi, samt om mulig også i kirurgi.”

10.3 Organisasjon og sammensetning

Den rettsmedisinske kommisjons to grupper (alminnelig gruppe og psykiatrisk gruppe) deler sakene mellom seg ved at alle rettsmedisinske spørsmål som ikke er rettspsykiatriske behandles av alminnelig gruppe. Hver av de to gruppene har en formann, hvorav den ene er formann for den samlede kommisjon.

Hver gruppe består av tre medlemmer med varamedlemmer, som alle har betydelig erfaring fra rettsmedisinsk/rettspsykiatrisk sakkyndigvirksomhet. I tillegg har begge gruppene i dag et panel av faste ekstraordinære medlemmer. Disse er oppnevnt av Justisdepartementet med hjemmel i forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon § 3, og skal ivareta kommisjonens behov for medisinsk spesialsakkyndighet. Alminnelig gruppe har elleve faste ekstraordinære medlemmer som dekker følgende fagområder: generell kirurgi, gynekologi, obstetikk, anesthesiologi, akuttmedisin, farmakologi, toksikologi, rettstoksikologi, barnesykdommer, barnekirurgi, skademedisin og rettsgenetikk. Psykiatrisk gruppe har to faste ekstraordinære medlemmer, som dekker fagområdene klinisk psykologi, nevropsykologi og barnepsykiatri.

10.4 Økonomi

Utgiftene til Den rettsmedisinske kommisjon dekkes over Justisdepartementets budsjettkapittel 0466 Advokatutgifter m.m. Medlemmene har hittil fått

godtgjørelse etter Arbeids- og administrasjonsdepartementets faste timesatser for arbeid i statlige utvalg. Arbeids- og administrasjonsdepartementet har imidlertid med virkning fra 1. januar 2001 unntatt lederne og medlemmene i Den rettsmedisinske kommisjon fra disse bestemmelsene. Nye timesatser er derfor kr 500,- for ledere og kr 400,- for øvrige medlemmer.

For alminnelig gruppe ble det i 1999 fakturert honorar på 2 993 timer (hvorav lederen ca. 1 200 timer) og for psykiatrisk gruppe på 1 136 timer (hvorav lederen 330 timer). Med utgangspunkt i at et årsverk er 1 800 timer, utgjorde arbeidet i alminnelig gruppe i 1999 $1\frac{2}{3}$ årsverk, hvorav lederen arbeidet $\frac{2}{3}$ årsverk. Arbeidet i psykiatrisk gruppe utgjorde til sammen $\frac{3}{5}$ årsverk, hvorav lederen arbeidet $\frac{1}{5}$ årsverk. Timesatsen var i 1999 kr 275,- for lederne av alminnelig og psykiatrisk gruppe, og kr 225,- for de øvrige medlemmene. Honorarutgiftene til DRKs medlemmer (inkl. faste ekstraordinære medlemmer) utgjorde i 1999 således ca. 1 million kroner.

Det anslås at ca. 1,5 årsverk benyttes til sekretær- og arkivarbeid for DRK i og utenfor Justisdepartementet. Dette belastes i sin helhet kommisjonens budsjett. Totale lønnskostnader til dette formålet utgjorde i 1999 ca. kr 260 000,-.

Til assistanse for kommisjonen oppnevner Justisdepartementet en juridisk sekretær, jf. forskriften § 4. Det juridiske sekretariatet i Justisdepartementet bruker ca. 0,25 årsverk (ca. 460 timer) på kommisjonen, fordelt på kommisjonens oppnevnte sekretær og en til to øvrige jurister. Alle juristene har dette som tillegg til deres stillinger i departementet, og arbeidet honoreres derfor særskilt etter faste timesatser (kr 225,- i 1999). Totale godtgjørelseskostnader for det juridiske sekretariatets arbeid i 1999 anslås til ca. kr 100 000,-.

Utover dette belastes kommisjonen i hovedsak utgifter til kontorrekvisita mv. og kommisjonens møter, totalt ca. kr 160 000,- i 1999. For den delen av sekretariatsfunksjonen som skjer i Justisdepartementet, belastes ikke kommisjonen kostnader til husleie, oppvarming, renhold mv. av kontorlokaler. Kostnadene knyttet til sekretariatsfunksjonene som utføres utenfor Justisdepartementet, det vil si alminnelig gruppes lokale sekretariat på Lovund i Nordland, belastes derimot kommisjonens budsjett i sin helhet (kontorleie, oppvarming, renhold, telefon, mv.).

Det er bare kostnader knyttet til kommisjonsmedlemmenes saksbehandlingsarbeid som belastes kommisjonen. Kommisjonens medlemmer står for en ikke ubetydelig innsats når det gjelder forskning, fagutvikling og undervisning innenfor rettsmedisinsk virksomhet. Dette gjøres i deres hovedarbeid. Dersom dette skulle trekkes inn i kommisjonens virksomhet (som f.eks. i Sverige), ville omkostningene bli vesentlig høyere.

De totale kostnadene til drift av Den rettsmedisinske kommisjon for 1999 beregnes etter dette til ca. kr 1,5 – 1,6 millioner.

10.5 Om Den rettsmedisinske kommisjons arbeidsmåte ved behandling av enkeltsaker

10.5.1 Kommisjonens virksomhet 1900–2000

Den rettsmedisinske kommisjons virksomhet er redegjort for i kommisjonens årlige rapporter. En gjennomgang av disse viser at det opp gjennom årene har skjedd betydelige endringer i kommisjonens virksomhetsområde.

I de første ti årene fikk kommisjonen til behandling rundt 250 saker årlig, hvorav gjennomsnittlig ca. 170 var “alminnelige rettsmedisinske forretninger”, mens antallet rettspsykiatriske forretninger var omtrent 80. Av de alminnelige rettsmedisinske forretninger gjaldt ca. 110 sakkyndige likundersøkelser, undersøkelser av levende ca. 40 (spørsmål om tilføyet legemsskade, om stedfunnet samleie, om svangerskap eller fødsel, om begått utukt), mens resten, ca. 20 årlig gjaldt undersøkelser om helbredstilstand eller andre rettsmedisinske forretninger (hvorav et lite antall rettskjemiske forretninger. Kommisjonen henvendte seg til den sakkyndige med bemerkninger (etter § 8 i reglementet) i ca. 10 saker årlig – noe hyppigere i de psykiatriske enn i de alminnelige sakene.

I denne perioden fikk kommisjonen omlag 15 henvendelser årlig fra de i § 8 (nå § 6) nevnte instanser (pkt. b og c). De fleste av slike henvendelser gjaldt spørsmål vedrørende alminnelig rettsmedisinske forretninger. Det kan se ut som om disse henvendelsene for en god dels vedkommende har foranlediget rettsmedisinsk sakkyndiginnsats fra kommisjonens side – evt. ved at kommisjonsmedlemmer har blitt oppnevnt som sakkyndige. I årsrapportene angir kommisjonen antallet avholdte møter – fra 24 i de første 1,5 år til 7 i 1908 – som er det siste året der antallet møter refereres.

I 1925 var totalantallet saker 240, hvorav 152 alminnelige rettsmedisinske forretninger, derav 114 som gjaldt sakkyndige likundersøkelser. Fortsatt var antallet saker som gjaldt andre undersøkelser enn sakkyndige likundersøkelser og rettspsykiatri relativt høyt. Antallet henvendelser fra domstoler, parter, sakkyndige og departement var også som tidligere: 15.

I 1935 var antallet saker økt til 370, hvorav 167 var rettspsykiatriske, mens 166 gjaldt sakkyndige likundersøkelser. Bare 24 saker gjaldt nå undersøkelser av levende mv., 15 rettskjemiske spørsmål. Dette året fikk kommisjonen henvendelser etter § 8 i hele 44 tilfelle, hvorav 18 angående spørsmål av psykiatrisk art.

I 1945 var antallet saker totalt 556, hvorav 167 rettspsykiatriske, 375 sakkyndige likundersøkelser og bare 8 andre sakkyndigrapporter. Antallet henvendelser var nå nede i 6, hvorav 2 innen rettspsykiatri. Kommisjonen hadde bemerkninger i 35 saker, hvorav 7 til alminnelige rettsmedisinske forretninger.

I 1955 var det 477 saker i alt, 197 i rettspsykiatri og 279 sakkyndige likundersøkelser – og ingen undersøkelser av levende. Dette året var det bare 2 henvendelser etter § 8 b og c. Kommisjonen henvendte seg til rekvirenten i 32 av sakene etter bestemmelsene i § 8.

I 1965 var antallet saker økt til 702, i rettspsykiatri 190, vedrørende sakkyndige likundersøkelser 502, og 10 andre saker. I dette året hadde kommisjonen anførsler i 42 av de rettspsykiatriske sakene og i 3 saker vedrørende sakkyndig

dige likundersøkelser. I 1968 hadde kommisjonen merknader i 24 av i alt 182 rettspsykiatriske saker, ingen i de 613 øvrige (hvorav 608 sakkyndige likundersøkelser). Rettskjemiske forretninger – som hele tiden har vært en fast del av statistikken fra DRK – har variert noe i antall, men lå stort sett over 10 saker fram til en stund etter krigen. Tidlig på 60-tallet falt antallet betydelig. I 1965 var det ingen slike saker, og fra 1966 ble de ikke lenger tatt med i statistikken.

I 1975 var antallet ytterligere økt til 1 015, hvorav rettspsykiatri 89. Det var anførsler til 18 av rettspsykiatrisakene, ingen til de øvrige sakene.

I 1985 var økningen dramatisk: 2 462 saker, hvorav 177 rettspsykiatriske, 2 285 under alminnelig gruppes saksområde. Igjen var det ingen bemerkninger til rapporter vedrørende sakkyndige likundersøkelser, mens det var anførsler til 22 av de rettspsykiatriske.

For 1995 var antallet saker 1 787. Av disse gjaldt 240 rettspsykiatri, 1 531 sakkyndige likundersøkelser og 16 andre alminnelige rettsmedisinske sakkyndigrapporter. Kommisjonen hadde bemerkninger i 88 saker, 49 innen rettspsykiatri, 39 vedrørende alminnelig gruppes saker.

For 2000 vil antall saker bli ca. 4 000 for alminnelig gruppe, med bemerkninger til ca. 300. Psykiatrisk gruppe hadde 407 saker i 2000, med bemerkninger til 153 av dem. For flere opplysninger om enkeltsakene de siste årene vises til pkt. 10.5.3–10.5.6.

Samlet ser man at psykiatrisk gruppe i DRK har hatt en relativt jevn utvikling: en viss økning i antall saker over tid, men ingen dramatiske svingninger. For alminnelig gruppe har man imidlertid sett store endringer. De første 1,5 år etter opprettelsen fikk alminnelig gruppe 322 saker til behandling. Bare halvparten gjaldt sakkyndige likundersøkelser – og ca. 25% av disse var av nyfødte. Undersøkelser av levende for legemsskade – og særlig av kvinner og barn i anledning utuktspørsmål – samt noen rettstoksikologiske undersøkelser, utgjorde altså en meget betydelig andel av alminnelig gruppes arbeidsområde. Like før og etter krigen endret denne situasjonen seg dramatisk, og fra ca. 1965 fikk alminnelig gruppe praktisk talt bare rapporter vedrørende sakkyndige likundersøkelser. Omtrent samtidig falt den andel saker der alminnelig gruppe hadde bemerkninger – i 1965 var det ingen bemerkninger til noen av de 512 sakene.

I de tre tiårene før 1995, fikk alminnelig gruppe en svær økning av antallet rapporter vedrørende sakkyndige likundersøkelser. Gruppens årsberetninger omtaler i denne tiden stort sett statistiske forhold relatert til døds måte og dødsårsak. Det redegjøres ikke for kommisjonens eventuelle reaksjoner i sakene. Såvidt vites ble det ikke – i motsetning til i kommisjonens første tiår – sendt melding til rekvirent om kommisjonens behandling av enkeltsakene. Rettsmedisinerne i Bergen unnlot fra slutten av 1970-tallet til slutten av 1990-tallet å sende inn sine obduksjonsrapporter til kommisjonen. Dette hadde sin bakgrunn i at miljøet i Bergen var sterkt kritisk til sammensetningen av kommisjonen. I en artikkel i Lov og Rett 1978 side 385–388 har professor i rettsmedisin ved Gades Institutt, Universitetet i Bergen, Johan Chr. Giertsen, redegjort nærmere for synspunktet.

Fra midten av 90-tallet endret igjen situasjonen seg dramatisk for alminnelig gruppes virksomhet. I 1999 fikk gruppen 3 718 sakkyndigberetninger til

behandling. Mens det i 1994 bare var 11 saker som ikke gjaldt sakkyndige likundersøkelser, var antallet slike saker i 1999 1 699. Disse gjaldt stort sett undersøkelser av levende. Det var 198 tilfeller vedrørende overgrep, og 1 501 rettsstoksikologiske sakkyndigrapporter (særlig gjeldende påvirkning i relasjon til vegtrafikkloven). Utvalget bemerker at tallene for 1999 ikke er endelige, og at antallet i alle grupper vil bli noe høyere. Alminnelig gruppe sender nå rapport om sin behandling av enkeltsaker, og gruppen har de siste årene hatt bemerkninger til ca. 8–10% av erklæringene.

Samlet behandler DRK nå over 10 ganger så mange saker som ved starten i 1900. Etter en periode, der bare rapporter fra sakkyndige likundersøkelser ble innsendt til alminnelig gruppe, sendes nå i økende omfang inn også saker som gjelder undersøkelse av levende i relasjon til ulike straffelovsbestemmelser – og av påvirkning relatert til vegtrafikkloven mv.

10.5.2 Målsettingen i enkeltsaker

Kommisjonen skal etter straffeprosessloven § 147 tredje ledd gjennomgå de innkomne rettsmedisinske erklæringer og uttalelser. DRK bruker betegnelsen rettsmedisin i vid forstand og har valgt å inkludere nærbeslektede fagområder innen biologien i begrepet. I forskriftene om Den rettsmedisinske kommisjon § 6 bokstav a heter det at kommisjonen skal:

“Gjennomgå innkomne erklæringer og uttalelser som angitt i straffeprosessloven § 147 tredje ledd.

Finner kommisjonen vesentlige mangler, skal den foruten å gjøre retten eller i tilfelle påtalemyndigheten oppmerksom på det (strpl. § 147 tredje ledd), pålegge de sakkyndige å avgi tilleggserklæring innen en passende frist”.

Kommisjonens kontroll skal sikre at det sakkyndige skjønnnet til enhver tid har best mulig vitenskapelig forankring, og at like saker som behandles samtidig skal vurderes likt i hele landet (nasjonal rettsenhet). En forsvarlig kontroll av en sakkyndigerklæring innebærer i praksis følgende:

- vurdering av den sakkyndiges sakkyndighet (relevant og tilstrekkelig utdanning og praksis).
- vurdering av kvantitet og kvalitet av den sakkyndiges granskning i forhold til en allment akseptert faglig standard.
- vurdering av om premissene konklusjonen bygger på virker faglig forsvarlig fundert
- vurdering av om det er sammenheng mellom de oppgitte premisser og konklusjonen

Kommisjonens virksomhet er dermed først og fremst av kontrollerende art. Dersom kommisjonen finner at det kunne anlegges vesentlig annet sakkyndig skjønn enn det foreliggende, påpeker den dette. I samsvar med forskriftene for kommisjonens arbeid § 6 bokstav d, annet punktum, har DRK også helt unntaksvis foretatt egen sakkyndig behandling av tilsendte saker. Dette har da skjedd ved at formannen har bedt én av de faste ekstraordinære medlemmer om å foreta et mer omfattende eget arbeid. Det hender også at DRK ved formannen eller et medlem møter i retten og forklarer seg om kommisjonens

vurdering av de sakkyndiges erklæringer, dersom kommisjonen har tilkjennegitt oppfatninger som avviker fra de sakkyndiges.

10.5.3 Enkeltsakene – saksmengden

Kommisjonen mottok i 1997 2 622 erklæringer til behandling (1998: 3 468, 1999: ca. 3 800). Psykiatrisk gruppe behandlet 298 erklæringer (1998: 319, 1999: 308), og alminnelig gruppe behandlet 2 324 erklæringer (1998: 3 149, 1999: ca. 3 500). Av sakene i alminnelig gruppe var 2 164 obduksjonserklæringer, mens de to nest største gruppene utgjorde 53 erklæringer hver. Etter at Statens rettsstoksikologiske institutt fra 1. januar 1999 begynte å sende inn sakkyndigrapporter i påvirkningssaker (veitrafikk, narkotikasaker), er dette nå den nest største gruppen med ca. 1 300 – 1 400 saker årlig. Kommisjonen ser dessuten et økende innslag av rettsmedisinske sakkyndigrapporter som gjelder klinisk rettsmedisin, rettsodontologi og rettsgenetikk, fagområder som tradisjonelt i mindre grad har fulgt den absolutte plikten i strpl. § 147 tredje ledd.

10.5.4 Enkeltsakene – sakstypene

Etter strpl. § 147 gjelder plikten til innsending av rettsmedisinske sakkyndigerklæringer generelt, men som det fremgår foran i pkt. 8.9 og nedenfor varierer praksis mye. I det følgende behandles saksområdene enkeltvis.

10.5.4.1 Rettspatologi

Utvalget legger til grunn at bortimot alle sakkyndigerklæringer om rettsmedisinsk likundersøkelse sendes inn til Den rettsmedisinske kommisjon, jf. pkt. 8.9.2.1.

10.5.4.2 Rettsgenetikk

DRK fikk i 1997 for første gang en rettsgenetisk erklæring til behandling. Senere er flere saker forelagt, men ennå kommer ikke kopier rutinemessig fra Rettsmedisinsk institutt eller andre sakkyndige. Rettsmedisinsk institutt avventer nå dette utvalgets innstilling før praksis eventuelt endres.

10.5.4.3 Rettstoksikologi

De siste årene har noen politidistrikt på eget initiativ sendt DRK rettstoksikologiske sakkyndigerklæringer fra SRI med vurdering av påvirkning i trafikksaker. Verken SRI eller andre rettstoksikologisk sakkyndige har tradisjonelt selv sendt inn kopier til DRK. Fra 1999 har imidlertid SRI rutinemessig begynt å sende inn alle sine sakkyndigerklæringer i saker om føring av motorvogn i påvirket tilstand, jf. vegtrafikkloven § 22. Dette utgjør ca. 1 300 – 1 400 saker årlig. Rene analyseresultater forelegges imidlertid ikke.

10.5.4.4 Rettsantropologi

På grunn av det lave antall saker med rettsantropologiske erklæringer, er det svært sjeldent at slike erklæringer forelegges DRK. Ingen rettsantropologiske

sakkyndigerklæringer ble forelagt DRK i 1997, men i 1998 ble én erklæring forelagt.

10.5.4.5 Rettsodontologi

Etter etablert praksis fra 1970-tallet sendes erklæringer bare inn til DRK i straffesaker, i motsetning til i identifiseringssaker. Praksis har imidlertid variert noe mellom de enkelte tannlegene.

Ingen rettsodontologiske sakkyndigerklæringer ble forelagt DRK i 1997, men i 1998 ble to erklæringer forelagt.

Identifiseringsgruppen har utarbeidet forslag til retningslinjer for eksterne kvalitetssikringstiltak for gruppens arbeid, men disse er ennå ikke iverksatt.

10.5.4.6 Klinisk rettsmedisin

Sakkyndigerklæringer om seksuelle overgrep og voldsofferundersøkelser forelegges DRK, særlig fra Oslo legevakt, Barneklubben ved Regionsykehuset i Trondheim, Barneavdelingen ved Aker sykehus og Barneklubben ved Haukeland sykehus. Det er betydelig geografisk variasjon med hensyn til innsendelser og rutiner for dette.

10.5.4.7 Rettspsykiatri

I praksis legger utvalget til grunn at alle rettspsykiatriske erklæringer om fullstendige *rettspsykiatriske undersøkelser* forelegges Den rettsmedisinske kommisjon, jf. pkt. 8.9.3.3.

Sikringsdømte har krav på en sakkyndig vurdering av grunnlaget for sikringdommen hvert år. Dette skjer administrativt og erklæringene forelegges ikke DRK. Med de nye særreaksjonene vil både tilregnelige og utilregnelige ha krav på rettslig overprøving av særreaksjonen hvert år dersom de begjærer det. Da må det utarbeides en rettspsykiatrisk erklæring som skal forelegges DRK.

Erklæringer som legges til grunn for vurderingen av *soningsudyktighet* blir ikke kvalitetssikret eksternt.

Observasjon av barn som del av *sakkyndig avhør i sedelighetssaker* skal tas opp på video, men den sakkyndige skal også utarbeide en sakkyndig erklæring. Slike erklæringer skal sendes DRK.

I de senere år er det blitt flere sakkyndigoppdrag med andre mandat. Dette er et felt det er noe vanskelig å få oversikt over, da det ikke er en klar tradisjon for å sende kopi til DRK. Det synes imidlertid som om spesielt advokater har blitt mer oppmerksomme på DRKs eksterne kvalitetssikringssoppgave. Utvalget antar at det også har vært en reell økning i slike saker, ikke bare i innsendelsen av dem.

10.5.5 Enkeltsakene – saksgang

10.5.5.1 Alminnelig gruppe

For alminnelig gruppe ivaretar en deltidsansatt sekretær det vesentlige av administrative funksjoner og sekretærfunksjoner. Sekretæren er samlokalis-

ert med formannen utenfor Justisdepartementet (for tiden på Lovund i Nordland).

Formannen koordinerer det faglige arbeidet, og lokal sekretær har ansvar for de praktisk-administrative funksjoner inklusive dataregistrering, statistikkuttak fra database, rapportering, arkivfunksjoner og praktisk saksgang.

Sakene sendes fra den sakkyndige, påtalemyndighet eller retten til DRKs sekretariat i Justisdepartementet. Der registreres sakene og videresendes til lokalt sekretariat. Formannen velger hvor mange og hvilke medlemmer som skal behandle den enkelte sak, utfra aktuelle fagområder og sakens kompleksitet.

Når saken har vært behandlet av to eller flere medlemmer (faste, vara og/eller faste ekstraordinære), sendes melding til rekvirenten. Meldingen konstaterer enten at DRK ikke har noe å bemerke til de foretatte undersøkelser eller vurderinger – eller kommisjonen fremmer innvendinger/bemerkninger/forslag om alternativ sakkyndighet. Noen ganger tilskriver kommisjonen de sakkyndige direkte med forslag om nye undersøkelser, eller kommisjonen fremmer synspunkter for den sakkyndige som så får anledning til å forholde seg til dem, eventuelt å sende ny rapport/tilleggsrapport til rekvirenten.

Alminnelig gruppe behandlet i 1997 2324 saker, hvorav 2164 gjaldt sakkyndige likundersøkelser, 160 saker av annen art. Kommisjonen hadde bemerkninger i 149 saker (vel 6 %). I 24 (1%) av disse henvendte DRK seg til de sakkyndige med bemerkninger uten at dette førte til tilleggserklæringer. I 12 saker (0,5%) førte henvendelse fra DRK til tilleggsuttalelse fra sakkyndige. I 113 tilfeller (knappt 5% av sakene) henvendte kommisjonen seg direkte til rekvirenten med anmerkninger i forhold til sakkyndigerklæringen. I noen tilfeller har kommisjonen påpekt mangler ved undersøkelsen, i andre tilfeller har den hatt innvendinger eller bemerkninger til de sakkyndiges vurderinger; i atter andre har DRK hatt bemerkninger til saksbehandlingen. Kommisjonen var innkalt til retten to ganger i forbindelse med behandling av saker DRK kontrollerte i 1997.

Alminnelig gruppe behandlet 3 149 saker i 1998. Av disse var 2 210 sakkyndige likundersøkelser, 939 saker av annen art (311 overgrep, 628 andre rettsmedisinske uttalelser). Kommisjonen hadde bemerkninger i 326 saker (10%). I 16 (0,5%) av sakene henvendte kommisjonen seg til de sakkyndige med bemerkninger, uten at dette førte til tilleggserklæringer. I 45 saker (1,5%) førte henvendelse fra DRK til tilleggsuttalelse fra sakkyndige. Kommisjonen henvendte seg i 265 tilfelle (8%) direkte til rekvirenten med anmerkninger i forhold til sakkyndigerklæringen.

10.5.5.2 Psykiatrisk gruppe

De aller fleste sakene i psykiatrisk gruppe dreier seg om fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser, jf. pkt. 8.9.3.2. De sakkyndige har innsendingsplikten for disse, og utvalget har inntrykk av at plikten i all hovedsak etterleves. Det avgis i tillegg et ukjent antall sakkyndiguttalelser fra psykiatere og psykologer om annet enn fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser, jf. pkt. 8.8.1, og det synes som om innsendingsrutinene for disse erklæringene ikke er like etablert som for de tradisjonelle rettspsykiatriske erklæringene.

Sakene mottas i sekretariatet i Justisdepartementet, der de journalføres og sendes på sirkulasjon til to kommisjonsmedlemmer før saken sendes formannen. Medlemmene skriver sine bemerkninger på saksomslaget, før saken sendes formannen. Formannen utferdiger det endelige svaret som tilstilles rekvidrenten, som regel vedkommende forhørsrett eller by-/herredsrett.

I ca. 70% av sakene har psykiatrisk gruppe ikke bemerkninger til saken. De sakkyndige gir en medisinsk vurdering og vurderer så den medisinske tilstand opp mot de juridiske begrepene. En del saker forutsetter en sterkt skjønnsmessig faglig vurdering av om observandens tilstand faller innenfor lovens kriterier (f.eks. dersom en tilstand oppfattes som bevisstløshet i strafferettslig forstand, noe som skiller seg vesentlig fra bevisstløshet i medisinsk forstand). Kommisjonen kan da for eksempel uttale at den har (eller ikke har) bemerkninger til de sakkyndiges skjønn, men at spørsmålet overlates retten å avgjøre.

I andre saker mener kommisjonen at slik saken er fremstilt, har de sakkyndige konkludert feil. For eksempel kan det være at de sakkyndige har beskrevet en person med en åpenbar personlighetsforstyrrelse og så har konkludert med at det ikke foreligger mangelfullt utviklede sjelsevner. Da vil kommisjonen gi uttrykk for det i et brev til retten, der de sakkyndige oppfordres til å utdype og eventuelt revurdere sin erklæring. Kommisjonen kan ikke pålegge de sakkyndige å endre sine konklusjoner. I graverende tilfeller kan kommisjonen foreslå at retten oppnevner nye sakkyndige. Det vil også kunne være aktuelt dersom de sakkyndige er uenige.

Kommisjonens virksomhet er i første omgang å se til at konklusjonene i erklæringene har grunnlag i premissene. Det kan imidlertid være saker hvor kommisjonen vil anbefale innhenting av mer informasjon eller at det foretas ytterligere undersøkelser, f.eks. psykologisk evnetesting dersom dette ikke er gjort. Kommisjonen har imidlertid ikke kjennskap til grunnlagsmaterialet utover det som gjengis i erklæringen, og kan ha vanskeligheter med å oppdage dersom de sakkyndige ikke har innhentet all relevant informasjon.

Kommisjonens psykiatriske gruppe har de senere årene hatt to møter i semesteret hvor faste medlemmer, varamedlemmer og sekretariatet møter. Der diskuteres enkelte vanskelige saker, foruten generelle problemstillinger og høringssaker.

Da all saksgang foregår pr. post og formannen ikke har kontor i sekretariatet, er postgangen som regel det vesentlige av saksbehandlingstiden. De fleste saker vil være ferdigbehandlet i løpet av 4 – 6 uker. I enkelte saker finner man under hovedforhandlingen ut at de sakkyndiges erklæringer ikke har vært forelagt kommisjonen, eller at de sakkyndige har avgitt sin erklæring så kort tid før hovedforhandlingen at det ikke har kommet svar. Sekretariatet kan da arrangere en "hurtigbehandling", hvor kopi av erklæringene sendes parallelt til kommisjonens medlemmer, og formannen koordinerer bemerkningene og sender svar pr. telefaks. Behandlingstiden kan i slike hastesaker komme ned i en knapp uke.

Psykiatrisk gruppe behandlet i 1997 298 erklæringer. Kommisjonen godkjente 202 (69%) av erklæringene uten bemerkninger ved første gangs behandling. 36 erklæringer (12%) ble godkjent med bemerkninger ved første gangs behandling. Kommisjonen anmodet om tilleggsopplysninger i 40 saker (14%),

om revurdering i 42 saker (14%) og foreslo oppnevning av nye sakkyndige i 7 saker (2%).

I 1999 behandlet psykiatrisk gruppe 308 erklæringer. Kommisjonen godkjente 160 (56%) av erklæringene uten bemerkninger ved første gangs behandling. 41 erklæringer (14%) ble godkjent med bemerkninger ved første gangs behandling. Kommisjonen anmodet om tilleggsopplysninger i 9 saker (3%), om revurdering i 15 saker (5%) og foreslo oppnevning av nye sakkyndige i 4 saker (1%).

10.5.6 Viktige utviklingstendenser i enkeltsakene

10.5.6.1 Alminnelig gruppe

Før 1990 var det praktisk talt bare beretninger vedrørende sakkyndige likundersøkelser som ble innsendt til kommisjonens alminnelige gruppe. Kommisjonens alminnelige gruppe hadde medlemmer og varamedlemmer med kompetanse innen rettspatologi eller innen kirurgi, fødselshjelp og toksikologi – en kompetansesammensetning som dekket behovet i de aller fleste saker. Formannen var gjerne professor ved Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo, og han og de to øvrige medlemmene behandlet selv det store flertall av saker. Sannsynligvis var denne virksomheten svært lite synlig. I de tilfelle der kommisjonen hadde bemerkninger, ble de meddelt den sakkyndige slik at det kunne bli en viss kommunikasjon mellom kommisjonen og den enkelte sakkyndige. Denne kommunikasjonen kunne kanskje i et lite fåtall saker føre til at den sakkyndige endret sin rapport. Men såvidt vites ble det praktisk talt aldri inngitt bemerkninger til enkeltsaker fra kommisjonen til domstol eller saksparter. Det ble heller ikke sendt melding om at beretningen hadde vært forelagt kommisjonen. Dette bidro nok i stor grad til at påtalemyndighet, forsvarere og domstol ikke etterspurte kommisjonens innsats. Kommisjonens kanskje viktigste funksjon kan derfor vel ha vært at den bidro til å holde opp nivået på den rettspatologiske virksomheten.

Fra begynnelsen av 90-tallet – antakelig i sammenheng med at den rettsmedisinske sakkyndigfunksjonen ble satt under lupen i en del enkeltsaker (Liland-saken, Bjugn-saken mfl.) – har kommisjonen etterhvert begynt å få inn sakkyndigrapporter av annen type enn obduksjonsrapporter. Avsenderen er ikke lenger bare den sakkyndige selv (som har lovpålagt plikt). Også påtalemyndigheten eller forsvareren og i noen få tilfelle retten, krever erklæringer forelagt DRK. Disse nye sakkyndigrapportene spenner over et vidt register av sakstyper og sakkyndigområder. Vurdering av analyseresultater i vei-trafikksaker er én stor gruppe, klinisk undersøkelse av kvinner i voldtektssaker, av barn i overgrepssaker og unge menn i saker vedrørende skade på liv, legeme eller helbred en annen. En tredje, ikke lenger uvanlig type sakkyndigerklæringer, er sakkyndige uttalelser fra klinikere i forbindelse med etterforskning av uventede dødsfall i sykehus. Ellers ser kommisjonen nå et vidt spekter av enkeltsaker som inkluderer rettsgenetikk, rettsodontologi og rettsantropologi. Det kan også synes som om gjenopptakelsesaker etterhvert vil gi kommisjonen flere oppgaver – i slike saker vil det gjerne foreligge sakkyndigrapporter fra flere sakkyndige, og noen ganger også fra private sakkyndige.

Tabell 10.1 viser de 271 sakene i perioden 1993–1997 som ikke gjaldt tradisjonelle obduksjoner eller likskuer. På slutten av 1995 begynte det å komme inn en del erklæringer om undersøkelser i sedelighetssaker. Denne tendensen ble forsterket i 1996, og antallet ble mer enn doblet til 1997. Utviklingen skyldes at voldtekts- og voldsoffermottakene i Oslo, Bergen og Trondheim begynte å sende inn erklæringer til kommisjonen.

Tabell 10.1: Erklæringer forelagt DRK, alminnelig gruppe, 1993–1997 om annet enn obduksjoner/likskuer

	1993	1994	1995	1996	1997	1993–1997	
						Antall	%
Undersøkelser av levende	10	6	12	62	139	229	85
Knokkelfunn	3	4	2	1	0	9	3
Andre rettsmedisinske vurderinger	6	1	2	3	21	33	12
Totalt	19	11	16	66	160	271	100

Kategorien “Andre rettsmedisinske vurderinger” i tabellen er generelle spørsmål og henvelser der man ikke undersøker personer, men f.eks. vurderer et fotografi.

Kilde: Årsberetning for DRK 1997

Kommisjonen begynte tidlig på 90-tallet å sende beskjed til rekvirenten av sakkyndigoppdragene om at kommisjonen hadde behandlet rapporten, og med eventuelle bemerkninger fra kommisjonen. Dette har nok bidratt til å synliggjøre kommisjonens virksomhet og å føre til større etterspørsel fra partene i sakene. Sakkyndige er nok også blitt mer oppmerksomme på sin innsendelsesplikt. I tillegg er kommisjonens rolle blitt mer fokusert også i media.

Resultatet av denne utviklingen er blitt at saksmengden for kommisjonen er blitt fordoblet i løpet av et tiår, at kommisjonen har måttet utvide sitt panel av sakkyndige medlemmer med spesialkompetanse – og at ressursbruken i kommisjonen er blitt langt mer enn fordoblet.

10.5.6.2 Psykiatrisk gruppe

Også psykiatrisk gruppe mottar nå erklæringer om andre typer problemstillinger enn tidligere, for eksempel nye metoder for bedømmelse av gjentakelsesrisiko, vurdering av påliteligheten av løgnedetektor, og av vitnetroverdighet. Det vises til fremstillingen foran under pkt. 8.8.

På bakgrunn av statistikk fra DRK er det utarbeidet en oversikt over samtlige rettspsykiatriske erklæringer forelagt DRK i perioden 1980–1993, fordelt på fylker. Det fylket som hadde flest observasjoner, hadde 16,3 pr. 10 000 innbyggere mellom 16 og 66 år. Minimumstallet var 3,9 pr. 10 000 innbyggere. Forskjellen kan neppe bare skyldes ulikheter i kriminalitet, se [\(Link til Oversikt over erklæringer forelagt DRK, psykiatrisk gruppe i perioden 1980–1993\)](#) tabell 10.2.

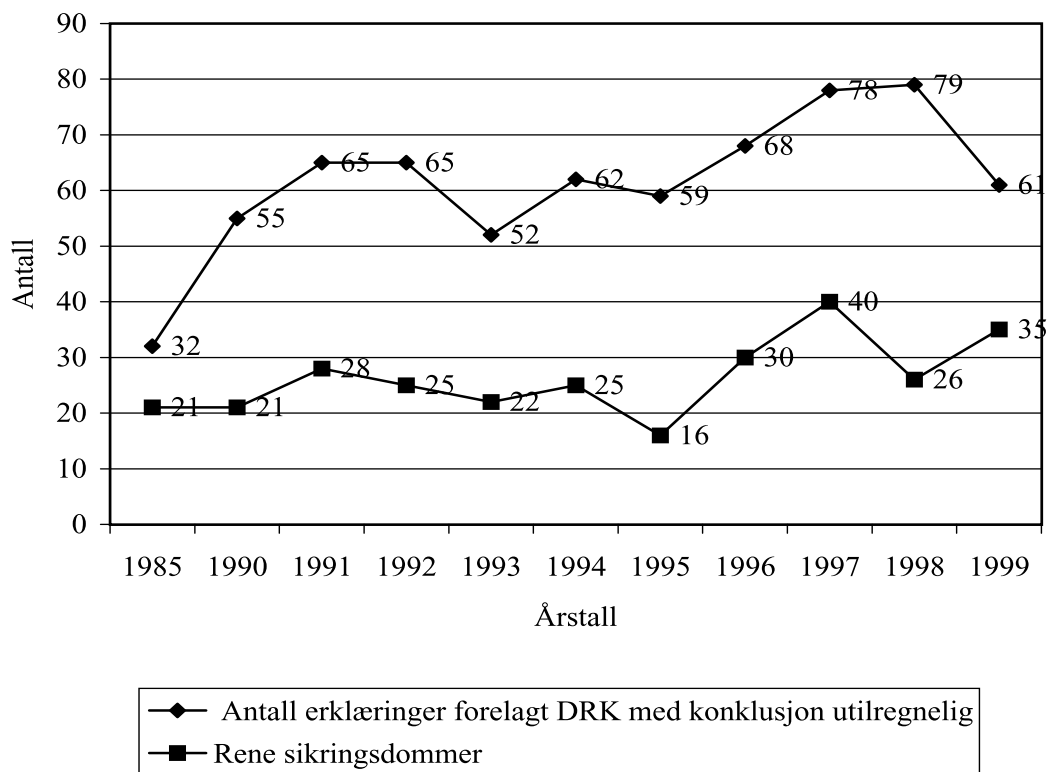
Tabell 10.2: Oversikt over erklæringer forelagt DRK, psykiatrisk gruppe i perioden 1980–1993

Fylke	Antall saker	Antall innbyggere (16–66 år)	Saker pr. 10 000 innbyg- gere (16–66 år)
Oslo	465	307 678	15,1
Akershus	218	285 494	7,6
Østfold	140	155 826	9,0
Oppland	46	118 280	3,9
Hedmark	92	120 826	7,6
Buskerud	151	147 429	10,2
Vestfold	133	128 771	10,3
Telemark	102	104 178	9,9
Aust-Agder	55	60 912	9,0
Vest-Agder	91	92 035	9,9
Rogaland	161	215 381	7,5
Hordaland	194	263 880	7,4
Sogn og Fjordane	36	66 060	5,4
Møre og Romsdal	144	150 810	9,5
Sør-Trøndelag	269	164 619	16,3
Nord-Trøndelag	50	80 587	6,2
Nordland	155	154 471	10,0
Troms	65	98 158	6,6
Finnmark	62	50 639	12,0

Kilde: Noreik, K., Grünfeld, B., 1995

Antall rettspsykiatriske undersøkelser forelagt DRK har økt fra 1980 etter svært få saker i 1970-årene. I 1980 ble det forelagt 112 erklæringer (noe færre personer), hvorav 16 konkluderte med sinnssykdom. I 1985 ble det forelagt 117 erklæringer, hvorav 30 sinnssyke, og i 1990 231 erklæringer, hvorav 52 sinnssyke.

For årene 1990 til og med 1999 har utvalget utarbeidet en oversikt over antall erklæringer forelagt DRK med konklusjon utilregnelig (sinnssyk eller bevisstløs i gjerningsøyeblikket), sammenholdt med antall rene sikringsdommer som er avsagt de samme år (figur 10.1).

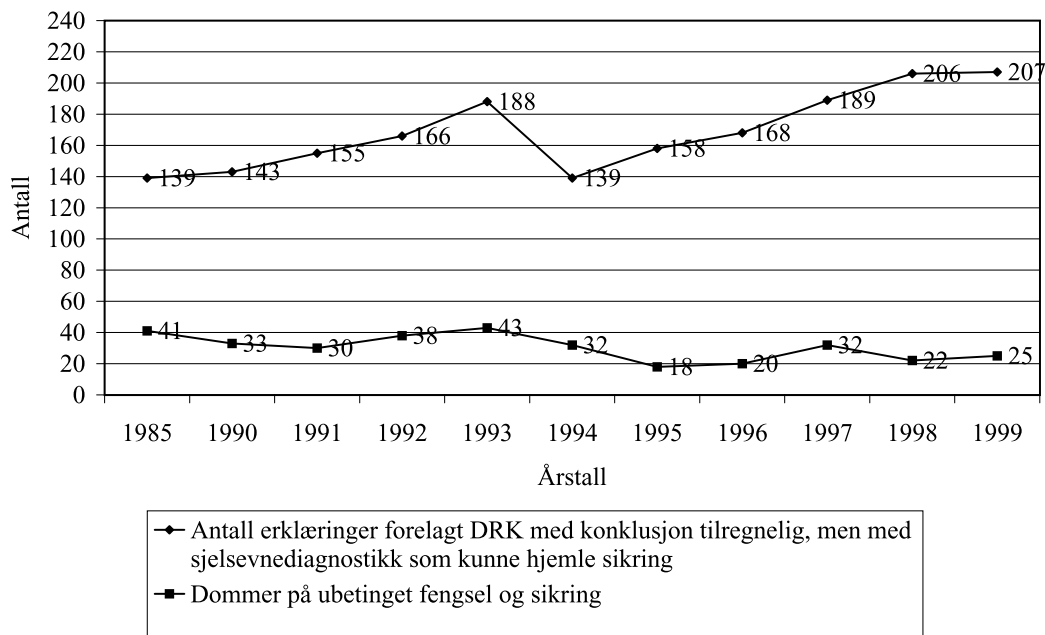


Figur 10.1 Antall erklæringer forelagt DRK 1985–99 med konklusjon utilregnelig (sinnssyk eller bevisstløs i gjerningsøyeblikket), sammenholdt med antall rene sikringsdommer avsagt.

Figuren har følgende feilkilder: Erklæringene om rettspsykiatrisk undersøkelse kan være registrert som sak i DRK et annet år enn når dommen ble avsagt. I tillegg bygger DRKs statistikk på antall erklæringer, ikke antall personer. Siden det kan være flere erklæringer om samme person, kan det reelle antall utilregnelige være lavere enn i figuren.

Kilde: DRKs årsmeldinger og SSBs kriminalstatistikk

Tilsvarende er det utarbeidet en oversikt over antall erklæringer forelagt DRK med konklusjon som tilsier tilregnelighet, men med sjelsevnediagnostikk som kunne hjemle sikringsdom (bevisstløshet som følge av selvforskyldt rus, forbigående nedsatt bevissthet, mangelfullt utviklede eller varig svekkede sjelsevner, jf strl. § 39 nr. 1), sammenholdt med avsagte dommer med ubetinget fengsel og sikring (figur 10.2).



Figur 10.2 Antall erklæringer forelagt DRK 1985–99 med konklusjon tilregnelig, men med sjelsevnediagnostikk som kunne hjemle sikringsdom, sammenholdt med antall avsagte dommer på ubetinget fengsel og sikring.

Figuren har følgende feilkilder: Erklæringene om rettspsykiatrisk undersøkelse kan være registrert som sak i DRK et annet år enn når dommen ble avsagt. I tillegg bygger DRKs statistikk på antall erklæringer, ikke antall personer. Siden det kan være flere erklæringer om samme person, kan det reelle antall tilregnelige være lavere enn i figuren.

Antall dommer på ubetinget fengsel og sikring var ikke tilgjengelig fra SSB for 1997. Tallene er derfor hentet fra det sentrale straffe- og politiopplysningsregister (SSP). Dommene registreres i SSP med domsdato, mens SSB tar utgangspunkt i når dommen er rettskraftig. Denne forskjellen har beskjeden betydning for statistikken.

Kilde: DRKs årsmeldinger og SSBs kriminalstatistikk

Som man ser, varierer tallene fra år til år, og de sikringsdømte tilhører et mindretall av de observerte. Dette må kunne antas å ha sammenheng både med et betydelig overforbruk av rettspsykiatriske observasjoner fra påtalemyndighetens side, og domstolenes restriktive holdning til bruk av sikring overfor tilregnelige lovbrystere.

10.6 Den rettsmedisinske kommisjons rådgivningsfunksjon

I tillegg til den direkte kontrollerende virksomheten, er Den rettsmedisinske kommisjon også pålagt en rådgivningsfunksjon. Etter forskriften § 6 bokstav b skal kommisjonen bistå retten, påtalemyndigheten, offentlig oppnevnte forsvarere og sakkyndige med råd og opplysninger om rettsmedisinske spørsmål under strafferettslige undersøkelser. Den skal også bistå Justisdepartementet og Helsetilsynet i rettsmedisinske spørsmål, jf. forskriften § 6 bokstav c.

Den rådgivende virksomheten til kommisjonen utover enkeltsaker er i praksis begrenset. I noen grad holder DRKs medlemmer foredrag og skriver

artikler. I kun få saker har DRK vært benyttet som høringsinstans, men dette skjer nå i stigende grad.

Kommisjonens sekretariat besvarer en rekke generelle henvendelser fra dommere, advokater, påtalejurister, sakkyndige, pressen og publikum. Henvendelsene gjelder både spørsmål om reglene for sakkyndige, hvor man kan henvende seg for å få tak i sakkyndige, hvilke typer erklæringer som skal sendes inn til kommisjonen, mv.

Kommisjonens årsmeldinger inneholder, foruten statistikk, artikler om spørsmål som kommisjonen mener kan ha generell interesse. De senere år gjelder dette kun innen psykiatrisk gruppes område. I tillegg til årsmeldinger har psykiatrisk gruppe siden 1999 utgitt tre orienteringsskriv om temaer eller prinsipielle spørsmål kommisjonen har drøftet. Dette er ment som en tilbakemelding og rådgivning til både brukere av rettspsykiatriske tjenester og de sakkyndige.

DRK, alminnelig gruppe har i de siste årene, ved henvendelser til politidistrikt og de rettsmedisinsk sakkyndige, særlig arbeidet for at sakkyndigundersøkelsene ved såkalte sykehusdødsfall skal bli et så godt som mulig redskap ved utredningen av slike dødsfall. Dette er dødsfall der feil, forsømmelse eller uhell ved medisinsk undersøkelse eller behandling kan ha vært av betydning for dødsfallet. Kommisjonen har påpekt betydningen av at tilsynsmyndigheten (fylkeslegene) får kopi av erklæringene, og Riksadvokaten har akseptert at det sendes slik kopi med mindre politiet innen en måned kommer med innvendinger mot at slik kopi sendes. DRK har overfor Riksadvokaten pekt på behovet for kompetanse og habilitet hos de sakkyndige i saker om sykehusdødsfall. Kommisjonen har anbefalt at rettsmedisinske obduksjoner ved sykehusdødsfall utføres ved en rettsmedisinsk enhet og ikke ved den patologiske avdeling ved vedkommende sykehus, at det helst ikke benyttes sakkyndige ansatt ved vedkommende sykehus, og at klinisk spesialsakkyndige engasjeres i saker der det kan være tjenlig for saken. Riksadvokaten har støttet kommisjonens anbefalinger, og videreformidlet dem til landets statsadvokatembeter.

Kommisjonen har videre nylig gitt Riksadvokaten råd vedrørende påtalemyndighetens utforming av mandat til sakkyndige ved rettsmedisinske granskninger.

De to gruppene i kommisjonen har ordinært ett fellesmøte årlig, der prinsipielle saker drøftes. Viktige henvendelser til Justisdepartementet, Riksadvokaten eller annen offentlig instans behandles i dette møtet, foruten andre spørsmål av betydning, f.eks. fagspørsmål.

Del III Utvalgets vurderinger og forslag

Kapittel 11

**Bruk av sakkyndige i strafferettspleien – utvalgets
diskusjon og anbefaling****11.1 Behovet for oversikt over kvalifiserte sakkyndige**

Ved behov for sakkyndige, er det i dag vanskelig å skaffe seg oversikt over alle som kan være aktuelle. Dette har ført til at enkelte sakkyndige har vært brukt i et stort antall saker, jf. pkt. 8.8.2.1. Tendensen er selvforsterkende, da man ved oppnevning i praksis ofte ser hen til hvem som tidligere har vært brukt i tilsvarende typer saker. At et fåtall sakkyndige utfører de fleste sakkyndigopdragene har både positive og negative sider. På den ene siden får disse sakkyndige mye erfaring i rettsmedisinsk sakkyndigarbeid, noe som gir retten og partene bedre tjenester. På den annen side vil det kunne føre til forsinkelse i straffesaksbehandlingen dersom få sakkyndige skal være involvert i et stort antall straffesaker parallelt. Det vil også kunne føre til et uakseptabelt arbeidspress på de mest brukte sakkyndige. Av hensyn til rekrutteringen til faget er det også svært viktig at flere får anledning til å arbeide som rettsmedisinsk sakkyndige.

For å gjøre det lettere for retten og partene å finne frem til de sakkyndige de ønsker, foreslår utvalget at det utarbeides en oversikt over kvalifiserte sakkyndige til rettsmedisinske oppdrag. Oversikten bør ha informasjon om de ulike spesialistenes fagkompetanse og hvem som har gjennomgått de foreslåtte kursene i sakkyndighet (B-kurs), se pkt. 13.3. Det vil i denne sammenheng også være ønskelig med en oversikt over hvem som i praksis utfører oppdrag som rettsmedisinsk sakkyndige, noe DRK vil kunne opplyse om.

Utvalget viser til at lege-forsikringsutvalget i NOU 2000: 23 pkt. 13.10.1.9.1 (side 104) har foreslått at en nøytral oppnevningsinstans bør knytte til seg et utvalg ("pool") av kompetente sakkyndige, slik at berørte parter kan henvende seg der ved behov. Utvelgelsen av sakkyndige fra utvalget til den enkelte sak skal så skje etter fastlagte prosedyrer basert på matematiske prinsipper for å sikre tilfeldighet. Utredningen fra lege-forsikringsutvalget har vært ute til høring, med frist 1. mars 2001.

I straffesaker har retten ansvaret for sakens opplysning, herunder å vurdere om det er behov for – og i tilfelle valg av – sakkyndige, jf. strpl. §§ 294 og 138 jf. § 141. Overføring av ansvaret for valg av sakkyndige til en annen instans vil derfor kunne bety uklare ansvarsforhold, og anbefales ikke av utvalget.

Hvem som bør ha ansvar for å opprette og ajourføre listene over sakkyndige drøftes i [\(Link til\)](#) kapittel 14. Ulike løsninger kan tenkes etter hvilken modell for organisering av den rettsmedisinske virksomheten man velger.

Et problem vil, uavhengig av oversikt over sakkyndige, være at retten og partene ikke alltid vil ha forutsetninger for å vite hva som kan være relevant sakkyndighet til de aktuelle spørsmålene. Dette må løses ved kontakt mellom rekvirent og representanter for de aktuelle fagmiljøene. I hvilken grad ansv-

aret for slik rådgivning foreslås institusjonalisert, beror på valg av organisasjonsmodell, se pkt. 14.3.

11.2 Bør reglene om faste sakkyndige opprettholdes?

11.2.1 Nærmere om de faste sakkyndige

Strpl. § 140 lyder slik:

“Kongen kan anta faste sakkyndige til å gjøre tjeneste i visse arter av spørsmål.

De faste sakkyndige gjør tjeneste om ikke særlige forhold tilsier noe annet.”

Det er gitt nærmere regler om hvem som er faste sakkyndige i forskrift av 4. mars 1988 nr. 187 (fastsatt ved kongelig resolusjon). Forskriften er inntatt som vedlegg 3. Etter forskriften kan Justisdepartementet etter innstilling fra Den rettsmedisinske kommisjon oppnevne faste rettsmedisinsk sakkyndige på alle rettsmedisinske områder. I tillegg er faste sakkyndige i psykiatriske spørsmål angitt å være “[o]verlegene ved statens, fylkenes og kommunenes psykiatriske institusjoner, og andre leger som har utdanning svarende til det som kreves for å bli godkjent som spesialist i psykiatri, samt psykologer.”

I andre rettsmedisinske spørsmål er faste sakkyndige angitt å være “[u]niversitetslærere i rettsmedisin, prosektorer og andre overordnede leger ved rettsmedisinske eller patologisk-anatomiske institusjoner” og “[g]odkjente spesialister i kirurgi, intern medisin, neurologi og gynekologi og obstetikk for så vidt gjelder saker som omfattes av deres spesialitet, og allmennpraktiserende leger i saker hvor det ikke foretas obduksjon.”

Realiteten er nok at forskriften av 1988 i stor grad er ukjent for de fleste brukergrupper (domstolene, påtalemyndigheten og forsvarere). Mange vil ikke kjenne til at noen ordning med faste rettsmedisinske sakkyndige i det hele tatt eksisterer, og det er i hvert fall ukjent for de samme hvilke personer som konkret er oppnevnt av departementet. Det har ikke blitt gitt orientering til domstolene eller andre om hvilke personer departementet har oppnevnt.

Ordningen med faste sakkyndige har betydning i flere sammenhenger. For det første er lovens utgangspunkt at det er de faste sakkyndige som skal oppnevnes hvor saken gjelder forhold som ligger innenfor disses fagområder, jf. § 140 annet ledd. Regelen ble gitt en noe mykere utforming enn regelen i den tidligere lov, slik at retten fikk en noe friere adgang enn før til å gå utenom de faste sakkyndige. Straffeprosesslovkomiteen uttalte om dette (Innstillingen side 216):

“Dette anses ønskelig, da det er nokså tilfeldig hvilke spesielle kvalifikasjoner de faste sakkyndige – f.eks. distriktslegene – har for den konkrete sak.”

Forskriften er riktignok endret siden den gang, men den favner stadig vidt, slik at komiteens uttalelse stadig har gyldighet.

I praksis er det lite tvilsomt at oppnevning av sakkyndige skjer ved at man søker å finne frem til personer med den spesielle kompetanse som er nødven-

dig i den konkrete saken, og at dette ikke er bundet opp til forskriftens bestemmelser om faste sakkyndige.

For øvrig vil de faste sakkyndige etter § 148 annet punktum ha plikt til å gjøre tjeneste som sakkyndige for påtalemyndigheten. Etter § 138 første ledd vil enhver som oppnevnes av retten som sakkyndig, ha plikt til å påta seg vervet, jf. likevel annet ledd om at uvillige ikke bør oppnevnes hvis det er anledning til å oppnevne en annen.

11.2.2 Utvalgets vurdering

I dagens situasjon er det etter utvalgets mening ikke grunnlag for fortsatt å ha regler om faste sakkyndige. I utgangspunktet bør det være opp til påtalemyndigheten og retten å finne frem til de personer som har den nødvendige kompetanse i den enkelte sak. Utvalget understreker at realkompetanse må være det sentrale ved valg av sakkyndige, ikke hvilken stilling vedkommende har. Økt behov for spesialsakkyndighet taler også for at den definerte kretsen faste sakkyndige i dag er for vid og gir en noe tilfeldig avgrensning. Reglene har etter utvalgets erfaring hatt liten praktisk betydning. Det må etter utvalgets mening heller etableres andre metoder for å bistå påtalemyndighet og domstoler med personvalget. Utvalget går inn for at det bør opprettes en oversikt over aktuelle sakkyndige, jf. pkt. 11.1 foran og at utdannelsen i rettsmedisin og sakkyndighet må styrkes, jf. [\(Link til\)](#) kapittel 13.

Etter utvalgets mening har heller ikke tjenesteplikten for faste sakkyndige i forhold til påtalemyndigheten etter strpl. § 148, noen praktisk betydning. Allerede helsepersonelloven § 12 (videreføring av legeloven § 47), pålegger bl.a. lege, etter anmodning fra politiet, å foreta visse undersøkelser av mistenkte i straffesak.

Et alternativt forslag kunne være at den generelle regel om tjenesteplikt i strpl. § 138 gjøres gjeldende også overfor de sakkyndige som påtalemyndigheten søker bistand hos. Skal en slik endring gjelde generelt for alle grupper sakkyndige, vil det formelt innebære en betydelig utvidelse av pliktens omfang. Utvalget forventer likevel ikke at en slik endring vil ha særlige praktiske konsekvenser, idet både retten og politi/påtalemyndighet helst vil unngå å benytte sakkyndige som er uvillige. Utvalget har derfor kommet til at det ikke vil foreslå noen utvidelse av plikten i § 138.

11.3 Sakkyndiges habilitet – behovet for endrede regler

11.3.1 Dagens regler

11.3.1.1 Innholdet i dagens regler

Det fremgår av mandatet at utvalget “særlig [skal] vurdere om det bør oppstilles habilitetskrav for de sakkyndige”. Som nevnt foran (pkt 7.4.1.4) inneholder straffeprosessloven i dag habilitetskrav for sakkyndige. Regelen om sakkyndiges habilitet i strpl. § 142 lyder:

“Når det kan unngås, bør det som sakkyndig ikke oppnevnes noen som etter domstolsloven § 106 eller § 108 ville være ugild som dommer.

Som regel bør det heller ikke oppnevnes sakkyndige som står i avhengighetsforhold til hverandre.”

Bestemmelsen viser til dl. §§ 106 og 108 som direkte gjelder for dommere. Dl. § 106 beskriver en del situasjoner hvor det er en familiær eller annen tilknytning til aktørene i saken. Dl. § 108 er en mer skjønnsmessig regel, hvoretter det foreligger inhabilitet hvis det foreligger “andre særegne omstendigheter” som er “skikket til å svekke tilliten til hans uhildethet”. Dette vil f.eks. kunne ramme tilfeller hvor den sakkyndige via vennskap, sosial omgang o.l. har tilknytning til en av partene. Praktisk kan være at den sakkyndige har vært behandler for en part. Dette vil ofte innebære inhabilitet. Ved vurderingen i forhold til dl. § 108 skal det legges vekt på om det er reist inhabilitetsinnsigelse. Det er særlig denne mer skjønnsmessige regelen i dl. § 108 som i enkelte tilfeller kan reise prinsipielle og vanskelige spørsmål.

11.3.1.2 Hvem reglene gjelder for

Lovens habilitetsregler gjelder bare for sakkyndige som oppnevnes av retten. Habilitetsreglene gjelder ikke for sakkyndige vitner. Et sakkyndig vitne er en person som er innkalt som vitne av en av partene, og som skal uttale seg som sakkyndig uten at han er oppnevnt av retten som dette. Slike vitner omtales også som “private sakkyndige” eller “partssakkyndige”. At noen anses inhabil i forhold til å bli oppnevnt av retten som sakkyndig, hindrer ikke at parten fremstiller vedkommende i retten som sakkyndig vitne, jf. strpl. § 149. Dersom en person er inhabil og derfor ikke kan oppnevnes av retten, kan han altså likevel møte som vitne. Som vitne vil han ha forklaringsplikt hvis det ikke foreligger særlige forhold, f.eks. taushetsplikt og nært slektskap. Han vil ikke som vitne ha plikt til å foreta sakkyndige vurderinger, men han kan likevel – dersom han selv ønsker det – gi uttrykk for faglige vurderinger på samme måte som en oppnevnt sakkyndig. Han kan også tilkjennes samme godtgjørelse som en oppnevnt sakkyndig. Det er viktig å merke seg at et sakkyndig vitne forklarer seg under samme ansvar, slik også en oppnevnt sakkyndig gjør, og at et sakkyndig vitne avgir samme formelle forsikring som en sakkyndig. Et slikt vitne skal – som andre vitner – forklare seg nøkternt, og skal ikke i sin forklaring eller i sine faglige vurderinger se hen til hvem som har innkalt ham, eller til hvem hans forklaring og vurderinger vil være til gunst eller skade for.

11.3.1.3 Utvalgets generelle syn

Utvalgets generelle syn er at det i dag er grunn til å se strengere på habilitetsspørsmålet enn tidligere. Det er grunn til å skjerpe lovens generelle regler (se pkt. 11.3.3), og en del konkrete situasjoner bør vurderes annerledes enn hva som til nå har vært praksis (se pkt. 11.4).

11.3.2 Bør det gis særlige habilitetsregler for rettsmedisinsk sakkyndige?

Strpl. § 142 gjelder sakkyndige i straffesaker generelt. Det er etter utvalgets mening ikke grunnlag for å oppstille *særlige* habilitetsregler for rettsmedisinsk sakkyndige, som avviker fra hva som generelt gjelder for sakkyndige i straffesaker. Det foreligger ikke slike særlige forhold ved rettsmedisinere og deres virksomhet at vurderingen bør foretas etter andre normer overfor disse enn med hensyn til andre. Samme standpunkt har lege-forsikringsutvalget

inntatt i NOU 2000: 23 pkt. 13.10.1.1 (side 100–101) når det gjelder medisinsk sakkyndige i forsikringssaker.

11.3.3 Bør dagens habilitetsregler skjerpes?

Generelt står retten noe friere ved vurderingen av sakkyndiges habilitet enn ved vurderingen av dommeres habilitet. Loven sier som det fremgår bare at den som er inhabil etter dl. §§ 106 og 108 ikke “bør” oppnevnes “når det kan unngås”. Dagens inhabilitetsregel er altså en “bør-regel”. Spørsmålet er om det er grunn til å endre dette.

I sivile saker er reglene utformet noe annerledes. Tvistemålsloven § 242 første og annet ledd lyder slik:

“Den som etter domstolloven § 106 ville være ugild som dommer, skal ikke oppnevnes som sakkyndig.

Når det kan unngås, bør det som sakkyndig ikke oppnevnes noen som etter domstolloven § 108 ville være ugild som dommer.”

En sakkyndig som faller inn under dl. § 106 er altså automatisk inhabil i sivile saker, mens den samme personen i straffesaker ikke *bør* oppnevnes. Det er ikke lett å se hvorfor vurderingen bør falle annerledes ut i de to prosessformene. Straffeprosesslovkomiteen (Innstillingen side 216) drøftet ikke denne forskjellen nærmere, men uttalte bare under henvisning til Salomonsens kommentar til den gamle straffeprosesslov at “så langt [som i sivilprosessen] antas det ikke å være grunn til å gå i straffeprosessen”.

I NOU 2000: 23 pkt. 13.10.1.1 har lege-forsikringsutvalget foreslått en endring av den tilsvarende regel i sivile saker, tvistemålsloven § 242. Nåværende første ledd er foreslått endret slik:

“Den som etter domstolsloven § 106 eller § 108 ville være ugild som dommer, skal ikke oppnevnes som sakkyndig.”

Her er altså foreslått en “skal-regel” for sivile saker. I kommentarene til forslaget heter det (side 119):

“Bestemmelsen skjerper habilitetskravene til rettsoppnevnte sakkyndige, jf drøftelsen ovenfor i 13.10.1.1. Dersom det ikke er mulig å finne sakkyndige som er habile etter den nye bestemmelsen, må partene henvises til å bruke sakkyndige vitner. Etter utvalgets oppfatning er dette en bedre løsning enn å gi en inhabil sakkyndig den ekstra autoritet en rettsoppnevning gir.”

Utfra samme resonnement som lege-forsikringsutvalget, antar utvalget at en tilsvarende endring bør vurderes i straffeprosessen. Det er i de senere år rettet et sterkere søkelys mot habilitetsproblematikken, og Høyesterett ser nå strengere på habilitetskravene. Generelt er tilgangen på sakkyndighet nå bedre enn tidligere, og det foreligger heller ikke reelle grunner for å ha ulike regler i straffesaker og sivile saker.

Utvalget er også kjent med at en innskjærping vil være i samsvar med et foreløpig forslag fra tvistemålsutvalget, jf. deres notat av 18. desember 2000 om bevis. Tvistemålsutvalget foreslår der følgende regel (punkt 8: Utkast til regler om sakkyndigbevis, § IC tredje ledd):

“En som ville være inhabil som dommer i saken, skal ikke oppnevnes som sakkyndig. Også ellers bør det unngås å oppnevne sakkyndig hvor tilknytningen til partene, andre sakkyndige eller andre forhold gjør at det kan reises tvil om deres uavhengighet eller upartiskhet. Det utelukker ikke oppnevning at vedkommende har vært sakkyndig i lavere instans.”

I kommentarene til forslaget skriver tvistemålsutvalget:

“Inhabilitetsregelen i (3) går lenger enn det som i dag følger av tvistemålsloven § 242. I sivile saker bør det være en ufravikelig regel at en som ikke ville vært habil som dommer, heller ikke skal oppnevnes som sakkyndig. Men det er også grunn til å vise tilbakeholdenhet med å oppnevne i tilfeller hvor det ikke foreligger regulær habilitet, men hvor det likevel er slik tilknytning eller foreligger slike andre forhold at det vil kunne oppstå tvil om uavhengigheten eller upartiskheten. Det bør f. eks. unngås å oppnevne to leger ved samme sykehusavdeling som sakkyndige i samme sak. Retten må søke å klarlegge om det kan foreligge forhold som kan medføre at vedkommende ikke bør oppnevnes. Det praktiske vil gjerne være at retten ved henvendelse til den mulige sakkyndige spør om det foreligger noen tilknytning til parten eller andre som kan ha interesse av den sakkyndiges utredning eller utfallet av saken eller om det foreligger tilknytning til andre som det også kan være aktuelt å oppnevne.”

Utvalget mener reglene i de to prosessformene bør harmoniseres. Reglene i begge prosessformer bør skjerpes, slik at den sakkyndige som rammes av dl. § 108 automatisk blir inhabil. Innskjerpningen i straffeprosessloven foreslås imidlertid uavhengig av om en tilsvarende endring gjennomføres i sivilprosessen. Utvalget foreslår derfor at strpl. § 142 første ledd gis denne ordlyd:

“Den som etter domstolloven § 106 eller § 108 ville være ugild som dommer, skal ikke oppnevnes som sakkyndig”.

11.4 Sakkyndiges habilitet – noen særlige situasjoner

Utvalget finner grunn til å kommentere enkelte særlige situasjoner der habilitetsspørsmål lett reiser seg i forhold til rettsmedisinere, og å gi uttrykk for sitt syn. Dette er tilfeller der spørsmålet er hvorvidt det foreligger inhabilitet i forhold til dl. § 108. På flere punkter antar utvalget at det er grunn til å skjerpe kravene til habilitet.

Utvalget viser til tvistemålsutvalgets foreløpige forslag til ny regel om sakkyndiges habilitet, gjengitt i pkt. 11.3.3 ovenfor. I bestemmelsens annet punktum foreslås en ny skjønnsmessig habilitetsregel, med en oppregning av enkelte situasjoner som “bør unngås”. Utvalget kan ikke se behov for en slik generell skjønnsmessig habilitetsregel til supplering av dl. § 108. Utvalget finner at skjønnstemaet i dl. § 108 er tilfredsstillende angitt.

11.4.1 Tilknytning til politiet mv. gjennom ansettelsesforhold

11.4.1.1 Gjeldende rett

At den sakkyndige har tilknytning til politiet gjennom ansettelse har som utgangspunkt ikke vært ansett som generelt inhabiliserende. Det må ved vurderingen legges vekt på vedkommendes stilling innen politiet og hans forhold

til den aktuelle saken, jf. Andenæs: Norsk straffeprosess I (1994) side 223–224. I Rt 1968 side 105 ble det lagt til grunn at to skriftsakkyndige politibetjenter ved Kripas (Kriminalpolitisentralen) ikke var inhabile. Det ble lagt vekt på at Kripas ikke var et ordinært organ for påtalemyndigheten, men var underlagt Justisdepartementet.

Straffeprosesslovkomiteen uttalte (Innstillingen side 216) at det:

“ikke bør være spørsmål om å oppnevne politiets egne eksperter som sakkyndige, Dette gjelder ikke bare tjenestemenn som er knyttet til det enkelte politikammer, men også de som er ansatt ved Kriminalpolitisentralen.”

Departementet var imidlertid ikke enig i dette, jf. Ot.prp. nr. 35 (1978–79) side 153–154. Departementet var for så vidt enig med komitéen i at det ville være best om man slapp å oppnevne tjenestemenn i politiet som sakkyndige. Man fant det imidlertid ikke ønskelig å endre praksis radikalt, slik at politiets eksperter ikke lenger skulle oppnevnes som sakkyndige, men avhøres som sakkyndige vitner. En slik forskjell mellom sakkyndige ansatt i politiet og andre sakkyndige ønsket man ikke. Departementet mente det fortsatt burde være opp til retten å avgjøre om det er forsvarlig å oppnevne sakkyndige som er ansatt i politiet.

En mer perifer tilknytning til politiet, f.eks. som politilege, må etter gjeldende rett antas normalt ikke å være inhabiliserende. I en rekke tilfeller er politileger som har foretatt foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse blitt oppnevnt som sakkyndig til å foreta fullstendig undersøkelse.

11.4.1.2 Utvalgets syn

Utvalget antar det i første rekke er de sakkyndiges opptreden i rettspsykiatrisk sammenheng som i praksis kan reise prinsipielle problemer. Særlig gjelder dette oppnevning av politileger som sakkyndige til å foreta fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse. Det er i Norge få slike stillinger, men de politileger som finnes har i stor utstrekning gjort tjeneste som sakkyndige. I forarbeidene til straffeprosessloven (Ot.prp. nr. 35 (1978–79) side 154) er det uttalt at det:

“ofte vil kunne være aktuelt å oppnevne en politilege og normalt vil dette heller ikke være betenkelig.”

Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe uttalte i brev 2. november 1988 til Justisdepartementet at man mente det kunne reises prinsipielle habilitetsspørsmål ved oppnevning av politileger som sakkyndige. Det ble fremhevet at politilegen kommer tidlig inn i saken, og ofte gjennomfører den foreløpige rettspsykiatriske undersøkelsen av siktede. Denne legges som regel til grunn for rettens avgjørelse av om det skal oppnevnes rettspsykiatrisk sakkyndige i saken. Politilegen brukes også som politiets medisinske sakkyndige, herunder også rettspsykiatrisk sakkyndige, under etterforskningen og varetektsfengslingen. Som politiansatt har politilegen også daglig omgang med miljøet ved politikammeret, der han har anledning til å fange opp opplysninger om den siktede fra etterforskere som kan farge hans syn.

DRK mente at det er uheldig at politilegen lar seg oppnevne av retten som uavhengig psykiatrisk sakkyndig, og fremholdt at det ikke bør kunne reises den minste tvil om den domstolsoppnevnte sakkyndiges objektivitet og uavhengighet. DRK var av den oppfatning at det kunne reises kritikk mot ordningen med politileger som sakkyndige, i hvert fall så lenge det er tilgjengelig kompetente psykiatere i området som er villige til å påta seg oppgaven med rettspsykiatrisk undersøkelse.

Justisdepartementet oppnevnte 23. desember 1992 en arbeidsgruppe for å vurdere behov for retningslinjer for en del rettspsykiatriske spørsmål. Arbeidsgruppen avga innstilling 1. juni 1994, se pkt. 4.3. Innstillingen har ennå ikke ledet til at det er gitt formelle retningslinjer. I arbeidsgruppens forslag til retningslinjer er det i tilknytning til habilitetsspørsmålet uttalt (side 19):

“Dersom det er foretatt en foreløpig observasjon, kan i utgangspunkt den samme sakkyndige også foreta den judisielle observasjon. Dette gjelder likevel ikke når den som har foretatt den foreløpige observasjonen er knyttet til politietaten, påtalemyndigheten eller fengselsvesenet. Dette gjelder selv om en politilege eller fengselslege har en selvstendig stilling.”

Utvalget er enig i de synspunktene DRK har gitt uttrykk for. Dette er også i samsvar med arbeidsgruppens syn når det gjelder ansatte i politiet og det øvrige strafferettsapparatet. Utfallet av den fullstendige rettspsykiatriske undersøkelsen har ofte sentral betydning i saken, og det er da grunn til å legge særlig stor vekt på å benytte sakkyndige som er helt uavhengige.

11.4.2 Forutgående bistand til politiet i samme sak

11.4.2.1 Gjeldende rett

I en del tilfeller vil påtalemyndigheten under etterforskningen søke bistand hos sakkyndige, jf. strpl. § 148. Det kan da oppstå spørsmål om denne sakkyndige, ved å ha bistått på dette stadiet, blir inhabil til senere å gjøre tjeneste under hovedforhandlingen. Dette har flere ganger vært oppe i rettspraksis i forhold til andre faggrupper enn rettsmedisinere. Det må etter den rettspraksis som foreligger legges til grunn at dette regulært ikke vil medføre inhabilitet. Det vises særlig til Rt 1981 side 1253 (regnskapskyndige som hadde bistått med etterforskningen var ikke inhabile), Rt 1990 side 203 (ornitolog som hadde bistått politiet i forbindelse med et beslag var ikke inhabil), og Rt 1992 side 569 (psykolog som hadde bistått politiet under etterforskningen av en sedelighetssak var ikke utelukket fra å bli oppnevnt som sakkyndig).

I Rt 1970 side 540 uttaler Høyesterett at:

“det er en vanlig fremgangsmåte i straffesaker at fagfolk som har ytet sakkyndig bistand under etterforskningen, oppnevnes som sakkyndige i den etterfølgende rettssak, og jeg kan ikke se at denne omstendighet i og for seg er skikket til å gjøre dem inhabile”.

På den annen side har Høyesterett også uttalt at det ikke er uten betenkeligheter at de personer med sakkyndig bakgrunn som har medvirket under etterforskningen, er de eneste som avgir sakkyndige forklaringer for retten, jf. Rt 1989 side 434.

11.4.2.2 Utvalgets syn

Hvor en sakkyndig har bistått politiet, må det foretas en konkret vurdering i forhold til dl. §§ 106 og 108. Sentralt ved vurderingen vil være i hvilken grad den sakkyndige har blitt involvert i etterforskningsprosessen, jf. her kritikken fra Liland-utvalget i NOU 1996: 15 pkt. 10.11.3 (side 126). Dette gjelder også der den sakkyndige har vært oppnevnt etter strpl. § 237.

Også her vil det i hovedsak være innen rettspsykiatrien at de prinsipielle spørsmål sterkest reiser seg, og da særlig i forhold til om den som foretar en foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse skal kunne oppnevnes som sakkyndig for å foreta full undersøkelse. Det er i de aller fleste tilfeller politiet som tar initiativ til en foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse, og som også velger hvem som skal gjennomføre denne. Det er i dag ikke uvanlig at den lege som har utført en foreløpig undersøkelse, og som har konkludert med at fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse bør foretas, deretter blir oppnevnt av retten som en av de sakkyndige til å foreta denne undersøkelsen.

Et problem er at legen gjennom sin foreløpige uttalelse i noen grad kan ha bundet seg opp i forhold til resultatet av observasjonen. Et forbud mot å oppnevne vedkommende lege som sakkyndig, kan imidlertid på den annen side tenkes å virke begrensende på rekrutteringen av sakkyndige. I prinsippet kan det nok også tenkes at legen i ren næringsinteresse velger å tilrå full observasjon. Dette er i dag neppe noe videre praktisk problem, men dette hensynet taler for at legen som foretar den foreløpige undersøkelsen ikke bør oppnevnes som sakkyndig til å foreta full rettspsykiatrisk undersøkelse.

Verken straffeprosessloven eller andre regler inneholder noe forbud mot at den som har foretatt den foreløpige rettspsykiatriske undersøkelsen blir oppnevnt som sakkyndig for å foreta en full undersøkelse. Som nevnt i pkt. 11.4.1.2 foreslo heller ikke arbeidsgruppen i 1994 noe forbud mot dette.

Det er etter utvalgets mening grunn til i dag å vurdere dette annerledes. Generelt er utvalget av den oppfatning at det bør trekkes klare skillelinjer mellom politiets og rettens bruk av sakkyndige. Det bør prinsipielt være slik at den som har bistått politiet i en sak, ikke senere bør oppnevnes som rettens sakkyndige i samme sak. Tilgangen på rettspsykiatrisk sakkyndige er nå så vidt god at det neppe er knyttet rekrutteringsmessige problemer til et forbud mot en slik rollekombinasjon. Antallet oppdrag vil samlet sett heller ikke berøres av et forbud.

Utvalget mener på denne bakgrunn at den lege som har foretatt den foreløpige undersøkelsen vil være inhabil etter dl. § 108 til å foreta den fullstendige rettspsykiatriske undersøkelsen. Dette bør av praktiske årsaker gjelde også for det fåtall tilfeller der det er retten, og ikke politiet, som tar initiativ til den foreløpige undersøkelsen.

Utvalget har vurdert om dette bør tas inn som en tilføyelse i strpl. § 142. Et argument for dette vil være at det foreslås en markert endring i det som hittil har vært akseptert praksis. Utvalget har imidlertid kommet til at det er unødvendig å regulere én spesiell habilitetssituasjon uttrykkelig, jf. innledningen til pkt. 11.4.

11.4.3 Den sakkyndige er anmelder eller i en anmelderlignende situasjon

11.4.3.1 Gjeldende rett

Unntaksvis vil situasjonen kunne være at det oppstår spørsmål om å oppnevne som sakkyndig en person som har anmeldt det aktuelle forholdet til politiet. En anmelder vil imidlertid regulært være inhabil som sakkyndig, jf. Rt 1971 side 247. Noe mer praktisk er at vedkommende er i en anmelderlignende situasjon. I Rt 1989 side 712 var situasjonen at en lege etter samtale med et barn avga den rapport som ledet til straffesaken, men uten at legen formelt var anmelder. Mistanken var kommet til politiets kunnskap før rapporten ble sendt, og legen var ikke inhabil som sakkyndig.

Tilsvarende situasjoner kan oppstå når det f.eks. fra legevakt eller voldtektsmottak blir gitt underretning til politiet. Enten det er denne underretningen som medfører at etterforskning blir iverksatt, eller dette allerede har skjedd, vil situasjonen ligne på en anmeldelse. I slike tilfeller vil også vedkommende som underretter politiet ofte kunne likestilles med en behandler, jf. nedenfor i pkt. 11.4.4.

Tilsvarende vil det kunne oppstå anmelderlignende situasjoner dersom offentlige instanser, f.eks. barneverntjenesten, sosialkontor eller trygdekontor, med klientens samtykke underretter politiet om sin mistanke om straffbare forhold.

11.4.3.2 Utvalgets syn

Utvalget vil også her fremholde behovet for klare skillelinjer mellom de ulike roller i saken. Etter utvalgets mening må det klart unngås å oppnevne noen som har en anmelderlignende rolle i saken. Disse situasjonene vil ofte ligge svært nær dl. § 106 nr. 6, som rammer den som har "handlet i saken" for fornærmede. I andre tilfeller vil vedkommende, som nevnt, kunne anses å ha en behandlerrolle. Den som har opptrådt på vegne av fornærmede overfor politiet bør derfor i alminnelighet anses inhabil etter dl. § 108. Det kan også tenkes å oppstå habilitetsproblemer for andre ved samme institusjon. Vedkommende vil likevel kunne avhøres som (sakkyndig) vitne.

11.4.4 Den sakkyndige har vært behandler

11.4.4.1 Gjeldende rett

Høyesterett har i Rt 1988 side 650 uttalt at man i utgangspunktet bør være varsom med å oppnevne sakkyndige som har foretatt behandling av partene i en sak. Saken gjaldt sedelighetsforbrytelse, og det ble som sakkyndige oppnevnt to psykologer som hadde hatt fornærmede til behandling. Retten fant imidlertid at det ikke forelå særlige forhold som talte mot oppnevning, men fremholdt for øvrig at de to kunne ha blitt avhørt som sakkyndige vitner. Det må etter dette legges til grunn at et behandlingsforhold ikke automatisk fører til inhabilitet. Det fremgår imidlertid ikke klart av denne avgjørelsen om Høyesterett mente de to sakkyndige falt inn under dl. § 108, eller om man bygget på "bør-regelen" i strpl. § 142.

11.4.4.2 Utvalgets syn

Utvalget vil understreke at det er en betydelig forskjell mellom rollene som sakkyndig og behandler. Den sakkyndige er "rettens tjener", og skal ut fra sitt fagkyndige skjønn bidra til å opplyse straffesaken. Som behandler har man ofte en mer varig relasjon til den det gjelder, og man skal gjerne forholde seg til pasienten etter at straffesaken er avsluttet. Dette kan bevisst eller ubevisst prege det som sies i retten. Behandleren vil kunne komme i en bevisst eller ubevisst lojalitetskonflikt, ved at det vil kunne føles uriktig å uttale noe som kan være uheldig for pasienten i straffesaken, enten dette er siktede eller fornærmede. Jo mer skjønnspreget temaet er, jo mer uheldig er en slik rolle-kombinasjon.

Utvalget nevner at DRK særskilt har vurdert spørsmålet om fengselsleger som sakkyndige. Kommisjonen pekte prinsipielt på habilitetsproblemet. Fengselslegen er allmennpraktiker i forhold til fengselsinnsatte, og kommisjonen mente at fengselsleger ikke bør påta seg sakkyndigoppdrag om innsatte eller tidligere innsatte i sin institusjon. Utvalget slutter seg til denne vurderingen.

Et behandlingsforhold bør etter utvalgets mening nærmest unntaksfritt medføre at den sakkyndige anses å falle inn under dl. § 108. Dersom strpl. § 142 endres som foreslått foran, jf. pkt. 11.3.3, vil det da alltid foreligge inhabilitet som sakkyndig.

Behandleren vil kunne ha opplysninger som er av betydning for saken. Han vil ofte være den som kjenner pasientens helsetilstand best, og det vil kunne være avgjørende for å få saken tilstrekkelig opplyst at han avhøres. Men han bør da avhøres som vitne, eventuelt sakkyndig vitne, jf. strpl. § 149.

11.4.5 Avhengighetsforhold mellom de sakkyndige

11.4.5.1 Gjeldende rett

Det fremgår av strpl. § 142 annet ledd at det som regel ikke bør oppnevnes sakkyndige som står i et avhengighetsforhold til hverandre. Tvml. § 242 tredje ledd inneholder en tilsvarende regel for sivile saker. Denne regelen er ny i straffeprosessloven av 1981, og kom også inn i tvistemålsloven på samme tid. Regelen ble tatt inn i lovgivningen etter initiativ fra Den norske Advokatforenings permanente lovutvalg for strafferett og straffeprosess, som under høringen bl.a. uttalte:

"Når det gjelder utkastets § 142, vil man nevne at dette utvalg i et brev til Advokatforeningen av 23. november 1968 påpekte at domstolene ofte oppnevnte to sakkyndige fra samme sykehus, hvorav den ene tjenestemessig sto i et underordnet forhold til den annen. Utvalget ga uttrykk for at det fant dette uheldig, men tok den reservasjon at man måtte kunne oppnevne to leger fra samme sykehus hvor en annen ordning bød på store praktiske vanskeligheter."

Helsedirektoratet hadde i en uttalelse til det nevnte utspillet i 1968 uttalt bl.a.:

"Sosialdepartementet er enig med Den norske Advokatforenings permanente lovutvalg for strafferett og straffeprosess at det prinsipielt må anses uheldig at det i rettssaker oppnevnes to psykiatrisk sakkyndige som er leger ved samme sykehus og hvorav den ene tjenestemessig står i et underordnet forhold til den annen.

Imidlertid er fordelingen av spesialister i psykiatri utover landet meget ujevn, og legene ved det regionale psykiatriske sykehus er i mange områder de eneste tilgjengelige spesialister i psykiatri.

Departementet antar derfor at adgangen til å oppnevne to leger ved samme sykehus som rettspsykiatrisk sakkyndige ikke bør være utelukket, når en annen ordning ville medføre store ulemper eller medføre særlig store utgifter.”

Den rettsmedisinske kommisjon hadde i sin uttalelse bl.a. uttalt:

“Konklusjonen må være at det er liten grunn til å gi bestemte forskrifter om dette spørsmål. En må kunne gå ut fra at dersom det skulle finnes noen følelse av uavhengighet [antakelig feilskrift for “avhengighet”], vil de sakkyndige selv si fra slik at oppnevnelsen unngås. Dersom andre har noe å innvende, er det jo en generell regel at siktede skal høres når det gjelder valget av sakkyndige. Hvis siktede eller forsvareren gjør gjeldende at en sakkyndig av bestemte grunner ikke bør oppnevnes, bør dette alltid tillegges adskillig betydning – også når den oppgitte grunn er at den ene sakkyndige er den annens direkte underordnede.

Noe annerledes kan vurderingen bli dersom en overlege blir oppnevnt sammen med en lege i underordnet stilling (assistentlege) som ikke er spesialist i psykiatri og som dermed ikke tilfredsstiller de krav som stilles til en rettspsykiatrisk sakkyndig. Men slike oppnevnelser blir det erfaringsmessig bare tale om i de deler av landet hvor det er vanskelig til enhver tid å finne to kvalifiserte sakkyndige.”

Justisdepartementet foreslo etter dette den regelen som ble vedtatt som annet ledd i § 142.

Problemstillingen var oppe i avgjørelsen i Rt 1983 side 379. Det dreide seg her om observasjon av en siktet som var innlagt ved det sykehuset der de to legene arbeidet. Høyesterett uttalte (side 382):

“På grunn av ankepunktene mot den foreliggende sakkyndige undersøkelse har Den rettsmedisinske kommisjon uttalt seg ytterligere i saken. Kommisjonen har avgitt en utførlig uttalelse, hvor det blant annet fremheves at det etter kommisjonens mening er en ubetinget fordel at to av institusjonens leger utfører observasjonen når observanden er innlagt i psykiatrisk institusjon. “Kommisjonen har heller ingen innvendinger mot at de fungerer som rettspsykiatriske sakkyndige også ved observasjoner utenfor sykehuset”. Det ville kunne føre til betydelige vansker med utdanningen av leger i rettspsykiatri og derigjennom til rekrutteringen til yrket om man ikke ville tillate en slik ordning, heter det videre i redegjørelsen fra kommisjonen. Denne understreket for øvrig at det ville kunne føre til økte vansker med å få oppnevnt sakkyndige i den enkelte sak. Slike praktiske hensyn vil det – etter min mening – være berettiget å ta også i forhold til regelen i den nye straffeprosesslov § 142 annet ledd, som forsvareren for Høyesterett har vist til.

På dette grunnlag finner jeg at det ikke kan sies å foreligge noen feil ved oppnevnelsen av overlege og reservelege ved samme institusjon.”

Dommen er avsagt før ikrafttreddelsen av straffeprosessloven av 1981, men som det fremgår behandler Høyesterett også forholdet til den nye regelen.

11.4.5.2 Utvalgets syn

Det er ingen grunn til å endre på regelen som sådan. Dette dreier seg ikke om en regulær inhabilitet som faller inn under dl. §§ 106 eller 108, men om en mer generell norm for personvalget som bygger på habilitetslignende betraktninger. Problemstillingen blir aktuell hvor det oppnevnes mer enn en sakkyndig, hvilket vil være et unntak fra hovedregelen i strpl. § 239 om at det regulært skal oppnevnes én sakkyndig, jf. pkt. 7.4.1.2. Det vil i disse situasjonene vanligvis dreie seg om viktige eller kompliserte spørsmål. Når det oppnevnes to sakkyndige, må det være sentralt at man får to selvstendige vurderinger av det sakkyndige spørsmålet. Dette hindrer ikke at de to sakkyndige samarbeider, f.eks. ved undersøkelsene, men de sakkyndige bør generelt foreta selvstendige vurderinger av det aktuelle spørsmålet.

Man bør da unngå faren for at et avhengighetsforhold mellom de sakkyndige kan tenkes å virke inn på vurderinger og konklusjoner. Et avhengighetsforhold vil lett foreligge hvor det er et over-/underordningsforhold mellom de to sakkyndige.

Forholdene på de enkelte fagområder vil imidlertid være ulike.

Innen rettspatologien vil det i praksis regulært måtte være slik at de sakkyndige er ansatt ved samme institusjon, og at det derved ofte eksisterer et over-/underordningsforhold mellom de sakkyndige.

I rettspsykiatrien vil innhenting av data og vurdering av disse generelt i større grad enn i somatikken bygge på medisinsk skjønn. Innen rettspsykiatrien kan det derfor etter utvalgets mening i dag være grunn til å se strengere på dette temaet enn hva Høyesterett gjorde i avgjørelsen i Rt 1983 side 379, som er gjengitt foran. Tilgangen på rettspsykiatrisk sakkyndige og hensynet til utdannelsen av psykiatere bør i dag ikke anses som et tilstrekkelig tungtveiende argument for å godta sakkyndige som står i et avhengighetsforhold til hverandre.

Også på andre områder med sterkt skjønnsmessige forutsetninger bør det oppnevnes to sakkyndige, som da fortrinnsvis bør komme fra ulike institusjoner. Utvalget antar det vil bli lettere for rekvirenter å velge mellom sakkyndige når man får en bedre oversikt over aktuelle kvalifiserte personer, jf. forslaget i pkt. 11.1.

11.5 Behov for veiledning ved utforming av mandat

Foran under pkt. 7.4.1.5 og 7.4.2.2 er rettens og påtalemyndighetens bruk av mandat for sakkyndige omtalt. Bruken varierer i dag betydelig. Ikke alle mandater virker like godt gjennomtenkte. Det hender også at sakkyndige oppnevnes uten at noe mandat er utarbeidet, men at den sakkyndige forventes å bistå rekvirenten på den måten han selv oppfatter rekvirenten har behov for. Utvalget finner dette lite tilfredsstillende.

På denne bakgrunn har utvalget kommet til at både retten og påtalemyndigheten bør pålegges å utarbeide skriftlige mandater ved innhenting av sakkyndig bistand. Utvalget foreslår at en slik plikt lovfestes i ny strpl. § 142. Denneplikten rekker videre enn regelen i strpl. § 152 annet ledd om innholdet i rettens beslutning om å overlate granskning til sakkyndige. Skriftlighet er viktig for å sikre notoritet om mandatet. Utvalget forutsetter også at man

datene blir mer gjennomarbeidede og utførlige enn i dag. I tillegg bør Riksadvokaten vurdere behovet for retningslinjer for påtalemyndighetens bruk av mandat for sakkyndige.

Også tvistemålsutvalget har i sitt notat av 18. desember 2000 om bevis tatt inn et foreløpig forslag om at retten skal fastsette mandat for de sakkyndige, se notatets punkt 8 med utkast til § ID:

“Retten fastsetter hva den sakkyndige skal utrede, og gir de nødvendige instruksjoner. Retten kan pålegge partene å utarbeide forslag til mandat for de sakkyndige.”

Kvaliteten på den sakkyndiges undersøkelse og erklæring vil kunne påvirkes av mandatets utforming. Mandatet må ikke legge ensidige føringer for den sakkyndiges arbeid. Mandatet bør heller ikke gå ut på at den sakkyndige skal uttale seg om forhold som ligger utenfor sakkyndigheten, noe som forekommer. Den sakkyndige er ikke alltid tilstrekkelig bevisst på dette selv. Det vil i praksis lett kunne være uenighet mellom partene om utformingen av mandatet.

Utvalget mener det er viktig at sakkyndige alltid har et klart mandat å forholde seg til. Utvalget antar at bakgrunnen for den varierende praksis med hensyn til utforming av mandater kan skyldes for liten bevissthet omkring betydningen av klare mandater og for liten kunnskap om hvordan et mandat bør utformes.

I NOU 1996: 15 Lilandsaken pkt. 10.9, heter det om formulering av den sakkyndiges oppdrag (side 123–124):

“(1) Det er normalt politi/påtalemyndighet som er oppdragsgiver ved rettslige obduksjoner. Det sentrale formål med en slik obduksjon vil ofte være å bringe dødsårsaken på det rene, og slik formuleres også regelmessig det oppdrag som gis.

Innen visse rammer vil en obduksjon kunne utføres på en varierende måte, alt avhengig av de spørsmål som ønskes belyst. Det vil derfor være av stor betydning for den nytte man senere kan ha av innholdet i en obduksjonsrapport at politiet allerede forut for obduksjonen presiserer de spørsmål som man ønsker svar på. Dersom man er interessert i opplysninger om død tidspunktet, bør dette særskilt fremheves. I så fall bør det vel regelmessig presiseres at man også ønsker uttalelser om det tidspunkt da offeret ble tilført skadene.

I denne forbindelse kan påpekes at verken omfanget av de undersøkelser som ble gjort eller innholdet i obduksjonsrapportene fra 1969 i Liland-saken bærer bud om at det i noen særlig grad forut for obduksjonen ble fremhevet at man ønsket mest mulig nøyaktige svar på spørsmålene om skade- og død tidspunkt.

(2) Det foreligger ikke i Norge noen standardisert beskrivelse av hvorledes en obduksjon i det enkelte tilfelle bør foretas og hvordan en obduksjonsrapport bør utformes. Dette understreker betydningen av at politi/påtalemyndighet på forhånd formulerer sine spørsmål.”

Utvalget deler Liland-utvalgets oppfatning på dette punktet.

Utvalget tar som utgangspunkt at spørsmålet om utforming av mandatet i første rekke må avklares mellom revirenten og den sakkyndige selv, og dette er også den praktiske virkelighet. Utvalget mener likevel at retten og partene enklere enn i dag bør kunne få veiledning fra andre enn den valgte sakkyndige

(bl.a. før sakkyndig er valgt) om utarbeidelse av mandat dersom de ønsker det. De vil i praksis ikke alltid vite hva de sakkyndige bør spørres om i den konkrete sak.

Etter forskriften om Den rettsmedisinske kommisjon § 6 b skal kommisjonen bistå med råd og opplysninger om rettsmedisinske spørsmål under strafferettslige undersøkelser. Utfra ordlyden har derfor kommisjonen allerede i dag ansvaret for å veilede rekvirenter ved utforming av mandat. Siden rekvirenter i praksis ikke henvender seg til kommisjonen for veiledning, skjer imidlertid ikke denne type veiledning fra kommisjonen.

Kommisjonens alminnelige gruppe har ikke sjeldent kritiske bemerkninger til formuleringen av den sakkyndiges mandat eller hvordan den sakkyndige har forholdt seg til mandatet. Kommisjonens kritikk kommer i forbindelse med kontrollen av den sakkyndiges erklæring. Et kontrollorgan må alltid være varsom med forhåndsveiledning i konkrete saker som det senere skal kontrollere, og kommisjonen synes i praksis å unngå de uheldige sider slik forhåndsveiledning vil kunne ha. Kommisjonen ville imidlertid kunne ha gitt veiledning basert på omfattende erfaring.

Hvem som skal ha ansvaret for veiledning ved utforming av mandat vil variere etter hvilken organisasjonsmodell man velger, jf. pkt. 14.3.1 B, 14.3.2 B og 14.3.3 B.

Lege-forsikringsutvalget anbefalte i NOU 2000: 23 pkt. 13.10.2.3 (side 108) at det burde utvikles standardmaler for mandat til den sakkyndige tilpasset de mest sentrale skadetyper og problemstillingene. Lege-forsikringsutvalget utviklet også selv et forslag til slik standardmal, inntatt som vedlegg 1 i NOU 2000: 23.

Utvalget vil understreke at utarbeidelsen av mandat til den sakkyndige kan være en krevende oppgave. Det krever at man har oversikt over saken, og har tenkt nøye igjennom hva det kan være ønskelig å få sakkyndig bistand til. En fare ved utarbeidelsen av standardmaler, kan være at rekvirenten ikke foretar den grundige gjennomgang av saken han ellers burde før en sakkyndig hentes inn. Utvalget finner på denne bakgrunn ikke grunnlag for å fremme konkrete forslag til standardmandater. Se for øvrig pkt. 14.3.3 B.

Utvalget understreker dessuten at den sakkyndige må gi beskjed til rekvirenten dersom mandatet ikke lar seg besvare, hva enten det skyldes at den konkrete sakkyndige ikke har den nødvendige kompetanse, eller at nåværende viten ikke gjør besvarelse mulig.

11.6 Spørsmål om krav til intern kvalitetssikring av sakkyndig virksomhet

Utvalget viser til orienteringen i ([Link til](#)) kapittel 9 om intern kvalitetssikring i helsetjenesten (pkt. 9.2) og innen rettsmedisinen spesielt (pkt. 9.3 og 9.4). Som det særlig fremgår i pkt. 9.3 er det i dag ulike former for intern kvalitetssikring på de rettsmedisinske områdene, men det er bare SRI som er akkreditert.

Systematisk kvalitetssikringsarbeid i helsesektoren er et område i betydelig utvikling. Det er derfor naturlig at kravene til rettsmedisinsk sakkyndig virksomhet skjerpes i tråd med denne utviklingen. Utvalget ser det som selvsagt at kravene til intern kvalitetssikring for rettsmedisinsk virksomhet i

straffesaker må tilfredsstillende de anerkjente nasjonale og internasjonale krav på området. Det er ingen grunn til at man i Norge skal akseptere svakere sikkerhet for kvaliteten på sakkyndiges rettsmedisinske tjenester enn i land det er naturlig å sammenligne seg med.

Det må i samsvar med dette arbeides for at de virksomheter og deler av virksomheter der akkreditering eller sertifisering er mulig, blir akkreditert/sertifisert. Hovedansvaret må her ligge på den enkelte virksomhet eller enkeltperson som tilbyr sakkyndigtjenester. Det vil etter utvalgets mening være naturlig at rekvirenten av rettsmedisinske tjenester krever at sakkyndige har akseptable kvalitetssikringssystemer for sin virksomhet.

11.7 Bør det stilles krav til stedet der den rettsmedisinske undersøkelsen utføres?

I utvalgets mandat heter det bl.a.:

“Utvalget skal særlig se på hvilke kvalifikasjonskrav som må stilles til de såkalte faste sakkyndige. Herunder må vurderes hvilke “faggrupper” som bør benyttes, hvordan erklæringene best kan kvalitetssikres samt krav til det sted gransking foregår.”

Mandatets formulering “krav til det sted gransking foregår” er tvetydig. Siden det gjelder kvalifikasjonskrav til de sakkyndige, kan det både være spørsmål om hvilke institusjoner som bør foreta granskning (f.eks. sentralsykehus, universitetsinstitutter, Kripos, e.l.) utfra hvilke kompetanse disse har tilgjengelig og det kan være spørsmål om de sakkyndiges habilitet i forbindelse med granskningen.

Utvalget har behandlet disse spørsmålene henholdsvis i kapittelet om organisering av rettsmedisinsk virksomhet (kapittel 14) og i punktet om habilitet (pkt. 11.4).

11.8 Er det behov for regler om kontakt mellom partene og de(n) sakkyndige?

Lege-forsikringsutvalget foreslo i NOU 2000: 23 pkt. 13.10.1.7 (side 103) en regulering av kontakten mellom den sakkyndige og partene. Hensikten med slike regler skulle være å sikre partenes tillit til at den sakkyndiges konklusjoner ikke blir forsøkt påvirket på en utilbørlig måte. Det ble pekt på at all kontakt mellom advokatene og en oppnevnt sakkyndig i rettergang skjer via retten og med kopi til motparten, mens det utenrettslig ikke er regulert hvilken kontakt det bør være mellom den sakkyndige og partene under og etter arbeidet. Det er heller ikke noe til hinder for at eventuell kontakt holdes skjult. Utvalget mente at i den grad partene har kontakt med den sakkyndige i forbindelse med oppdraget, burde den andre parten underrettes om dette, og få kopi av eventuell korrespondanse. En lov- eller forskriftsregel om dette fant man ikke nødvendig.

Lege-forsikringsutvalget drøftet videre samme sted om et utkast til den sakkyndiges rapport burde forelegges partene på forhånd, slik at eventuelle

feil når det gjelder beskrivelsen av sakens fakta skulle kunne rettes opp. Dette ble ikke anbefalt.

Utvalget ser at dette er viktige spørsmål for at partene skal ha tillit til de sakkyndiges konklusjoner, og kan derfor i det vesentlige tiltre lege-forsikring-sutvalgets vurderinger. Utvalget vil i tillegg understreke at det heller ikke bør være mer kontakt mellom de sakkyndige og partene enn det som er nødvendig for utførelsen av oppdraget. I partenes kontakt med de sakkyndige må det derfor utvises forsiktighet. Utvalget går imidlertid ikke inn for regulering av dette.

11.9 Erklæringer fra sakkyndige vitner

11.9.1 Dagens regler

De oppnevnte sakkyndige skal regulært avgi skriftlig erklæring, strpl. § 143 annet ledd. Erklæringen fra en oppnevnt sakkyndig kan leses opp innen rammen av strpl. § 299. Denne bestemmelsen tillater som hovedregel opplesning, også når den sakkyndige er til stede.

Partene i en straffesak kan som bevis påberope seg forklaringer fra sakkyndige som *ikke* er oppnevnt av retten. Etter strpl. § 149 kan slike sakkyndige vitner ("private sakkyndige") være til stede under hele forhandlingen, såfremt saken går for åpne dører eller de gis særskilt tillatelse til å være til stede etter domstolloven § 129. De avgir forsikring etter bestemmelsene for oppnevnte sakkyndige, og de kan etter lov av 21. juli 1916 nr. 2 (vitneloven) § 10 annet ledd tilkjennes godtgjørelse på samme måte som de rettsoppnevnte sakkyndige.

Sakkyndige vitner har som utgangspunkt ikke rett til å legge frem noen skriftlig erklæring. I dette spørsmålet behandles de som vanlige vitner. Vanlige vitner skal avhøres muntlig (strpl. § 296), og det er sterke begrensninger med hensyn til adgangen til å lese opp erklæringer vitner har skrevet, jf. strpl. § 296 i.f. (møtende vitner) og strpl. § 297 i.f. (fraværende vitner), jf. om dette også avgjørelsen i Rt 1993 side 77 (se side 81). Erklæringer fra et sakkyndig vitne kan følgelig ikke legges frem og leses opp på samme måte som en erklæring fra en oppnevnt sakkyndig, idet strpl. § 299 bare gjelder de oppnevnte sakkyndige. Det er grunn til å anta at det i praksis i noen grad fremlegges slike erklæringer uten at man er seg bevisst de grenser som følger av strpl. §§ 296–297.

Strpl. § 133 gir likevel et sakkyndig vitne en begrenset adgang til å lese opp fra en erklæring, i stedet for å gi en fri muntlig fremstilling. Dette vil gjelde hvor "forklaringens art krever det", og innebærer at tallopgaver, beregninger eller vanskelige tekniske detaljer som er omhandlet i en erklæring kan leses opp.

Det er ikke aktuelt for utvalget å foreslå noen endringer med hensyn til de oppnevnte sakkyndige. Men det kan være grunn til å se nærmere på enkelte problemstillinger som reiser seg i forhold til sakkyndige vitner.

11.9.2 Bør sakkyndige vitner gis adgang til å fremlegge skriftlig erklæring?

Det kan for det første reises spørsmål ved om det bør åpnes adgang for sakkyndige vitner til å avgi skriftlig erklæring.

Det som kan tale mot dette, er at en slik adgang kan bidra til å gi de sakkyndige vitners uttalelser en større autoritet enn hva de har i dag, og i noen tilfelle fortjener, ved at grensen mot de rettsoppnevnte sakkyndige blir vagere. Samtidig vil det fortsatt være opp til rettens frie bevisvurdering hvilken vekt sakkyndige vitners uttalelser skal tillegges. På den annen side vil en skriftlig erklæring gjøre beviset mer tilgjengelig og praktisk håndterbart. Og det kan hevdes å være uheldig at et og samme tema belyses med skriftlige erklæringer fra noen sakkyndige (de oppnevnte), mens sakkyndige vitners vurderinger alene fremtrer muntlig.

Etter utvalgets mening taler de beste grunner for å tillate sakkyndige vitner å legge frem skriftlige erklæringer. Beviset blir lettere tilgjengelig, og saken bedre opplyst. Dette vil også muliggjøre kvalitetskontroll via DRK, jf. nedenfor i pkt. 11.9.4.

Utvalget foreslår at dette lovfestes ved at det tas inn en regel i strpl. § 149 annet ledd om at den som fremstilles som sakkyndig uten oppnevning av retten kan fremlegge skriftlig erklæring. Videre foreslås det endringer i strpl. § 299 som muliggjør opplesning av slike erklæringer på samme måte som erklæringer fra oppnevnte sakkyndige. Disse endringsforslagene vil ikke bare omfatte sakkyndige vitner med rettsmedisinsk kompetanse, men alle sakkyndige vitner. Bortsett fra at hensynet til kvalitetskontroll via DRK ikke gjør seg gjeldende for andre erklæringer, taler de øvrige hensyn etter utvalgets mening for en generell endring som ikke bare er begrenset til rettsmedisin.

11.9.3 Bør motparten kunne kreve at sakkyndige vitner fremlegger skriftlig erklæring ?

Dersom det åpnes adgang for private sakkyndige til å fremlegge skriftlige erklæringer, kan det reises spørsmål om det også bør kunne gis adgang for motparten til å kreve at en slik erklæring utarbeides.

Kontradiksjonsprinsippet er sentralt i straffesaker, og dette vil ivaretas bedre dersom motparten via en skriftlig erklæring på forhånd gis mulighet til å forberede seg på hva det sakkyndige vitnet vil uttale seg om. Det er lite heldig at det sakkyndige vitnets vurderinger og konklusjoner fremkommer først under hovedforhandlingen. Dette kan også tenkes å lede til at saken må utsettes av hensyn til motpartens behov for å imøtegå forklaringen, jf. strpl. § 294. I praksis vil dette oftest gjelde sakkyndige vitner som påberopes av siktede. Når påtalemyndigheten fører slike vitner, vil vedkommende vanligvis ha avgitt en skriftlig erklæring under etterforskningen som er tilgjengelig for siktede.

Mye kan etter utvalgets mening derfor tale for at motparten bør kunne kreve at det avgis en skriftlig erklæring fra et sakkyndig vitne. Det kan være aktuelt å se dette i sammenheng med eventuelle endringer i sivilprosessen som måtte komme som følge av tvistemålsutvalgets arbeid. Hensynet til muligheten for ekstern kvalitetskontroll gjør imidlertid at situasjonen ligger noe annerledes an i straffeprosessen enn i sivilprosessen.

Dette kan være et kontroversielt spørsmål og det har betydning for sakkyndige vitner generelt. Problemet bør derfor utredes nærmere.

11.9.4 Bør i tilfelle slike erklæringer kunne kvalitetssikres av Den rettsmedisinske kommisjon?

I den grad skriftlige erklæringer fra sakkyndige vitner legges frem, reiser spørsmålet om kvalitetskontroll seg. Slik loven i dag lyder plikter rettsmedisinsk sakkyndige som benyttes av *påtalemyndigheten* under etterforskningen å sende sine erklæringer inn til kommisjonen, jf. strpl. § 148 tredje punktum. I noen grad vil slike sakkyndige bli oppnevnt som sakkyndige under hovedforhandlingen, i andre tilfeller vil de møte som påtalemyndighetens sakkyndige vitner. Men sakkyndige vitner som påberopes av *siktede*, vil i dag falle utenom innsendingsplikten. Dersom det, i tråd med utvalgets forslag, åpnes for å tillate skriftlige erklæringer fra sakkyndige vitner, bør det på samme måte som når det gjelder oppnevnte sakkyndige gjelde en plikt og/eller rett til innsending til kommisjonen.

11.9.5 Behovet for lovendringer

Dersom det skal tillates sakkyndige vitner å fremlegge skriftlig erklæring, og de eventuelt skal kunne pålegges dette, vil det være nødvendig med flere lovendringer i straffeprosessloven. Utvalget antar det for det første bør skje en tilføyelse i strpl. § 149, ved at det inntas et nytt annet ledd med denne ordlyden:

“Den som fremstilles til avhøring som sakkyndig uten oppnevning, kan fremlegge skriftlig erklæring.”

Når det gjelder adgangen til opplesning bør det foretas en tilføyelse i strpl. § 299 om opplesning av sakkyndige erklæringer, ved at det tilføyes “eller sakkyndig vitne”, slik at ordlyden i første del av første ledd blir denne:

“Skriftlig erklæring fra oppnevnt sakkyndig eller sakkyndig vitne...”

Någjeldende strpl. § 147 gjelder den som “tjenestegjør som sakkyndig”. Med dette menes de rettsoppnevnte sakkyndige. Adgangen til ekstern kvalitetskontroll av sakkyndige vitners erklæringer må fremgå av regelen.

11.10 Retningslinjer for den rettsmedisinske undersøkelsen

Gjennomføringen av den rettsmedisinske undersøkelsen er regulert i strpl. kapittel 12 om granskning. I strpl. § 153 heter det bl.a.:

“Er en gransking overlatt til sakkyndige, går de fram på den måte de finner hensiktsmessig, om retten ikke har gitt dem nærmere forskrifter.

Når det er mulig, bør granskningen foretas slik at den kan kontrolleres ved ny granskning.”

I strpl. § 159 første ledd heter det som en generell regel at “[g]ransking foretas så hensynsfullt som mulig overfor dem som berøres.”

Utover reglene i strpl. kapittel 12, jf. ovenfor pkt. 7.1, er det i Norge ikke gitt straffeprosessuelle regler for hvordan de ulike rettsmedisinske under-

søkelsene skal foretas. Samtidig har fagmiljøene i varierende grad nedtegnet fremgangsmåten ved de ulike undersøkelsene.

Nærmere retningslinjer for utførelsen av rettsmedisinske undersøkelser er vanlig i en rekke land. De kan enten være fastsatt i formelle regler, eller ved at fagmiljøene utarbeider protokoller som angir prosedyrene for de enkelte undersøkelsene. For eksempel er prosedyrene ved rettsmedisinsk obduksjon detaljert beskrevet i rundskriv 21. november 1995 fra det danske Justitsministeriet. I Sverige benyttes i henhold til Rättsmedicinalverkets instruks om intern kvalitetssikring de detaljerte retningslinjene gjengitt i RMV-rapport 1993: 2 "Underlag för nationella riktlinjer inom rättsmedicin och rättskemi vid dödsårsaksutredningar – Rapport från Nordisk konferens i Göteborg 17–19 mars 1993".

En skriftlig beskrivelse av fremgangsmåten ved undersøkelsene, herunder hvilke undersøkelser som bør foretas for å avklare de ulike spørsmål, vil kunne fungere som en sjekkliste for den sakkyndige og bidra til at undersøkelsene holder et faglig akseptabelt nivå. Særlig for mindre erfarne sakkyndige vil dette kunne ha betydning, men generelt er det sentralt i kvalitetssikringssammenheng at prosedyrer er nedskrevne.

Utvalget viser her til at Norge har sluttet seg til Europarådets ministerkomité's anbefaling om europeisk harmonisering av prosedyrer for rettsmedisinske obduksjoner, se pkt. 8.2.1 og vedlegg 10. Utvalget vil oppfordre norske myndigheter til å følge opp vedtaket, og implementere anbefalingen. En slik implementering vil sikre at undersøkelser skjer innenfor akseptable former, at dokumentasjon av undersøkelsene blir gjort skikkelig, og at undersøkelsene har et forsvarlig nivå av grundighet. Samlet innebærer dette etter utvalgets mening en vesentlig styrking av rettssikkerheten ved rettsmedisinske obduksjoner.

Utvalget viser også til at Norsk Rettsmedisinsk Forening har tatt initiativ til utarbeidelse av retningslinjer for rettsmedisinske obduksjoner i Norge, se pkt. 9.3.2.2. Utvalget anbefaler at Norsk Rettsmedisinsk Forening oppfordres til å utarbeide norske retningslinjer innenfor de rammer Europarådets vedtatte anbefaling setter. Retningslinjer utarbeidet av fagmiljøene vil bedre enn regelfesting kunne holde følge med fagenes utvikling. Utarbeidelse av retningslinjer også på enkelte andre områder vil kunne være aktuelt. Utvalget går som utgangspunkt ikke inn for at prosedyrene skal regelfestes.

11.11 Retningslinjer for den sakkyndiges skriftlige erklæring

11.11.1 Er det behov for retningslinjer for den sakkyndiges skriftlige erklæring?

Innholdet i den sakkyndiges skriftlige erklæring er regulert i strpl. § 153 tredje ledd slik:

"De sakkyndige gir skriftlig erklæring om granskingen etter reglene i § 143 annet ledd. Av erklæringen skal det gå fram hvordan granskingen er utført, hvilke resultater de sakkyndige er kommet til, og hvilket grunnlag de har bygd på."

I motsetning til i sivile saker, jf. tvml. § 233, er det ikke krav om at de sakkyndige skal føre bok over granskningsforretningen. Man fant at å føre bok ikke ville være hensiktsmessig for alle former for granskningsforretninger, men forutsatte samtidig at erklæringene skulle inneholde tilstrekkelig informasjon om undersøkelsen til at erklæringens beviskraft skulle kunne vurderes, se straffeprosesslovkommiteens innstilling side 221–222.

Spørsmålet om retningslinjer for utforming av rettspsykiatriske erklæringer var blant temaene Justisdepartementet tok opp i sitt høringsbrev 29. mars 1984, se foran i pkt. 4.2. I brevet heter det om dette spørsmålet:

“Ihvertfall for nye sakkyndige vil det være gunstig om man hadde klare retningslinjer for hvordan beretningene skal bygges opp, hvilke momenter som skal/bør tas med osv. Den psykiatriske gruppe har gjennomsnittlig merknader til i overkant av 20% av beretningene. En må anta at mangler ved beretningene vil bli redusert dersom de sakkyndige har konkrete retningslinjer å holde seg til.”

Riksadvokaten og flere statsadvokater stilte seg positive til retningslinjer som middel til å begrense erklæringenes omfang. DRK, psykiatrisk gruppe fant imidlertid foreliggende lærebøker tilstrekkelig. Norsk psykiatrisk forening var redd for at retningslinjer ville kunne sementere erklæringene i en for fremtiden uheldig form. Departementet fant etter dette at man var mest tjent med den eksisterende løsning.

Spørsmålet ble tatt opp til ny behandling i Justisdepartementets arbeidsgruppe fra 1994 som vurderte visse sider ved rettspsykiatrisk sakkyndighet, se foran i pkt. 4.3. Arbeidsgruppen gikk inn for en nærmere regulering av hvordan den sakkyndiges skriftlige erklæring skulle utformes, og laget også et utkast til retningslinjer. For andre rettsmedisinske disipliner enn rettspsykiatri har spørsmålet imidlertid ikke vært diskutert i særlig grad.

I utenlandsk rett er det ikke uvanlig med nærmere regulering av hvordan de sakkyndiges erklæringer skal utformes. Eksempler på dette finnes blant annet både i Danmark (pkt. 5.2.1.2.2), Sverige (pkt. 5.3.1.2.2), og i engelsk prosesslovgivning. I tilknytning til den nye engelske sivilprosesslovgivningen som trådte i kraft april 1999 er det utarbeidet retningslinjer for utforming av sakkyndigerklæringer, se Practice Directions til Civil Procedure Rules Part 35, tatt inn som vedlegg 9.

Som ledd i den interne kvalitetssikringen av rettsmedisinske erklæringer, mener utvalget det bør utarbeides retningslinjer for erklæringene på de ulike saksområdene. Hvem som bør ha ansvar for å utarbeide slike retningslinjer, vil kunne variere etter valg av organisasjonsmodell, jf. pkt. 14.3.

11.11.2 Hva bør erklæringene inneholde?

Det har på de ulike rettsmedisinske fagområder utviklet seg tradisjoner med hensyn til hvordan en skriftlig erklæring utformes. Fagområdene er så vidt ulike at det ikke kan gis spesifikke regler om utformingen. Enkelte forhold av generell karakter er det imidlertid grunn til å feste oppmerksomheten på.

11.11.2.1 Presentasjon av den sakkyndiges relevante kvalifikasjoner

Ved vurderingen av en sakkyndigs erklæring, vil det kunne være av betydning å kjenne den sakkyndiges relevante kvalifikasjoner i forhold til oppdraget. Dette har betydning i forhold til medisinsk og juridisk begrepsbruk i erklæringen og hvorvidt det må antas at vedkommende ved granskning har vært i stand til å identifisere og analysere relevante funn på en vitenskapelig måte.

I utenlandsk rett er det vanlig at den sakkyndige innledningsvis presenterer sine relevante kvalifikasjoner for sakkyndigoppdraget. Utvalget mener dette også bør innføres i Norge. Grunnleggende forhold, som formell utdanning (herunder eventuell utdanning i sakkyndighet), vitenskapelig produksjon, praksis og tidligere rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet, bør det alltid opplyses om.

11.11.2.2 Mandatet

Et oppdrag som sakkyndig skal alltid baseres på et skriftlig mandat fra oppdragsgiver, se pkt. 11.5. Dette mandatet må gjengis i den skriftlige erklæringen. Mandatets ordlyd sikrer notoritet omkring den sakkyndiges oppdrag, og kunnskap om dette vil ofte være en forutsetning for å kunne vurdere om mandatet omfattet de relevante problemstillingene, om det var tilstrekkelig klart formulert, om det er tilfredsstillende besvart, og eventuelt om mandatet burde ha foranlediget andre undersøkelser eller fremgangsmåter enn hva de sakkyndige valgte.

11.11.2.3 Kildehenvisninger

I NOU 1996: 15 Lilandsaken pkt. 10.9 heter det om formulering av obduksjonsrapporten (side 124):

“De konklusjoner som trekkes i en obduksjonsrapport, vil i stor utstrekning bygge på de iakttagelser som gjøres under obduksjonen og på resultatet av de prøver som tas. I noen grad vil de imidlertid også bygge på opplysninger om hendelsesforløp o.l. som blir gitt av politiet eller andre. Av hensyn til den senere bruk av obduksjonsrapporten, vil det være av stor betydning at rapporten uttrykkelig gir en begrunnelse for konklusjonene og ikke minst påpeker der disse også bygger på muntlige opplysninger.”

Utvalget gir sin tilslutning til disse vurderingene.

Utvalget mener generelt at erklæringen må henvise til litteratur eller annet materiale som den sakkyndige har bygget på i forbindelse med erklæringen. Særlig bør det fremgå hvilke deler av etterforskningsmaterialet den sakkyndige har hatt tilgjengelig og basert erklæringen på. Dette gjør det mulig for andre å etterprøve hva den sakkyndige har trukket ut av materialet.

Dersom det på feltet for den sakkyndiges oppdrag er ulike faglige oppfatninger/skoler, bør den sakkyndige kort redegjøre for de ulike standpunktene og begrunne sitt eget standpunkt til de omtvistede spørsmål.

11.11.2.4 Tid og sted for undersøkelser

Det må fremgå av erklæringen når og hvor undersøkelser er foretatt, herunder hvor lang tid som har medgått til undersøkelsene. I rettspsykiatriske erklæringer må det følgelig fremgå når og hvor de sakkyndige har snakket med observanden, og hvor lang tid samtalene har tatt.

11.11.2.5 Undersøkelsen

Utvalget mener den sakkyndige i sin erklæring må redegjøre for om han har fulgt eller ikke fulgt aktuelle protokoller for gjennomføring av undersøkelsene, jf. pkt. 11.10. Dersom protokollen ikke er fulgt, må det begrunnes.

11.11.2.6 Den sakkyndiges bevisbedømmelse

I NOU 1996: 15 Lilandsaken pkt. 10.11.4 tok Liland-utvalget opp noen sentrale spørsmål knyttet til den sakkyndiges erklæring (side 126–127):

“(1) En sakkyndig erklæring inneholder ofte avsnitt av ren teoretisk karakter, f.eks. som en generell bakgrunn for de uttalelser som senere gis. I tillegg vil uttalelsene regelmessig være konkret knyttet til et bestemt saksforhold.

Det er her viktig å være oppmerksom på at også den sakkyndige i denne forbindelse må foreta en bevisvurdering. Deler av denne bevisvurderingen er den sakkyndige alene om, eller den gjelder forhold som retten vanskelig kan overprøve. Som eksempler kan nevnes hvorledes et obduksjonsfunn eller brannrester på et åsted rent faktisk skal oppfattes og deretter beskrives. I andre tilfeller refererer den sakkyndiges bevisbedømmelse seg til de bevis som også retten får seg forelagt. I Liland-saken var det f.eks. spørsmål om hvor alkoholpåvirket ofrene var på et gitt tidspunkt og sannsynligheten for at den ene eller begge hadde nydt alkohol også den påfølgende dag.

Ved vurderingen av den sakkyndiges uttalelse er det av vesentlig betydning å ha klart for seg i hvilken grad den på det enkelte punkt gir uttrykk for en rent sakkyndig bedømmelse, eller om den – i alle fall for en del – er basert på en bevisbedømmelse som det egentlig tilligger retten å foreta. I Liland-saken ble denne problemstillingen illustrert ved at de rettsmedisinsk sakkyndige ble bedt om å angi tidsrommet for forbrenning av alkohol (eller mer nøyaktig: det korteste tidsrom for overlevelse) for det ene av de to ofrene, Johansen, under forutsetning av at han hadde omtrent samme promille som den annen, Larsen, da øksehuggene falt. På dette punkt vises til utvalgets bemerkninger foran under pkt. 4.2.4 og 4.2.5. Utvalget nøyer seg her med å påpeke at det er av stor betydning at det blir poengtert i hvilken grad en sakkyndig uttalelse er basert på en rent faglig vurdering som retten i praksis vanskelig kan overprøve, eller om den i alle fall delvis bygger på en bevisbedømmelse som det egentlig er opp til retten selv å foreta. Her påhviler det både de sakkyndige selv og de juridiske aktører i retten (aktor, forsvarer og rettens juridiske dommere) et ansvar for at dette skal komme klart frem.

(2) Fra tid til annen vil det være hensiktsmessig å knytte et spørsmål om et faglig resonnement til en faktisk forutsetning. Liland-saken har illustrert at dette kan føre til at oppmerksomheten i unødig grad dermed blir konsentrert om denne forutsetningen, på bekostning av andre mulige faktiske hendelsesforløp. Om dette vises til utvalgets bemerkninger foran under pkt. 6.6.4.

(3) En sakkyndig vil kunne uttale seg med vekslende sikkerhet, bl.a. avhengig av det fagområde som uttalelsen gjelder. Således er uttalelser om rettsmedisinske eller andre medisinske forhold nærmest uten unntak beheftet med usikkerhet, til dels med betydelig styrke.

For retten er den sakkyndiges uttalelse som oftest bare en del av bevisførselen, og av og til sågar en mindre del. Retten må treffe sin avgjørelse ut fra en samlet vurdering av alle bevisene i saken, tiltaltes og vitnenes forklaring, funn fra åstedet osv. Hvert bevis er kanskje isolert sett ikke tilstrekkelig til at retten lar seg overbevise om tiltaltes skyld, mens situasjonen samlet ikke sjelden er den at de ikke etterlater nevneverdig tvil. Derfor er også konklusjoner fra den sakkyndiges side som gir uttrykk for tvil, like fullt ofte interessante for retten.

For at retten skal kunne foreta en mest mulig korrekt bevisvurdering, vil det være av stor betydning at det kommer klarest mulig frem med hvilken sikkerhet den sakkyndige uttaler seg. Dersom den sakkyndige selv ikke gir informasjon om dette, bør de juridiske aktører (aktør, forsvarer og de juridiske dommere) sørge for at nødvendige opplysninger blir gitt."

Utvalget deler Liland-utvalgets syn på disse spørsmålene.

Utvalget vil også peke på et annet problem, nemlig at den sakkyndige gjengir en forklaring observanden har gitt til de sakkyndige uten at forklaringen har vært opplest og vedtatt av observanden, slik regelen er for politiforklaringer. Slike gjengivelser kan bli misbrukt av partene som en del av bevisførselen om skyld- eller straffespørsmålet. Utvalget mener derfor at de sakkyndiges erklæringer ikke bør inneholde gjengivelser av forklaringer om faktum som ikke er nødvendige for å besvare mandatet.

11.11.3 Frist for utarbeidelse av erklæring

I NOU 1996: 15 Lilandsaken pkt. 10.9 tas opp at det bør vurderes innført en frist for utarbeidelse av den sakkyndige erklæring (side 124):

"(3) Etter at obduksjonen er utført, utarbeides ofte en foreløpig rapport. Først etter at man har fått undersøkt de prøver som eventuelt tas, utarbeides den endelige rapporten. Det kan av og til gå flere måneder før denne rapporten foreligger. Utvalget har fått opplyst at man i Sverige her har en tidsramme på én måned. Det bør overveies å innføre en lignende ordning i Norge."

Utvalget bemerker at en beslutning om granskning etter strpl. § 152 annet ledd skal angi fristen for gjennomføringen av granskningen. I motsetning til Liland-utvalget mener utvalget at en regelfesting av frist også for utarbeidelse av endelig rapport ikke vil være hensiktsmessig. Spørsmålet bør i stedet avtales mellom rekvirenten og den sakkyndige og omtales i mandatet.

11.12 Forslaget om endring i transplantasjonsloven

11.12.1 Høringsforslaget

Sosial- og helsedepartementet sendte 16. august 1999 ut et høringsnotat med bl.a. et forslag om en klar lovfesting av retten til å utføre obduksjon av personer som dør utenfor sykehus eller lignende helseinstitusjon, da man mente at dagens hjemmelsgrunnlag er tvilsomt hvor det ikke foreligger samtykke fra

avdøde eller pårørende. Sosial- og helsedepartementet mente det av medisinske grunner og av hensyn til de pårørende kunne være ønskelig med en adgang til obduksjon av personer som dør plutselig og uventet utenfor sykehus, men hvor politiet ikke rekvirerer rettslig obduksjon, se pkt. 8.2.1.2. I høringsnotatet het det blant annet (side 47):

“For å eksemplifisere problemstillingen kan nevnes et tilfelle hvor en 22 år gammel gutt ble funnet død i sin seng. Han hadde sukkersyke, men virket helt frisk da han la seg. Dødsfallet kom plutselig og uventet, og dødsårsaken var ukjent. Både foreldrene og kommunelegen mente det var nødvendig med obduksjon.

Ettersom han ikke døde på sykehus eller på veg til sykehus eller lignende institusjon, har det offentlige kun et definert ansvar for obduksjon dersom det foreligger begjæring om obduksjon fra politiet etter straffeprosessloven § 228. I dette tilfellet fant ikke politiet grunnlag for å begjære rettsmedisinsk obduksjon. Obduksjon ble derfor nektet ved det aktuelle regionsykehuset pga kostnader og manglende kapasitet.”

Departementet ønsket å avgrense adgangen til obduksjon til spesielle tilfeller hvor døden har inntruffet plutselig eller uventet, og dødsårsaken vanskelig kan bestemmes på annen måte. Både pårørende og forsikringsselskaper vil kunne ha en interesse i at obduksjon utføres, men departementet foreslo at adgangen til å rekvirere obduksjon burde forbeholdes leger, og da etter en medisinsk-faglig vurdering. Forslaget til ny § 7 første og annet ledd lød som følger:

“Av medisinske grunner kan foretas obduksjon av den som er død i sykehus, sykestuer, fødehem, spesialhem eller sykehjem.

Av medisinske grunner kan foretas obduksjon av personer som dør brått og uventet utenfor institusjon som nevnt i første ledd og obduksjon er nødvendig for å få avklart dødsårsaken. Det skal foreligge rekvisisjon fra lege.”

11.12.2 Høringsuttalelsen fra Den rettsmedisinske kommisjon

Den rettsmedisinske kommisjon avga høringsuttalelse 29. september 1999. Kommisjonen fant å ville rette oppmerksomheten mot forholdet mellom “sykehusobduksjon” og “rettsmedisinsk obduksjon”, en relasjon DRK mente i liten grad var berørt i høringsnotatet. Kommisjonen viste til at legeloven § 41 første ledd (nå helsepersonelloven § 36 tredje ledd) gir leger generell meldepikt til politiet om såkalte “unaturlige dødsfall”, og forskriftene til bestemmelsen rubriserer under denne betegnelsen dødsfall av “ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet”. Straffeprosessloven § 228 følger dette opp med forskrifter der det går frem at politiet i alminnelighet bør sørge for at rettslig likundersøkelse foretas ved plutselig og uventet dødsfall. Kommisjonen fant at det eksemplet Sosial- og helsedepartementet hadde brukt for å illustrere behovet for hjemmel, var et dødsfall der rettsmedisinsk obduksjon burde ha blitt begjært av politiet etter straffeprosesslovens bestemmelser. Det ville etter kommisjonens syn være overordentlig viktig at bestemmelsene i og intensjonen ved straffeprosessloven ikke svekkes ved en ny hjemmel som ville føre til at slike dødsfall heretter får lavere prioritet hos politiet, ved at man antar at legerekvirert sykehusobduksjon kan erstatte en rettsmedisinsk

obduksjon. Kommisjonen pekte her på betydningen av finansieringsansvaret for obduksjoner.

Kommisjonen uttalte videre at utførelsen av "sykehusobduksjon" hjemlet i § 7 ved plutselig uventede dødsfall utenfor sykehus ikke vil kunne imøtekomme etterforskningskravet til en fullgod undersøkelse når det gjelder å oppdage tegn til/utrede eventuelle straffbare forhold knyttet til dødsfallet. Kompetansen til slike oppgaver finnes først og fremst ved de rettsmedisinske institutt/enheter ved universitetene.

Kommisjonen foreslo at man eksplisitt tok inn i forslaget til lovtekst at obduksjon etter transplantasjonsloven § 7 ikke skal foretas før politiet/påtalemyndigheten eller retten har besluttet at rettsmedisinsk undersøkelse ikke vil bli begjært. Dette vil sikre at en etterforskningsfaglig begrunnet beslutning tas ved alle slike tilfeller, slik at man ikke blir avhengig av en rekvirerende leges bedømmelse av at forutsetningene i § 8 er oppfylt.

Kommisjonen bemerket avslutningsvis at det i dag først og fremst er rettsmedisinere som har erfaring med obduksjoner av personer som dør plutselig og uventet utenfor institusjon. Det vil derfor etter kommisjonens mening være viktig at denne faglige kompetansen videreføres, og dette kan best oppnås ved at rettsmedisinere også kan foreta obduksjoner hjemlet etter den foreslåtte § 7, det vil si at rekvirerende lege kan henvende seg til de rettsmedisinske enhetene for å få foretatt obduksjon. Kommisjonen mente dette burde gå direkte frem av lov eller forskrift, og at det burde legges til rette for at de rettsmedisinske enhetene ved universiteter/regionsykehus får samme økonomiske vilkår for å utføre slike oppdrag som patologiavdelingene ved sykehuse.

11.12.3 Utvalgets vurdering

Nærværende utvalg avga høringsuttalelse 14. oktober 1999, der det ble påpekt at endringsspørsmålet berørte utvalgets arbeid, og kunne reise spørsmål om forholdet mellom transplantasjonsloven og straffeprosessloven/påtaleinstruksen. Utvalget ba om at Sosial- og helsedepartementet avventet utvalgets vurdering av dette spørsmålet. For øvrig viste utvalget til høringsuttalelsen fra Den rettsmedisinske kommisjon.

Blant annet av denne grunn videreførte ikke Sosial- og helsedepartementet forslaget da Ot.prp. nr. 24 (1999–2000) om lov om endringer i lov 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. og Ot.prp. nr. 77 (1999–2000) om lov om endringer i lov 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. ble fremmet.

Utvalget er enig med DRK i at eksempelet gjengitt i Sosial- og helsedepartementets høringsbrev for å illustrere behovet for en ny obduksjonshjemmel, klart faller innenfor påtaleinstruksen § 13–2 annet ledd, jf. pkt. 8.2.1.2. Utvalget ser det som meget uheldig dersom det er slik at politi/påtalemyndighet i dag ikke følger anvisningen i påtaleinstruksen § 13–2 annet ledd om at de "i alminnelighet" bør sørge for at sakkyndig likundersøkelse foretas når "dødsårsaken er uviss og døden er inntrådt plutselig og uventet, særlig dersom vedkommende antas å ha vært alene i dødsøyeblikket." I Justisdepartementets forslag til kongelig resolusjon 28. juni 1985 om påtaleinstruksen er det understreket at formuleringen i § 13–2 etter departementets oppfatning innebærer en rimelig avveining mellom de kryssende hensyn på området. Det er dermed

tatt hensyn til både den betydelige arbeidsbelastning, de store utgifter og de etiske spørsmål denne plikten kan medføre for politiet.

I den utstrekning politi/påtalemyndighet ikke følger påtaleinstruksen § 13-2 annet ledd, antar utvalget det har sammenheng med kostnadene forbundet med slik obduksjon. I tillegg til utleggene til obdusenten og øvrige kostnader direkte forbundet med obduksjonen, se pkt. 8.2.2.2, påløper utgifter til transport av liket til obduksjonsstedet. Kostnadene vil variere og er f.eks. ved transport innen Oslo ca. kr 2 600,-, mens transport fra Kristiansand S til Oslo koster fra kr 6 600,-.

Utvalget antar at muligheter for alternativ finansiering av obduksjoner i tilfeller som nevnt i påtaleinstruksen § 13-2 annet ledd vil kunne føre til at politidistriktene lettere etterlever intensjonen i bestemmelsen. Det bør derfor overveies om rettsmedisinske obduksjoner rekvirert etter denne bestemmelsen bør finansieres av folketrygden. Det nevnes for øvrig også at Høyesterett i avgjørelsen inntatt i Rt 2000 side 1502 har pekt på muligheten for at retten belastes disse kostnadene.

Folketrygdløven § 7-3 jf. forskrift 11. mars 1997 nr. 216 regulerer folketrygdens dekning av kostnader til båretransport. Av forskriften § 1 fremgår at transport i forbindelse med obduksjon *rekvirert av trygdeetaten* dekkes av dem. I § 2 heter det at transport i forbindelse med obduksjon rekvirert av politiet eller transport i forbindelse med at avdøde har testamentert legemet til universitetet, ikke dekkes av trygden. Rekvisisjon fra trygdeetaten kan i henhold til Rikstrygdeverkets rundskriv 1. september 1997 nr. 48 til folketrygdløven kapittel 7 være aktuelt i forbindelse med spørsmål om yrkesskade. Etter rundskrivet gir obduksjon som bare er krevet av en lege eller av de etterlatte, ikke grunnlag for dekning av båretransport.

Utvalget mener at også denne type obduksjoner bør utføres av kvalifiserte rettspatologer, og ikke av sykehuspatologer. Også i denne gruppen dødsfall må det erfaringsmessig antas å være tilfeller med straffbar årsak, noe en rettspatolog lettere vil identifisere enn en sykehuspatolog.

Forutsetter man at bestemmelsen i påtaleinstruksen § 13-2 annet ledd følges, slik at det "i alminnelighet" utføres obduksjon, vil behovet for en ny hjemmel i transplantasjonsloven for å obdusere samme kategori dødsfall være lite. Også etter påtaleinstruksens regel vil det imidlertid være enkelte plutselige og uventede dødsfall der obduksjon ikke rekvireres av politi/påtalemyndighet. Utvalget er enig i at adgangen til obduksjon i disse tilfellene bør reguleres klart, og slutter seg til høringsuttalelsen fra Den rettsmedisinske kommisjon.

Kapittel 12

Forslag om ekstern kvalitetssikring av rettsmedisinske sakkyndigerklæringer i straffesaker – Den rettsmedisinske kommisjon i fremtiden

Den rettsmedisinske kommisjon har virket i over 100 år. I perioder har det vært stilt spørsmål ved kommisjonens arbeid, sammensetning og arbeidsform. Det har også vært klart at mange typer rettsmedisinske erklæringer ikke har vært innsendt til kommisjonen, selv om de er omfattet av innsendingssplikten i strpl. § 147.

De siste fem årene har departementet lagt vekt på at kommisjonen skal være bredt sammensatt og at de fleste rettsmedisinske miljøer skal være representert. Kommisjonen har så vidt mulig også forsøkt å dekke opp nye rettsmedisinske områder, og dessuten vært atskillig mer aktiv i sin kontroll og i fagmiljøene. Om kommisjonens virksomhet vises for øvrig til ([Link til](#)) kapittel 10. Selv om kommisjonen etter utvalgets mening på mange måter har fungert godt, har den også en del åpenbare svakheter som vil bli kommentert og diskutert i det følgende.

12.1 Sikrer Den rettsmedisinske kommisjon kvaliteten på rettsmedisinsk sakkyndigarbeid?

12.1.1 Svakheter ved kommisjonens kontroll med enkeltsaker**12.1.1.1 Praktiseringen av regelverket**

Utvalget peker i dette avsnittet på en del svakheter ved Den rettsmedisinske kommisjons eksterne kontroll med sakkyndigerklæringer.

For det første får kommisjonen til behandling bare en del av de erklæringene den etter straffeprosessloven skulle ha. Det er først i de aller seneste årene – og ikke minst de par siste – at kommisjonen *i det hele tatt* har fått til behandling andre saker enn erklæringer om rettspsykiatriske undersøkelser og rettsmedisinske obduksjonsberetninger. Med andre ord har DRK i svært mange tilfeller ikke bidratt til kvalitetssikring fordi kommisjonen ikke har behandlet saken. Dette bildet endres nå imidlertid i retning av at flere og flere av erklæringene sendes inn.

Loven forutsetter også at de sakkyndige sender inn tilleggserklæringer dersom de i retten sier noe som avviker fra eller på vesentlige punkter utfyller den skriftlige erklæringen, jf. strpl. § 147 annet ledd. Utvalget har inntrykk av at denne plikten bare etterleves i svært få tilfeller. Den muntlige fremstillingen i retten kan ofte gå langt utover den skriftlige i detaljer og f.eks. prognostiske vurderinger i psykiatriske saker. I mange saker får de sakkyndige spørsmål i retten utover det opprinnelige mandat. Verken rettens aktører eller de sakkyndige selv synes å problematisere dette. I enkelte, få saker har det forekommet at hovedforhandlingen er blitt avbrutt i påvente av kommisjonens behandling av nye problemstillinger.

Dette er et komplekst problem. På den ene siden må retten kunne stå fritt i tilleggsspørsmål som er nødvendige for å belyse saken best mulig, eller for å forstå de sakkyndige. Det vil dessuten by på praktiske problemer og føre til forsinkelse av rettsforhandlingene dersom det skal tas referat av slike muntlige tilleggserklæringer, som deretter oversendes DRK. På den annen side kan man komme i den situasjon at vesentlige spørsmål i hovedforhandlingen besvares muntlig i retten, på bakgrunn av de møtende sakkyndiges paratkunnskap, og uten den kvalitetssikring formuleringen av en skriftlig sakkyndigerklæring og DRKs kontroll innebærer. For å redusere dette problemet, er det viktig at de sakkyndiges mandat formuleres best mulig, jf. foran i pkt. 11.5 og 11.11.2.2, og at eventuelle tilleggsspørsmål i størst mulig grad sendes den sakkyndige før hovedforhandlingen.

Etter utvalgets mening gir straffeprosesslovens bestemmelser om kommisjonen og innsendingsplikten med tilhørende forskrifter i utgangspunktet et godt grunnlag for den eksterne kvalitetssikringen av sakkyndigerklæringer. Lovens krav om at alle rettsmedisinske sakkyndigerklæringer straks skal sendes inn til kommisjonen skulle i utgangspunktet legge til rette for en god kontroll. Etter utvalgets mening er de fleste av svakhetene ved dagens eksterne kontroll mer et resultat av hvordan regelverket praktiseres enn av svakheter ved selve regelverket. Utvalget vil i det følgende likevel vurdere behovet for endringer også i regelverket.

12.1.1.2 Organiseringen av virksomheten

Kommisjonen er i dag basert på et sentralt sekretariat lokalisert i Justisdepartementet og et sekretariat for den alminnelige gruppe lokalisert hos formannen. Kommisjonsmedlemmene bor spredt, og kommunikasjonen mellom medlemmene skjer pr. post. Fra en sak ankommer departementet til rekvisenten mottar svar, har saken ofte vært sendt i posten opptil syv ganger. Elektronisk forsendelse ville derfor kunne redusere total behandlingstid betraktelig. Alternativt vil parallellbehandling av saker kunne korte ned behandlingstiden, i stedet for dagens seriebehandling. Det ville også kunne gi mer selvstendige vurderinger av kommisjonens medlemmer, men det ville vanskeliggjøre identifiseringen av spesielt viktige punkter som annenvoterende bør gå nærmere inn på.

En annen ulempe med dagens organisering er at de to gruppene har lite kontakt med hverandre. Det kan være saker som har både psykiatrisk og toksikologiske aspekter, eller andre saker av mer prinsipiell natur som begge gruppene burde ha kjennskap til.

Tanken har i alle år vært at kommisjonen skulle bestå av de best kvalifiserte fagfolkene i landet. Arbeidet har vært biarbeid ved siden av hovedstilling og ofte mange andre verv. Etter som antall saker har økt, har arbeidsbelastningen blitt stadig mer byrdefull. Formannen i alminnelig gruppe arbeider i dag ca. 2/3 årsverk med kommisjonssaker, og formannen i psykiatrisk gruppe bruker ca. 1/5 årsverk på kommisjonsarbeidet, se pkt. 10.4. Arbeidsmengden for formennene er etter utvalgets oppfatning for stor, tatt i betraktning at de samtidig forutsettes å være faglig aktive i sine hovedstillinger.

Medisinen har de siste 100 år blitt stadig mer spesialisert, og er nå vesentlig mer spesialisert enn da DRK ble opprettet. Dette har økt behovet for

ekstraordinære medlemmer, noe som innebærer at en stor gruppe fagfolk er tilknyttet kommisjonen. Svakheten med å øke antall tilknyttede kommisjonsmedlemmer er at den enkelte da får mindre erfaring fra kommisjonsarbeidet, noe som kan være viktig for kvaliteten av kontrollen. Det kan dessuten gjøre det vanskeligere å sikre likebehandling av like saker. Dersom det i stigende grad benyttes personer som ikke har spesiell erfaring fra retten, men utelukkende med faglig spisskompetanse, innebærer det også et større ansvar for formannen i det spesifikt rettsmedisinske og sakkyndigfaglige. Det vil også være vanskelig for medlemmene å kunne kontrollere hverandre, når kompetansen blir så vidt spesialisert.

12.1.2 Svakheter ved kommisjonens rådgivningsfunksjon

I kommisjonens instruks står det at kommisjonen skal gi råd til rettens aktører og de sakkyndige. Utenfor behandlingen av enkeltsaker er dette i dag en liten del av kommisjonens arbeid, se pkt. 10.6. Spørsmålet om å oppheve denne regelen ble tatt opp i Justisdepartementets høringsbrev 29. mars 1984, se pkt. 4.2.

Utvalget antar at f.eks. dommere i flere saker vil kunne ha nytte av å diskutere mandatutforming eller bruk av sakkyndige med en upartisk instans, se pkt. 11.5 og pkt. 14.3.2 B og 14.3.3 B. Kommisjonsmedlemmene kan tenkes å ivareta en slik funksjon. En annen mulighet er at DRK rendyrkes som kontrollorgan, og at rådgivning, for eksempel med hensyn til mandater, i det vesentlige overlates en annen instans. Det vises her til fremstillingen av de ulike organisasjonsmodellene i pkt. 14.3.

Offentlige instanser burde i dag i større utstrekning kunne bruke DRK som høringsinstans, og i enkelte saker sågar som utreder. Kommisjonen besitter et unikt materiale over alle rettsmedisinske erklæringer som er avgitt, et materiale som inneholder viktig kriminalpolitisk og samfunnsmedisinsk kunnskap.

Sakkyndige rådspør i dag i noen grad kommisjonens medlemmer. Det kan da være uklart for både den som spør og kommisjonsmedlemmet om spørsmålet besvares som et råd fra kommisjonen eller som råd fra klinikerens eller akademikerens. Kommisjonen bør etter utvalgets oppfatning være forsiktig med før kontrollen å engasjere seg i enkeltsaker uformelt, men kommisjonens medlemmer må likevel antas i noen grad å gjøre dette, se pkt. 11.5. Av hensyn til den etterfølgende kontroll bør kommisjonsmedlemmer være tilbakeholdne med dette. Nettopp dette behovet for å unngå en sammenblanding av rådgivnings- og kontrollfunksjonen er vurdert ved valget av organisasjonsmodell.

12.2 Er det fortsatt behov for ekstern kvalitetssikring av rettsmedisinske sakkyndigerklæringer i straffesaker?

Et grunnleggende spørsmål for utvalget har vært om, og eventuelt hvorfor, det skal være en annen kvalitetssikring av rettsmedisinsk sakkyndighet enn av all annen sakkyndighet og alle andre bevis i straffesaker. Mandatet fra Justisdepartementet synes å forutsette en slik forskjellsbehandling. Utvalget finner likevel grunn til å stille spørsmålet.

Etter utvalgets oppfatning kunne kanskje tilsvarende kontrollmuligheter ha vært ønskelig både på andre fagområder og utenfor strafferettens område, men det faller utenfor utvalgets mandat å vurdere dette nærmere.

Utvalget nevner som illustrasjon at det med hjemmel i veterinærloven (lov 10. desember 1948 nr. 3) § 28 er opprettet et veterinærmedisinsk rettsråd. Rådet skal motta og kontrollere kopi av veterinærmedisinske sakkyndigerklæringer avgitt av offentlig oppnevnte sakkyndige i både sivile saker og straffesaker. Kvalitetssikring av sakkyndigvurderinger i forbindelse med for eksempel tvister i husdyrhandel eller ved spørsmål om dyreplageri er med andre ord lovfestet, mens det ikke finnes noen tilsvarende ordning for sivilrettslige tvister der medisinske spørsmål om menneskers helse står sentralt. I forarbeidene til veterinærloven heter det blant annet (Innstilling fra et utvalg oppnevnt av Landbruksdepartementet, avgitt 16. februar 1939, side 30):

“Det kan dreie seg om saker som har stor prinsipiell betydning og de kan ofte gjelde store økonomiske verdier. Når så dyptgående interesser verserer for en domstol, kan det lett komme til å oppstå divergerende vurderinger av saken, slik at de sakkyndige på grunn av sine motstridende erklæringer ikke kan respekteres av retten.”

Utvalget peker videre på at personskadeerstatningsutvalget i NOU 1994: 20 “Personskadeerstatning” pkt. 8.6 (side 154) uttalte at det burde overveies å opprette et organ som etter anmodning fra en eller begge parter gis kompetanse til å avgi rådgivende uttalelser om medisinske spørsmål, herunder spørsmål om årsakssammenheng og eventuell medisinsk invaliditet. Legeforsikringsutvalget støttet forslaget om å opprette en uavhengig kvalitetssikringsinstans for medisinske sakkyndiguttalelser i forsikringssaker, se NOU 2000: 23 “Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger” pkt. 13.10.2.4 (side 108 flg).

Twistemålsutvalget har i sitt notat 18. desember 2000 om bevis foreløpig foreslått en ny regel som hjemler opprettelse av et utvalg for å evaluere sakkyndigerklæringer på bestemte fagfelt (notatets punkt 8.2: Utkast til regler om sakkyndigbevis, § IC fjerde ledd, på side 75):

“Kongen kan opprette utvalg av sakkyndige for bestemte sakstyper og utvalg for å evaluere sakkyndigerklæringer på bestemte fagfelt.”

Til forslaget om å opprette utvalg for å evaluere sakkyndigerklæringer, heter det i kommentarene (notatets side 78):

“Det kan være vanskelig for retten å ta stilling til om sakkyndigerklæringer er utarbeidet i samsvar med anerkjente vitenskapelige metoder, og ellers er i samsvar med aksepterte vitenskapelige standpunkter på vedkommende fagområde. Slik evaluering kan være nyttig f.eks. ved sakkyndigerklæringer i medisinske eller psykiatriske spørsmål, jf. den evaluering av sakkyndigerklæringer som Den rettsmedisinske kommisjon foretar i straffeprosessen. Et annet aktuelt område kan være sakkyndigerklæringer i barnefordelingssaker eller i saker om tvungen overtakelse av omsorg for barn.”

Det kan være vanskelig på prinsipielt grunnlag å begrunne særbehandlingen av det rettsmedisinske sakkyndighetsbevis i forhold til ethvert annet bevis i en straffesak. Utvalget mener likevel at en rekke hensyn tilsier at et system for

ekstern kvalitetssikring opprettholdes for rettsmedisinske sakkyndigerklæringer i straffesaker.

For det første dreier de rettsmedisinske erklæringene seg ofte om spørsmål som er av helt sentral betydning i straffesaker, for eksempel om subjektive eller objektive vilkår for straff er oppfylt. De sakkyndiges uttalelser er derfor ofte meget viktige bevis i saken. Det er dessuten ofte i straffesaker hvor de høyeste rettsgoder liv, legeme og helbred er krenket, at rettsmedisinsk sakkyndighet brukes. Bevisenes kvalitet får dermed stor betydning. Høy kvalitet forutsetter et høyt faglig nivå på sakkyndigheten, og at de sakkyndige klarer å formidle sine faglige vurderinger til retten og sakens parter. Det faktum at det i utgangspunktet ikke stilles noen formelle krav til kompetanse hos den som opptrer som sakkyndig, styrker behovet for ekstern kvalitetssikring. Behovet for kontroll vil være særlig stort der det bare er oppnevnte én sakkyndig.

En viktig bakgrunn for opprettelsen av DRK i 1900 var at nivået på rettsmedisinsk sakkyndighet i den norske legestand generelt ikke var tilfredsstillende utfra et rettssikkerhetssynspunkt. Særlig gjaldt dette innen rettspsykiatri. I Norge finnes ingen organisert utdanning eller spesialitet i rettsmedisinske fag, og det er fortsatt mangel på kompetanse i fagene. I medisinstudiet er de rettsmedisinske spørsmål viet beskjeden plass. Selv om den rettsmedisinske fagutvikling har vært betydelig siden 1900, og medisinerens fagkunnskap i rettsmedisinske spørsmål generelt er øket, vil det etter utvalgets oppfatning ikke være forsvarlig å la enhver medisinere opptre for retten som sakkyndig, uten noen form for ekstern kvalitetssikring.

Til dette kommer at de sakkyndiges interne kvalitetssikringsrutiner i rettsmedisinske spørsmål ennå ikke er utviklet og implementert i en slik grad at det veier opp for ekstern kontroll. For eksempel er det på de rettsmedisinske områdene ikke utarbeidet norske prosedyreprotokoller de sakkyndige kan følge, se pkt. 11.10.

Rettsmedisin er dessuten et fagområde der retten og partene selv som oftest ikke har den nødvendige faglige innsikt til verken å vurdere de rettsmedisinske spørsmål eller kvaliteten på de sakkyndiges undersøkelse. Retten har et selvstendig ansvar for sakens opplysning, jf. strpl. § 294, men vil i forhold til disse helt sentrale bevisene i meget stor grad være avhengig av de sakkyndige. Det er da svært viktig at retten trygt kan legge de sakkyndiges faglige vurderinger til grunn, eventuelt at den blir gjort oppmerksom på hvilke spørsmål i saken som faglig forsvarlig kan vurderes på ulike måter.

Videre har man i norsk straffeprosess hittil ønsket å begrense innslaget av kontradiktorisk ekspertise ("battle of experts"), noe som kunne være et alternativ til et offisielt kontrollorgan som DRK. Da måtte hver av partene stille med egne sakkyndige til avhøring som sakkyndige vitner. Ved straffeprosessloven av 1981 valgte man å beholde systemet med rettsoppnevnte sakkyndige som kontrolleres av DRK, slik at de sakkyndige er rettens rådgivere og veiledere, jf. innstillingen fra straffeprosesslovkomiteen side 215. Selv om partene også ble gitt adgang til å fremstille private sakkyndige i retten, og disse er gitt en noe annen prosessuell stilling enn andre vitner, gikk man bevisst ikke inn for prosessuell likestilling av rettens og partenes sakkyndige.

Endelig var det et sentralt poeng ved opprettelsen av kommisjonen å sikre rettsenhet i landet, det vil si at de rettsmedisinske vurderinger holder noenlunde samme faglige standard uavhengig av hvilken rettskrets en sak behandles i. I mange saker har de sakkyndige liten erfaring i sakkyndigarbeid. Det kan dessuten være ulike tradisjoner ved de ulike institusjoner eller fagmiljøer som produserer erklæringene. Uten et nasjonalt samordningsorgan som Den rettsmedisinske kommisjon vil risikoen for at det oppstår geografiske forskjeller være betydelig. Særlig gjelder dette siden rettsmedisinsk sakkyndige i Norge ofte arbeider alene eller i små fagmiljøer. Dommerne har selv ikke mulighet for å oppdage og korrigere for dette.

De erfaringer rettssystemet har gjort i enkelte spesielle og sterkt medifokuserte straffesaker, viser at det er stort behov for kontroll av de rettsmedisinske erklæringene. Det samme gjelder enkelte gjenopptakelsessaker, f.eks. Liland-saken. Det har i enkelte av disse vært brukt ulik rettsmedisinsk sakkyndighet både fra utland og innland og også innenfor fagområder som er lite kjent i Norge, f.eks. vitnepsykologi og tolking av resultater fra løgndetektorer.

Etter en samlet vurdering mener utvalget at det som hovedregel fortsatt er behov for ekstern kvalitetssikring av rettsmedisinske sakkyndigerklæring i straffesaker og at Den rettsmedisinske kommisjon bør opprettholdes, om enn i en noe endret form, se pkt. 12.5.

Utvalget viser for øvrig til de foran nevnte forslagene i NOU 1994: 20 "Personskadeerstatning", NOU 2000: 23 "Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger" og det foreløpige forslaget fra tvistemålsutvalget om behovet for kvalitetssikring av medisinsk sakkyndighet i sivile saker. I NOU 2000: 23 pkt. 13.10.2.4 (side 108 flg.), foreslås organet etablert som en uavhengig instans, men det tas i utredningen ikke stilling til organisasjonsformen. Forslaget understreker etter utvalgets syn behovet for ekstern kvalitetssikring av sakkyndige medisinske uttalelser.

Dersom noen av forslagene videreføres, må det vurderes om det bør skje en samordning av kvalitetssikringen mellom sivile saker og straffesaker, eller om flere slike organer kan eksistere uavhengig av hverandre i Norge, se også drøftelsene i pkt. 14.4.

12.3 Hvilke rettsmedisinske sakkyndigerklæring bør kvalitetssikres eksternt?

I utvalgets mandat heter det bl.a.:

"Utvalget skal vurdere og foreslå hvilke typer sakkyndighetserklæring som bør undergis rettsmedisinsk kontroll, herunder erklæring innenfor 1) den alminnelige rettsmedisin og 2) rettspsykiatrien. Mandatet avgrenses til rettsmedisinsk virksomhet i straffesaker.

Det avgrenses også mot det direkte medisinske fagansvar som ligger i Sosial- og helsedepartementet..."

For tidligere vurderinger av spørsmålet vises til behandlingen under pkt. 4.2 foran.

Utvalget har vurdert hvordan kommisjonen bør organisere og prioritere sitt arbeid. Etter utvalgets mening er det meget viktig å styrke kommisjonens sekretariat, samtidig som kommisjonen bør konsentrere oppmerksomheten om de erklæringene det er viktigst å kontrollere. Utvalget har vurdert om det er fagområder eller typer erklæringer der behovet for ekstern kvalitetssikring fra DRK kan erstattes av andre kvalitetssikringsmekanismer (f.eks. kompetansekrav for de sakkyndige, krav om akkreditering eller annen intern kvalitetssikring, eller bruk av alternativ sakkyndighet), eller om det av andre grunner er forsvarlig å ikke kreve at erklæringene forelegges kommisjonen. I en situasjon der utvalget må prioritere knappe personellmessige og økonomiske ressurser, blir spørsmålet hva det er viktigst å bruke ressursene på. Avgjørende for utvalget har hele tiden vært å ivareta rettssikkerheten på en betryggende måte.

12.3.1 Hvilke generelle kriterier legger utvalget til grunn for sitt forslag?

12.3.1.1 Avgrensning av den obligatoriske kontrollen

Utvalgets overordnede rettesnor for om kontroll bør være obligatorisk, er hensynet til rettssikkerheten for de involverte.

Utvalget har ikke funnet grunn til å avgrense DRKs kontrolloppgaver utfra den sakkyndiges konkrete kompetanse. Foreløpig finnes ikke spesialitet i de rettsmedisinske fag i Norge, og sertifiseringsordninger er heller ikke etablert.

Utvalget har funnet det vanskelig å avgrense DRKs kontrolloppgaver utfra hvor alvorlig det straffbare forholdet saken gjelder er. For det første vil også mindre alvorlige straffesaker kunne ha stor betydning for den enkelte. Videre vil man også i mindre alvorlige saker kunne få vanskelige sakkyndigsspørsmål. Endelig mener utvalget at strafferammen vil være et lite egnet avgrensningsskriterium.

DRKs kontroll må fortsatt avgrenses til fagområdet *rettsmedisin*, jf. uttrykket “rettsmedisinsk erklæring” i utvalgets forslag til ny strpl. § 147. Utvalget legger i denne forbindelse en vid definisjon av rettsmedisin til grunn, se foran under pkt. 6.1. Avgjørende må være problemstillingens medisinske karakter, ikke hvilken profesjon som utfører det sakkyndige oppdrag. Utvalget mener således at all virksomhet medisinen som fag befatter seg med skal omfattes, selv om det er f.eks. biologer, kjemikere eller psykologer som i den konkrete sak er sakkyndige.

Utvalget mener plikten til innsending må begrenses til de erklæringer der det er et reellt behov for en slik obligatorisk ekstern kvalitetssikring, og det må derfor finnes frem til et hensiktsmessig avgrensningskriterium. For å bøte på mulige uheldige utslag av at plikten til innsending formelt innsnevres i forhold til dagens ordlyd i strpl. § 147, foreslår utvalget at plikten suppleres av en nærmere definert adgang til frivillig innsending. Utvalget mener man på denne måten unngår tid- og ressurskrevende kontroll i saker der verken retten, partene eller den sakkyndige vurderer dette som nødvendig.

Utvalget foreslår at den obligatoriske kontrollen knyttes til om erklæringen “er ment til bruk i retten”. Dette tar sikte på erklæringer som utarbeides for å belyse skyld- eller straffespørsmålet. Slike erklæringer blir vanligvis dokumentert for retten. Poenget er at disse erklæringene er så sentrale ved

avgjørelsen av saken, at behovet for kvalitetssikring er stort. Av disse skal likevel ikke alle sendes inn.

Rettsmedisinske erklæringer vil kunne gjelde helt ulike forhold, slik at det vanskelig lar seg gjøre å oppstille presise kriterier for hvilke erklæringer som obligatorisk skal sendes inn. Kriteriet må i adskillig grad være skjønnsmessig. Generelt vil behovet for ekstern kontroll være sterkere jo større innslag erklæringen inneholder av sakkyndig skjønn. Avgrensningen av innsendingsplikten bør derfor knyttes til graden av skjønn i erklæringen.

Hvor en erklæring i det alt vesentlige er deskriptiv, er obligatorisk kontroll fra DRK etter utvalgets mening unødvendig. Utvalget har kommet til at innsendingsplikten bør inntre hvor erklæringen inneholder et "ikke uvesentlig innslag av sakkyndig skjønn". Et alternativ ville være å bare knytte plikten til ekstern kontroll av erklæringer til at erklæringen inneholder "et vesentlig innslag" av sakkyndig skjønn. Utvalget antar imidlertid at en slik formulering vil kunne føre til at en del erklæringer som burde kontrolleres, ikke vil bli sendt inn.

Utvalgets utforming av kriteriet for obligatorisk kontroll må ses i sammenheng med utvalgets forslag når det gjelder sakkyndige vitners adgang til å fremlegge skriftlige erklæringer, se pkt. 11.9.2. Etter utkastet blir det avgjørende for innsendingsplikten om erklæringen "er ment til bruk i retten", uavhengig av om den er skrevet av en rettsoppnevnt sakkyndig eller et sakkyndig vitne. Med andre ord faller også skriftlige erklæringer fra sakkyndige vitner inn under regelen om innsendingsplikt, se pkt. 11.9.4.

12.3.1.2 Særlig om muntlige erklæringer og muntlige tilleggserklæringer

Någjeldende § 147 annet ledd pålegger den sakkyndige å sende inn et referat av sin muntlige forklaring under hovedforhandlingen, hvor denne inneholder "uttalelser som avviker fra den skriftlige erklæring eller på vesentlige punkter utfyller den". Dette skjer i praksis meget sjelden. Det er derfor grunn til å tro at det i praksis i noe omfang gis slike muntlige tilleggserklæringer uten at regelen om etterfølgende innsending følges.

Utvalget har vurdert om regelen bør gå ut, men har kommet til at den bør opprettholdes. Både hensynet til sakens opplysning, partene i saken og kommisjonens kontrollfunksjon tilsier dette. Det tilligger retten å vurdere om forhandlingene bør utsettes i påvente av kommisjonens uttalelse, jf. strpl. §§ 293–294.

Plikten må begrenses til muntlige tilleggserklæringer som vesentlig avviker fra den skriftlige erklæring. Utvalget har formulert regelen noe annerledes enn dagens regel for å få dette klart frem, og har tatt inn et uttrykkelig påbud om at innsendelse skal skje straks, se forslaget til § 147 tredje ledd.

Dersom den sakkyndige bare avgir muntlig forklaring, jf. § 143 tredje ledd, vil han etter gjeldende rett ikke ha plikt til å sende referat av sin forklaring inn til kommisjonen. Typisk gjelder dette der en lege er innkalt som vitne, men under hovedforhandlingen blir oppnevnt som sakkyndig for å besvare et spørsmål som krever sakkyndighet. Slikt skjer i praksis sjeldent. At vedkommende som utgangspunkt er innkalt som vitne av en av partene, vil generelt

kunne tilsi varsomhet i forhold til å oppnevne vitnet som sakkyndig. Vitnet vil kunne uttale seg om slike spørsmål også som sakkyndig vitne.

Utvalget har vurdert om dette bør endres. Det kan hevdes at behovet for kontroll fra DRK bør vurderes likt uavhengig av om en skriftlig erklæring er avgitt før hovedforhandlingen eller ikke. I praksis må likevel en kvalitetssikring av en ren muntlig uttalelse bli svært vanskelig. I en skriftlig erklæring, som bygges opp i samsvar med etablert praksis på området, vil det fremgå hvilke undersøkelser den sakkyndige har gjort, hva han faktisk bygger på, og hans vurdering vil være sammenhengende og relatert til de faktiske premissene i erklæringen. Et nedtegnet muntlig utsagn må nødvendigvis bli mer summarisk og med mer begrensede premisser. Dersom det skal være mulig å foreta en ekstern kvalitetssikring av en slik rent muntlig erklæring, må man nærmest pålegge vedkommende å skrive en mer eller mindre fullstendig sakkyndigerklæring i ettertid. Flere hensyn tilsier at dette ikke er en god løsning.

Rent muntlige erklæringer bør derfor ikke undergis obligatorisk kontroll. Finner retten at en muntlig erklæring stiller saken i et slikt lys at forholdene bør klarlegges nærmere, må det være opp til retten å vurdere å utsette forhandlingene og få oppnevnt sakkyndig til nærmere belysning av spørsmålet, jf. strpl. § 294.

12.3.1.3 Adgang til kontroll av erklæringer som ikke omfattes av den obligatoriske kontrollen

Utvalget foreslår som nevnt at sakens aktører skal ha en generell adgang til å forelegge kommisjonen rettsmedisinske sakkyndigerklæringer som er ment til bruk i straffesak. Dette understreker både påtalemyndighetens og forsvarerens medansvar for å vurdere behovet for kvalitetssikring.

Adgangen vil løse en del grensespørsmål som kan oppstå i forhold til den obligatoriske kontrollen. For det første omfattes erklæringer som ikke fremlegges i retten, f.eks. fordi saken henlegges eller på annen måte avsluttes uten irretteføring (bot, påtaleunntatelse). Også foreløpige rettspsykiatriske erklæringer vil etter denne regelen kunne bli kontrollert. For det andre sikres kontrolladgangen for erklæringer der innslaget av sakkyndig skjønn er lavere enn terskelen for obligatorisk kontroll, og for muntlige erklæringer, jf. pkt. 12.3.1.2. Regelen vil også gi den sakkyndige selv mulighet for å forelegge erklæringer for kommisjonen, dersom han skulle ønske kommisjonens vurdering.

Det er usikkert i hvor stor grad denne regelen vil bli brukt, men utvalget antar at en slik sikkerhetsventil vil være hensiktsmessig. Regelen om adgangen til å forelegge erklæringer for kommisjonen vil gjelde ikke bare erklæringer fra oppnevnte sakkyndige, men også erklæringer fra sakkyndige vitner.

På grunn av sakenes spesielle karakter, forutsetter utvalget at påtalemyndigheten sørger for at sakkyndige erklæringer i saker om spedbarnsdødsfall, sykehusdødsfall og ved mistanke om drap alltid blir sendt inn til kontroll, da disse sakstypene er meget alvorlige og undersøkelsene er faglig krevende og ofte innebærer vitenskapelig basert skønnsutøvelse.

12.3.2 De enkelte fagområder

12.3.2.1 Rettspatologi

De rettsmedisinske *obduksjonsrapportene* har hittil dominert Den rettsmedisinske kommisjons kontrollarbeid, både i antall og tidsbruk. Bare et lite mindretall av disse sakene ender imidlertid opp som straffesaker, se antall rettsmedisinske obduksjoner foretatt i 1997 (pkt. 8.9.2.1) sammenholdt med antall etterforskede straffesaker i 1997 med mistanke om drap eller uaktsomt drap (pkt. 8.9.2.2 (Link til Antall anmeldelser og etterforskede saker i 1997 der forholdet kan ha voldselement) tabell 8.3).

En grunn til at obduksjonsrapportene har dominert kontrollarbeidet, kan være at straffesaker der liv går tapt er de mest alvorlige straffesakene. Jo alvorligere en sak er, desto viktigere er det med grundig kvalitetskontroll. Det vil kunne oppleves støtende for den alminnelige rettsfølelse dersom drap ikke blir oppdaget på grunn av for dårlig rettsmedisinsk kontroll med dødsfall. Det kan se ut som om man har tatt det for gitt at alle rettsmedisinske obduksjoner skal kvalitetssikres, allerede ut fra muligheten for at dødsfallet er resultatet av et straffbart forhold.

Utvalget har tatt utgangspunkt i at kontrollordningen er en del av straffeprosessen, og primært skal brukes i straffesaker. Behovet for kvalitetssikring i straffeprosessen tilsier etter utvalgets oppfatning ikke nødvendigvis at alle erklæringer etter rettsmedisinske obduksjoner skal forelegges kommisjonen. Det foretas et betydelig antall rettsmedisinske obduksjoner i saker der dødsfallsundersøkelsen avsluttes uten at det blir straffesak. Bakgrunnen for dette er at obduksjon som regel skal rekvireres i saker med mistenkelig dødsfall, jf. strpl. § 228, jf. påtaleinstruksen kapittel 13 (se mer om dette i pkt. 8.2.1). Åpnes ikke straffesak, tilsier ikke straffeprosessuelle hensyn ved den videre behandling av saken i politiet at erklæringene kontrolleres av DRK. Utvalget bemerker at den rettsmedisinske undersøkelsen i slike saker ofte er avgjørende for om det blir straffesak eller ikke, og at den derfor er svært viktig. Ved mange av de mistenkelige dødsfallene vil det for en rettsmedisiner være forholdsvis enkelt å fastslå at dødsårsaken ikke er et straffbart forhold. I disse sakene vil behovet for ekstern kontroll være begrenset. Det er likevel en viss risiko for at straffbare forhold ikke vil bli oppdaget dersom slike rutinemessige undersøkelser unntas fra kontrollplikten.

Utvalget viser til redegjørelsen foran i pkt. 8.2.1 om forskjellen på en rettsmedisinsk obduksjon og en sykehusobduksjon. For å ikke øke risikoen for at drap skal bli oversett, mener utvalget at rutinemessige rettsmedisinske undersøkelser ved mistenkelig dødsfall må utføres av rettsmedisinsk trent personell. Dette vil innebære en sentralisering av undersøkelsene i den enkelte helseregion. I dag foretas ca. 20% av alle rettsmedisinske dødsfallsundersøkelser av leger utenfor de rettsmedisinske institusjonene, det vil si leger som generelt har beskjedent trening i det rettsmedisinske aspektet ved dette arbeidet.

Utvalget bemerker at den obligatoriske kontrollen på dette feltet har hatt en vesentlig rolle i opplæringen av utøverne av rettsmedisinske obduksjoner, og har i tillegg gitt kommisjonen en unik oversikt over hvordan praksis i slike saker er i landet. Dette aspektet er av mer pedagogisk og statistisk interesse, og utvalget mener det må vike for en prioritering av den direkte kvalitetskon-

troll i saker som får strafferettslig etterspill. Utvalget ser imidlertid at dette kan ha uheldige sideeffekter. Det pedagogiske aspektet søkes derfor i noen grad ivare tatt ved at den sakkyndige får en adgang til innsending av sine erklæringer, jf. pkt. 12.3.1.3.

12.3.2.2 Rettsmedisinske laboratoriefag

Utvalget har ut fra en medisinskfaglig og rettssikkerhetsmessig vurdering kommet til at alle *biologiske, biokjemiske og kjemiske analyser* utført i forbindelse med etterforskning i straffesaker bør foretas av laboratorier som er akkreditert etter internasjonale standarder for de aktuelle undersøkelsene. I Norge er det i dag bare Statens rettsstoksikologiske institutt av de rettsmedisinske institusjonene som er akkreditert, se pkt. 9.2.3. Det er etter utvalgets oppfatning åpenbart utilfredsstillende at laboratoriene ved de rettsmedisinske institusjonene i Norge ikke er akkreditert for de rettsmedisinske prøvene de utfører. Ved å stille krav om akkreditering, vil sannsynligheten for riktige analyseresultater etter utvalgets mening være tilstrekkelig høy, og behovet for ekstern kontroll av analysene reduseres betraktelig. Utvalget understreker likevel at det i denne forbindelse må skilles mellom for det første analyser av prøver, for det andre tolkning av analyseresultatene og for det tredje faglige vurderinger utover dette.

Med "tolkning" menes her enhver sakkyndig vurdering som er basert på analyseresultatene – f.eks. sannsynligheten for at et biologisk spor er avsatt av en gitt person, vurdering av påvirkning av berusende eller bedøvende middel, vurdering av muligheten for analysefeil, av kvaliteten til det spormateriale som er analysert, mv.

Prøveanalysene kan akkrediteres, og etter hvert tilbys i noen grad også akkreditering som inkluderer tolkningen av analyser (Den nye kvalitetsstandarden for prøvingslaboratorier, ISO 17 025, se foran i kap 9.1.3). I en del saker vil det imidlertid gjenstå sakkyndige vurderinger som ikke omfattes av akkrediteringen. Disse vil det fortsatt kunne være behov for at kommisjonen kontrollerer. En oppdeling som angitt vil likevel kunne bidra til å avlaste kommisjonen.

Sakkyndige uttalelser til retten eller påtalemyndigheten med tolkning av analyseresultater inneholder et så stort innslag av sakkyndig skjønn at de etter forslaget fortsatt skal sendes kommisjonen for obligatorisk kontroll. Ved analyser som er et ledd i en mer omfattende granskning (f.eks. sakkyndig likundersøkelse, klinisk undersøkelse av mistenkt, fornærmet eller annen person), skal kopi av analyseresultatene og tolkningen av dem sendes inn som en del av sakkyndigrapporten til den som har fått hovedoppdraget, og etter de regler som gjelder for dette. Når oppdraget bare omfatter analysen og tolkningen av den, skal innsendingsplikten reguleres etter de samme regler som gjelder for andre sakkyndige rapporter.

12.3.2.3 Rettsodontologi og rettsantropologi

I noen få saker pr. år vil rettsodontologiske og rettsantropologiske uttalelser kunne bli fremlagt. Utover identifiseringssaker vil disse uttalelsene ofte kunne være preget av skjønn, og de bør derfor vurderes av DRK.

12.3.2.4 Klinisk rettsmedisin

Det er svært vanskelig å anslå i hvor mange saker årlig det foretas *klinisk rettsmedisinske undersøkelser*, jf. pkt. 8.9. Utvalget har der antydnet et antall mellom 2 000 og 5 000. I mange av disse sakene er det etter utvalgets vurdering en begrenset grad av sakkyndig skjønn, noe som reduserer behovet for ekstern kontroll.

Utvalget har vurdert om det for klinisk rettsmedisinske undersøkelser bør skilles mellom ulike sakstyper, f.eks. om erklæringer om undersøkelse om seksuelle overgrep mot barn alltid bør kontrolleres av kommisjonen. Erfaring fra de siste 10 årene viser at det er behov for kvalitetssikring av slike undersøkelser og sakkyndigerklæringer. Undersøkelsene i saker om seksuelle overgrep krever etter utvalgets oppfatning ofte en noe større grad av sakkyndig skjønn, enn f.eks. tradisjonelle voldssaker. Utvalget antar imidlertid at behovet for kontroll også i disse sakene er tilstrekkelig ivaretatt i forslaget.

12.3.2.5 Rettspsykiatri

Utvalget mener at alle erklæringer om fullstendige *rettspsykiatriske undersøkelser* (mentalobservasjoner) foretatt av rettslig oppnevnte sakkyndige, fortsatt bør omfattes av obligatorisk kontroll fra DRK. Som nevnt i pkt. 11.4.5.2 bygger innhentning av data og vurdering av disse i større grad på medisinsk skjønn i rettspsykiatrien enn hva som generelt er tilfellet i den somatiske rettsmedisin. Disse erklæringene vil derfor alltid omfattes av forslaget om obligatorisk kontroll i § 147.

Utvalget har videre vurdert om det er grunn til å opprettholde dagens regel om at foreløpige rettspsykiatriske erklæringer etter § 165 tredje ledd ikke omfattes av innsendingsplikten. Også slike erklæringer kan unntaksvis ha avgjørende betydning, ikke minst på den påtalemessige vurderingen. En uriktig foreløpig rettspsykiatrisk erklæring kan også lede til at det feilaktig besluttes å unnlate fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse, med den mulige følge at en utilregnelig lovbrøyer med urette domfelles.

Hålogaland lagmannsretts kjennelse av 4. februar 1992 (sak 601/1992) er et eksempel på dette. Saken (som gjaldt erstatning for uberettiget forfølgning) gjaldt en mann som var dømt til fengsel i 10 måneder. Det var foretatt foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse som konkluderte med at det ikke forelå grunnlag for fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse, som da heller ikke ble foretatt. Noen år senere ble saken gjenopptatt, og han ble frifunnet på det grunnlag at han hadde vært utilregnelig.

Utvalget antar likevel at det generelt ikke bør være obligatorisk kontroll for slike erklæringer, og at behovet for kontroll ivaretas ved regelen om at det vil være adgang til å sende inn også slike erklæringer. Utvalget vil imidlertid se det som ønskelig at denne muligheten brukes i større utstrekning enn i dag.

Utvalget har erfaring for at en del foreløpige rettspsykiatriske erklæringer går klart ut over det som etter loven er formålet med en slik erklæring, nemlig å avklare om det bør foretas fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse. Der- som den sakkyndige uttaler seg om tilregnelighet, sjelsevner, tilbakefallsfare mv., vil erklæringen etter forslaget være omfattet av obligatorisk kontroll i den grad erklæringen er ment til bruk i retten. Det samme gjelder der det gis

andre mandater innenfor rettspsykiatri (f.eks. undersøkelse av fornærmede i straffesaker, eller av barn i sedelighetssaker) og erklæringen inneholder et ikke uvesentlig innslag av sakkyndig skjønn, jf. også pkt. 8.8.

12.4 Regulering av innsendingsplikten

12.4.1 Hvem skal ha ansvaret for at innsendingsplikten overholdes?

Plikten til innsending har tidligere ligget til den sakkyndige. Det har da i praksis vært opp til den sakkyndige selv å vurdere om innsending burde skje, selv om både retten og sakens parter av eget initiativ har kunnet ta skritt for å besørge innsendt en erklæring den sakkyndige har unnlatt å sende inn.

Liland-utvalget foreslo i NOU 1996: 15 pkt. 10.10 (side 124–125) at innsendingsplikten burde overføres til påtalemyndigheten. Politi/påtalemyndighet er i langt de fleste saker den instans som har rekvirert uttalelsen, og som derfor er adressat for erklæringen. Man antok at en slik endring ville føre til en mer effektiv håndhevelse av plikten til innsending.

Utvalget er enig i at plikten bør overføres til påtalemyndigheten, se utkastet til ny § 147 første ledd, og tiltrer Liland-utvalgets begrunnelse. Regelen bør gjelde også hvor erklæringen er skrevet av et sakkyndig vitne. Dermed har man mulighet for å få etablert en mer enhetlig praksis med hensyn til innsending. At plikten tilligger påtalemyndigheten, hindrer ikke at det i den enkelte sak avtales med den sakkyndige at erklæringen skal innsendes av denne. For ikke å forsinke kommisjonens kontroll, vil dette ofte være hensiktsmessig. Men det påhviler påtalemyndigheten et ansvar for å påse at innsending skjer.

I en del tilfeller vil det være retten som har rekvirert uttalelsen. Dette er for eksempel alltid tilfelle ved fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse. Den sakkyndige vil i disse tilfellene sende sin erklæring til retten, antakelig vanligvis med gjenpart til påtalemyndigheten. Også i disse tilfellene bør påtalemyndigheten ha ansvaret for innsending av erklæringene. Her bør likevel retten avtale med den sakkyndige at han sender erklæringen inn til kommisjonen.

Også plikten til innsendelse av et referat av den muntlige tilleggserklæring påhviler i dag den sakkyndige selv. At innsendingsplikten foreslås generelt flyttet fra den sakkyndige til påtalemyndigheten, taler av konsekvenshensyn for at også plikten til etterfølgende innsendelse flyttes. På den annen side må den sakkyndige selv av praktiske årsaker skrive ned det han har sagt i retten, med mindre forklaringen er protokollert av retten, jf. strpl. § 21. Siden disse tilleggserklæringene kommer så sent som under hovedforhandlingen og ofte kan være nedskrevet først etter at saken er tatt opp til doms, vil det haste med å få dem kontrollert. Tidsfaktoren tilsier derfor at den sakkyndige selv sender tilleggserklæringen til kommisjonen. Dette hindrer likevel ikke at påtalemyndigheten kan pålegges plikt til å påse at tilleggserklæring skrives og sendes inn. Utvalget har likevel på dette punktet lagt avgjørende vekt på de praktiske hensyn, og har blitt stående ved at den sakkyndige selv skal sende inn slike tilleggserklæringer, jf. utkastet til ny § 147 tredje ledd.

Retten kan etter strpl. § 21 protokollere den sakkyndiges forklaring under hovedforhandlingen i rettsboken. Utgangspunktet er at slik protokollasjon

ikke skal skje, men avgjørelsen er overlatt rettens vurdering. Etter utvalgets oppfatning vil en muntlig forklaring fra en sakkyndig som ikke først har avgitt skriftlig erklæring, kunne anses som en særlig grunn som gjør protokollasjon ønskelig, jf. § 21 første ledd nr. 3. Skjer slik protokollasjon, bør denne sendes inn sammen med den sakkyndiges etterfølgende erklæring.

Det er grunn til å understreke at påtalemyndighetens ansvar suppleres av en rett til innsending både for retten, siktede, fornærmede og den sakkyndige. Dette sikrer en mulighet for kontroll uansett hvordan påtalemyndigheten f.eks. vurderer om en erklæring inneholder skjønnsmessige vurderinger.

12.4.2 Frister for oppfyllelse av innsendingsplikten

I nåværende § 147 første ledd heter det at erklæringen skal sendes kommisjonen "straks". Utvalget understreker betydningen av at erklæringer forelegges kommisjonen så snart dette er mulig. Erklæringene kan ha betydning ikke bare for rettens avgjørelse, men også for påtalemyndighetens avgjørelse av tiltale spørsmålet. Kommisjonens uttalelse bør derfor innhentes så tidlig som mulig, og den bør normalt foreligge før tiltale spørsmålet avgjøres. Så vidt mulig bør den i hvert fall foreligge før hovedforhandlingen påbegynnes. Utvalget har likevel kommet til at fristen bør omformuleres fra "straks" til "så tidlig som mulig", se forslaget til ny § 147 første ledd. Kriteriet blir etter denne ordlyden noe mindre strengt, men noen vesentlig endring er ikke tilsiktet. Siden ikke alle erklæringer skal sendes inn til kommisjonen for obligatorisk kontroll, vil det kunne være behov for å vurdere den videre bruk av en erklæring før det er klart om den omfattes av obligatorisk kontroll eller ikke. Dette må det være rom for innenfor ordlyden.

Det er særlig viktig at en sak ikke blir avgjort før påtalemyndigheten eller retten har fått kommisjonens uttalelse om en foretatt rettspsykiatrisk undersøkelse. Dette er understreket i riksadvokatens rundskriv 4. februar 1948 og 27. oktober 1975. På denne måten sikres at tiltale/henleggelse ikke skjer på sviktende faktisk grunnlag med hensyn til siktedes skyldene.

12.4.3 Konsekvenser av pliktbrudd

Dersom en sakkyndigerklæring som omfattes av den obligatoriske kontrollen ikke forelegges for kommisjonen, vil dette være en saksbehandlingsfeil. En slik feil kan komme i betraktning ved anke dersom det "antas at feilen kan ha innvirket på dommens innhold", jf. strpl. § 343 første ledd. Hvorvidt det i den enkelte sak er tilfellet, må bero på en konkret vurdering.

12.5 Ekstern kvalitetssikring av enkeltsaker

Utvalget foreslår ingen endring i formålet med den eksterne kvalitetssikringen, se pkt. 10.5.2.

Foran under pkt. 12.2 har utvalget gjort rede for en rekke viktige grunner for at et system med ekstern kvalitetssikring av rettsmedisinske sakkyndigerklæringer i straffesaker bør videreføres. En form for videreføring av Den rettsmedisinske kommisjon er da etter utvalgets mening mest hensiktsmessig.

Faren ved for dårlig kvalitetssikring er at det øker risikoen for at de sakkyndige tar feil eller bygger på for tynt grunnlag, og at retten derfor legger

feil faktum til grunn. Flere faktorer har betydning når man vurderer behovet for kontroll. Graden av risiko for feil er et sentralt moment, og denne vil variere blant annet avhengig av sakstype og den sakkyndiges kompetanse. Et annet spørsmål er hvor stort skadepotensiale mulige feil har. Dersom skadepotensialet er lite, er behovet for kontroll tilsvarende lite. En uriktig domfellelse vil imidlertid alltid være en alvorlig skade, noe som tilsier behov for høy grad av kontroll. Et tredje spørsmål er hvor sannsynlig det er at eventuelle feil medfører stor skade. Hvor viktig det rettsmedisinske bevis er i den konkrete sak vil variere avhengig av øvrige bevis i saken.

Omfanget av kvalitetssikringen (hvilke saker som skal kontrolleres, og hvor intens kontrollen skal være) vil i hovedsak være en avveining mellom det juridisk og rettsmedisinsk-faglig ønskelige på den ene siden og de praktiske og økonomiske konsekvenser for partene og samfunnet av slik kontroll på den andre siden. De kryssende interessene må forenes i en kontroll som er rettssikkerhetsmessig forsvarlig. Både retten, påtalemyndigheten og forsvareren har dessuten et ansvar for å bidra til kontroll av de sakkyndiges erklæringer.

12.5.1 Organisering av det eksterne kvalitetssikringsarbeidet (Den rettsmedisinske kommisjon)

Utvalget har tatt som prinsipielt utgangspunkt at kommisjonen er rettens tjener. Det er Justisdepartementet som har det administrative ansvaret for rettsvesenet i Norge, og utvalget finner det mest naturlig at kommisjonen administrativt sorterer under samme departement som rettsvesenet.

Dersom en uavhengig domstoladministrasjon etableres, mener utvalget det bør vurderes å plassere DRK administrativt under denne. Dette vil understreke at kommisjonen først og fremst er et redskap for domstolene, selv om også sakkyndighet utført i etterforskningsfasen av en straffesak er underlagt kommisjonens kontroll.

Utvalget viser også til at plassering av ansvaret for den Den rettsmedisinske kommisjon vurderes i forbindelse med den pågående gjennomgang av Justisdepartementets organisasjon. Saksområdet har vært nevnt som en virksomhet som kan flyttes fra Justisdepartementet til et eventuelt sivilrettsdirektorat. I Berit Sollies "Utredning om Sivilrettsdirektoratet" av 20. oktober 2000 foreslås saksområdet overført Domstolavdelingen/domstoladministrasjonen (utredningen side 30). Kommisjonens viktige betydning for rettspleien nevnes i utredningen som et forhold som kan tale for å beholde ansvaret for ordningen på departementsplan.

I dag er det Justisdepartementet som administrativt ansvarlig for kommisjonen som oppnevner ledere og medlemmer av kommisjonen. Medlemmene oppnevnes for en periode på 5 år. Denne oppnevningen skjer i samråd med Sosial- og helsedepartementet og Riksadvokaten.

Etter utvalgets mening bør oppnevningen foretas av det organ som er administrativt ansvarlig for kommisjonen, og oppnevningen bør skje i samråd med Sosial- og helsedepartementet. Dagens praksis med at oppnevning skjer i samråd med Riksadvokaten på lik linje med Sosial- og helsedepartementet, bør ikke fortsette. Riksadvokaten må i denne henseende ansees på lik linje med andre aktører i straffesaksbehandlingen. Utvalget mener imidlertid at departementet/det administrativt ansvarlige organet bør rådføre seg med

både Dommerforeningen, Riksadvokaten, Advokatforeningen og andre aktuelle organisasjoner før faste medlemmer til kommisjonen oppnevnes. For at kommisjonen skal ha både legitimitet og autoritet er det meget viktig at det oppnevnes medlemmer med høy rettsmedisinsk kompetanse og erfaring. Medlemmene må representere faglig bredde, og spesialister fra flere institusjoner og regioner må være representert. Kommisjonen bør ha rett til å foreslå både faste og ekstraordinære medlemmer.

Etter dagens regelverk er det tre forskjellige kategorier medlemmer i Den rettsmedisinske kommisjon: faste medlemmer, varamedlemmer og ekstraordinære medlemmer. De sistnevnte oppnevnes ved behov for spesialkompetanse som kommisjonens faste medlemmer ikke innehar. Som beskrevet i pkt. 10.3 og vedlegg 4 har kommisjonen i dag en rekke faste ekstraordinære medlemmer med spesialkompetanse, herunder også utenlandske spesialister.

Utvalget legger til grunn at saker innsendt til kommisjonen vil øke både i antall og kompleksitet, selv om det også foreslås å begrense den obligatoriske kontrollen. Dette har sammenheng både med den skjønnsmessige innsendingsadgangen utvalget foreslår, og den utviklingen man allerede har sett de siste årene.

Utvalget har vurdert om ordningen med ekstraordinære medlemmer bør videreføres, eller om for eksempel panelet med faste ekstraordinære medlemmer burde innlemmes som ordinære medlemmer av kommisjonen. Fagmiljøene er relativt små, og en ordning med bare faste medlemmer vil kunne føre til inhabilitetsproblemer. I tillegg ville kommisjonen da bli uhensiktsmessig stor. Det vil dessuten alltid kunne oppstå behov for i en spesiell sak å trekke inn ekstraordinære kommisjonsmedlemmer med spesialkompetanse ved kontrollen. Etter dette mener utvalget at de beste grunner taler for ikke å gjøre alle til faste medlemmer av kommisjonen.

Utvalget har videre vurdert om det er hensiktsmessig å opprettholde skillet mellom ordinære medlemmer og varamedlemmer. I de senere år har varamedlemmene i kommisjonen blitt brukt i mye større grad enn tidligere. Dette innebærer en bedre ressursutnyttelse og jevnere fordelt arbeidsbelastning. Utvalget har kommet til at dette i praksis er en bedre ordning, og foreslår derfor at ordningen med varamedlemmer oppheves, og at antall medlemmer av faggruppene heller utvides.

Utvalget har vurdert hvor lange perioder medlemmene bør oppnevnes for. En oppnevning på fem år kan oppleves mer belastende og forpliktende enn f.eks. tre år, og derfor være et hinder for rekruttering til kommisjonen. Lange perioder kan også gjøre det vanskelig å få medlemmer til å delta i flere perioder. Utvalget mener en oppnevningstid på tre år, med adgang til reoppnevning, vil ivareta behovet for fleksibilitet og ny kompetanse, for kontinuitet og utnyttelse av opparbeidet kompetanse.

12.5.2 Den rettsmedisinske kommisjons indre organisering

12.5.2.1 Inndeling i faggrupper

DRK består i dag av to faggrupper for henholdsvis alminnelige og rettspsykiatriske spørsmål, se pkt. 10.3. Det er etter utvalgets mening svært viktig at

kommisjonens størrelse og organisering er tilpasset saksvolum, sakenes kompleksitet og de rettsmedisinske fagområdene.

Utvalget mener derfor at inndelingen i faggrupper bør bestå. Denne formen for organisering gir en praktisk inndeling som har vist seg hensiktsmessig. Den rettspsykiatriske gruppen bør også bestå som egen gruppe. De spørsmål som behandles av den alminnelige gruppen, har vist seg å bli stadig mer kompliserte, og utvalget mener at det vil være hensiktsmessig at det etableres flere faggrupper innenfor det feltet som i dag sorterer under alminnelig gruppe. En oppdeling i flere faggrupper kan medføre fare for ulikhet i praksis, saksbehandling og faglige vurderinger. Dette er det viktig å unngå, og det må i første omgang motvirkes ved tett kontakt mellom lederne i gruppene og kommisjonen som sådan. Videre vil et utbygget sekretariat også kunne kompensere for denne risikoen, blant annet ved å sørge for tett kontakt og kommunikasjon gruppene i mellom. Utvalget mener at det bør være et tett samarbeid gruppene i mellom, både organisatorisk og faglig. Erfaringen viser at selv om fagområdene er forskjellige, kan mange prinsipielle spørsmål være felles. Det er etter utvalgets mening en forutsetning at kommisjonen arbeider sammen som én kommisjon, og at den også utad fremstår som én kommisjon.

Sannsynligvis vil behovet for gruppeinndeling variere over tid, og utvalget mener kompetansen til å fastsette slik inndeling bør overlates til det administrative ansvarlige organ. Fastsettelsen må skje i samarbeid med kommisjonens ledelse og Sosial- og helsedepartementet, og etter råd fra andre aktører i strafferettspleien. Ut fra forholdene i dag antar utvalget at tre grupper ville være hensiktsmessig – en rettspsykiatrisk gruppe, en laboratoriemedisinsk gruppe og en alminnelig gruppe.

I dag består hver gruppe av tre faste medlemmer. I praksis har det som nevnt vist seg behov for også å benytte dagens varamedlemmer i den ordinære saksbehandlingen, både på grunn av saksantall og kompleksitet. Dersom ordningen med varamedlemmer opphører, slik utvalget går inn for i pkt. 12.5.1, bør antallet faste medlemmer i hver gruppe økes. Utvalget foreslår at hver gruppe har fire eller fem medlemmer. Behovet vil kunne variere over tid og mellom gruppene. Det foreslås derfor at administrativt ansvarlig organ får kompetanse til å fastsette antall medlemmer i den enkelte gruppe. Som nevnt vil man også kunne oppnevne og benytte faste ekstraordinære medlemmer der det er nødvendig. Hvor mange medlemmer som skal delta i behandlingen av den enkelte sak, er omtalt i pkt. 12.5.3.

12.5.2.2 Kvalifikasjonskrav til medlemmene av kommisjonen

Helt fra opprettelsen av Den rettsmedisinske kommisjon har det vært forskriftsfestet hvilke fagområder som skal være representert i kommisjonen. For at kommisjonen skal kunne fylle sin funksjon etter forutsetningene, er det viktig at kommisjonens medlemmer representerer landets fremste ekspertise på området, og at de ikke medisinskfaglig eller i rollen som sakkyndige står vesentlig tilbake for dem som skal kontrolleres. Dette er også viktig for at kommisjonen skal kunne opptre med den nødvendige autoritet i rettsmedisinske spørsmål – både overfor de sakkyndige, retten og sakens parter. Medlemmene av kommisjonen må derfor ha nødvendig utdanning og prak-

tisk erfaring fra rettsmedisinske fag og som sakkyndig for påtalemyndigheten og retten.

Det er etter utvalgets mening ikke hensiktsmessig å fastsette formaliserte kvalifikasjonskrav til kommisjonens medlemmer. Når det gjelder *spesialfaglig kompetanse*, bør det imidlertid tilstrebes at medlemmene i en faggruppe best mulig dekker gruppens fagområder. I tillegg til spesialsakkyndighet i rettspatologi, klinisk rettsmedisin, rettstoksikologi og rettsgenetikk, vil det være behov for spesialister innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, akuttmedisin/anestesiologi, kirurgi, indremedisin, allmennmedisin, rettsodontologi og rettsantropologi. Kommisjonsmedlemmene bør ha spesialitet eller tilsvarende fagspesifikk kompetanse innenfor ett eller flere av de aktuelle fagområdene tilsvarende C-nivå, jf. pkt. 13.4.

Fordi arbeidet i kommisjonen innebærer en vitenskapelig fundert kvalitetskontroll av høyt kvalifiserte fagpersoner, bør kommisjonsmedlemmene i tillegg ha vitenskapelig kompetanse på doktorgrad-nivå, eller helst professorkompetanse.

De spesielle sakkyndigfaglige problemstillingene forutsetter dessuten at medlemmene har betydelig egen erfaring som sakkyndige.

Det er videre ikke minst viktig at medlemmene er engasjerte og interesserte i det rettsmedisinske arbeidet og nyter høy anseelse i miljøet. Når det gjelder de ekstraordinære medlemmene, vil det etter utvalgets mening være viktigere med høy spesialfaglig kompetanse enn med mye erfaring fra sakkyndigarbeid for retten.

12.5.2.3 Kommisjonens ledelse

Kommisjonen har i dag en formann, som departementet oppnevner blant kommisjonens medlemmer. Hver gruppe har videre en formann. Kommisjonens formann er gruppeformann i sin gruppe. Den andre gruppeformannen oppnevnes av Justisdepartementet for fem år og er stedfortreder for kommisjonens formann.

Utvalget mener at den samlede kommisjon bør ha en leder som utpekes av administrativt ansvarlig organ. Dette fordi det er viktig å ha en samlet faglig og koordinerende ledelse og oversikt over kommisjonens arbeid. Behovet for en felles leder blir også viktig fordi kommisjonen organisatorisk blir større enn i dag når flere grupper opprettes. Det er som nevnt ovenfor også viktig at kommisjonen fremstår som en enhet utad, hvilket kan være vanskeligere dersom det er tre eller flere ledere som fremstår utad som ledere i kommisjonen.

Også hver av faggruppene bør ha en leder som leder arbeidet og beslutter hvilke medlemmer som skal delta i behandlingen av den enkelte sak, eventuelt om de ekstraordinære medlemmene skal benyttes. Det er etter utvalgets mening naturlig at faggruppelederen bestemmer behandlingsform, eventuelt i samråd med kommisjonens leder.

12.5.2.4 Kommisjonens sekretariat

Dagens ledere av Den rettsmedisinske kommisjon har uttrykt ønske om større grad av juridisk bistand i arbeidet, det være seg til behandling av hørings saker, vurdering av uttalelser i enkeltsaker, ved uttalelser om prinsip-

ielle straffeprosessuelle spørsmål, i tillegg til generell juridisk kvalitetssikring av kommisjonens virksomhet. Utvalget foreslår å videreføre en større kommisjon med flere grupper og ser det som en nødvendig forutsetning at sekretariatsfunksjonen for kommisjonen blir profesjonalisert og betydelig styrket. Utvalget foreslår at kommisjonens sekretariat ledes av en erfaren jurist i full stilling og at sekretariatet bør bestå av ytterligere to-tre fulle stillinger. Ressursbehovet og arbeidsoppgavene for kommisjonens sekretariat vil avhenge av modellvalg, se omtalen i [\(Link til \)](#) kapittel 14. Utvalget går imidlertid enstemmig inn for at et sekretariat må gi kommisjonen tilstrekkelig kontor- og arkivstøtte. Det er viktig for erfaringstilbakeføring og kvaliteten på kommisjonens arbeid at det utvikles et godt, elektronisk registrerings- og arkivsystem. Systemet må kunne levere statistiske data til bruk for årsrapport og for eventuell forskning. Kommisjonen sitter på et viktig og interessant materiale som må gjøres tilgjengelig for forskning.

Sekretariatet må legge forholdene til rette for god kommunikasjon og saksflyt innenfor gruppene og kommisjonen som sådan. Dette er særlig viktig både fordi kommisjonen blir større og får en noe mer komplisert organisasjonsstruktur og fordi kommisjonsmedlemmene vil befinne seg forskjellige steder i landet. Sekretariatet skal registrere og fordele saker til de forskjellige gruppene, innkalle til møter, bistå medlemmene, osv. Videre er utvalget opptatt av at sekretariatet besørger gode arbeidsforhold og møtelokaliteter.

Sekretariatslederen skal gi kommisjonen og kommisjonsmedlemmene juridisk bistand, både til behandling av hørings saker, vurdering av uttalelser i enkeltsaker, ved uttalelser om prinsipielle straffeprosessuelle spørsmål og generell juridisk kvalitetssikring av kommisjonens virksomhet.

Etter utvalgets mening bør sekretariatet også ha en rolle i forhold til utenverden og publikum, bl.a. ved å sørge for at berørte aktører får tilsendt prinsipielle uttalelser, høringsuttalelser mv., svare på spørsmål og formidle kontakt med kommisjonens grupper. Kommisjonens oppgaver på dette området vil imidlertid også være avhengig av modellvalg, se [\(Link til \)](#) kapittel 14.

Utvalget ser at det bør foretas en grenseoppgang mellom oppgavene for kommisjonens leder og sekretariatslederen. Utgangspunktet er at kommisjonens leder er en faglig leder, med ansvaret for kvalitetssikringen av innsendte erklæringer, mens sekretariatslederen har en praktisk, administrativ og operativ funksjon. Det er neppe hensiktsmessig at utvalget foreslår hvordan dette skal gjøres helt konkret, og utvalget nøyer seg derfor med å peke på problemstillingen. Slik grenseoppgang må etter utvalgets mening foretas av kommisjonens leder, sekretariatslederen og administrativt overordnet myndighet.

12.5.3 Saksbehandlingsregler

Antall medlemmer av kommisjonen som kontrollerer den enkelte sakkyndigerklæring bør etter utvalgets oppfatning tilpasses den enkelte saks kompleksitet og omfang. Etter utvalgets syn bør hovedregelen være at tre kommisjonsmedlemmer deltar, men at det unntaksvis kan være tilstrekkelig med to.

Utvalget foreslår at gruppelederen avgjør hvilke og hvor mange medlemmer av kommisjonen som skal tiltre behandlingen av den enkelte sak. Dette må avgjøres blant annet på bakgrunn av kompetansebehov og sakens kompleksitet og karakter. Saksbehandlingen skal være skriftlig, men arbeidsformen

bør være fleksibel og tilpasset den enkelte sak/sakstype. Utvalget antar at hovedregelen vil være at saker sendes på sirkulasjon som i dag, særlig på grunn av kommisjonsmedlemmenes geografiske spredning. Antakelig vil også møter – personlige, elektroniske eller telefonmøter – kunne være nødvendig. Hvilken arbeidsform som skal benyttes må bestemmes av kommisjonens leder eller gruppelederen.

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

Kommisjonens vurdering av og tilbakemelding på de kontrollerte erklæringer skal være skriftlig. Det er vedkommende som har foretatt oppnevnningen (hovedsakelig retten) som er adressat for den skriftlige tilbakemeldingen, men det bør sendes kopi til den/de sakkyndige og til sakens andre aktører.

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

Kommisjonens leder, gruppelederen, eller et av de medlemmene som har deltatt i behandlingen av den enkelte sak, må dessuten kunne møte i retten for å redegjøre for sin forståelse av rettsmedisinske begreper, kommisjonens saksbehandling og kommisjonens forutgående faglige vurderinger av den sakkyndiges erklæring. Utvalget understreker imidlertid at kommisjonens medlemmer ikke skal møte i retten for der å vurdere de sakkyndiges erklæringer eller opptreden i retten.

12.6 Bør kommisjonen ha andre oppgaver enn kontroll av enkeltsaker?

Det kan reises spørsmål ved om DRK bør ha andre funksjoner enn ekstern kontroll av enkeltsaker. Som det fremgår i pkt. 14.3 er det ulike oppfatninger om dette, og spørsmålet er sentralt for valget av organisasjonsmodell.

Spørsmålet om kommisjonens rolle som veileder overfor de sakkyndige ble tatt opp i Justisdepartementets høringsbrev 29. mars 1984, se foran under pkt. 4.2. Departementet uttalte:

“[Det kan] være grunn til å vurdere om man bør instruksfeste en veiledningsplikt for Kommisjonen overfor de sakkyndige. I praksis vil det ofte forekomme at Kommisjonen gir veiledning i form av kommentarer til beretningene. Det kan imidlertid også være naturlig at Kommisjonen på forespørsel gir en viss veiledning før den sakkyndige utformer beretningen, og det bør vurderes om det er behov for en egen bestemmelse om dette i reglementet.”

Hvordan DRK skal forholde seg til konkret veiledning overfor rekvirent og sakkyndige vil variere noe etter modellvalg, se nærmere pkt. 14.3.

Også spørsmålet om kommisjonens rolle som veileder for retten, påtalemyndigheten, Justisdepartementet og helsemyndighetene ble tatt opp i Justisdepartementets høringsbrev 29. mars 1984, se foran under pkt. 4.2. Til kommisjonens rolle som veileder, bemerket departementet:

“Etter det departementet erfarer, er dette bestemmelser som ikke benyttes i praksis, og det bør derfor vurderes om de skal oppheves. Prinsipielt sett er det ønskelig at regelverket er mest mulig i overensstemmelse med praksis. Det kan dessuten diskuteres om det er Kommisjonen som bør ha ansvaret for veiledning overfor rettsvesenet og administrasjonen.”

En gjennomgående oppfatning hos de instanser som uttalte seg var at plikten kan være verdifull å ha stående, så lenge praksis ikke har vist at dette er særlig belastende for kommisjonen. Plikten ble derfor videreført i de nye forskriftene.

Hvordan DRK skal forholde seg til generell veiledning/rådgivning overfor disse gruppene vil variere etter modellvalg, se nærmere pkt. 14.3.

Kapittel 13

Ansvar for utdannelsen – problematisering, refleksjon og anbefalinger**13.1 Det faglige ansvaret for utdannelsen**

Kapittel 4.6 beskrev en modell for hvordan man kan kvalifisere rettsmedisinsk sakkyndige i tre nivåer: en grunnutdanning (nivå A), en spesifikk felles sakkyndigutdanning (nivå B) og en spisskompetanse for det enkelte rettsmedisinske fagområde (nivå C). Utvalget har tatt utgangspunkt i denne modellen og diskutert hvordan den kan utvikles på grunnlag av allerede eksisterende utdannelses- og ansvarslinjer.

13.2 Grunnutdannelsen, nivå A

Dagens situasjon er slik at enhver lege eller lege med aktuell spesialitet kan oppnevnes som sakkyndig for retten. Også personer uten medisinsk embetsksamen, men med annen relevant utdanning som psykologer, sivilingeniører eller biologer oppnevnes som rettsmedisinsk sakkyndige. Det faglige ansvaret i dag for at rettsmedisinsk sakkyndige er tilstrekkelig kvalifisert, er delt mellom universitetene og Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Den norske lægeforening. Embetsstudiet i medisin er innrettet på å utdanne leger til behandlere, og i meget liten grad på å skolere i sakkyndighet innenfor rettssystemet. Imidlertid møter studentene problemstillinger omkring sakkyndighet i enkelte fag som rettsmedisin og sosialmedisin, og i enkelte kliniske fag som gynekologi og pediatri. Embetsstudier i psykologi, biologi, klinisk kjemi osv. har i enda mindre grad enn medisin skoling i sakkyndigarbeid.

Utvalget mener at det er viktig å styrke undervisningen i sakkyndigarbeid for retten og i juridisk terminologi. I svært mange saker vil retten oppnevne sakkyndige med kompetanse på ABC-modellens nivå A og det er derfor viktig at disse har en viss skoling i hva sakkyndigrollen innebærer.

Spesialistgodkjennelsen for leger ligger i dag i Sosial- og helsedepartementet, men har i stor grad vært delegert til Den norske lægeforening.

Utvalget har diskutert hvordan grunnutdanning på nivå A for potensielle spesialister kan styrkes. Utvalget har valgt å ikke gå i detaljer for de ulike fagområdene, da disse er svært ulike. Imidlertid foreslår utvalget at det i tillegg til det felles administrative kurs for vordende spesialister innføres et obligatorisk kurs, f.eks. av 2–3 dagers varighet, for å supplere det administrative kurset. Kurset bør gi en innføring i aktuelt lovverk der leger kan bli brukt som spesielle sakkyndige og prinsippene for slikt sakkyndigarbeid. Det bør også omfatte medisinske problemstillinger både innen strafferett og sivil rettspleie og gi en grunnleggende innføring i prosesslovgivningen og forvaltningsloven og kunnskap om rettsvesenets funksjoner og aktører, habilitetsproblematikk

og mandatutforming. Det er også viktig å fokusere på aktørenes roller og oppgaver, f.eks. at det er retten som skal foreta bevisvurderinger. Utvalget mener at et slikt grunnkurs relativt enkelt kunne innarbeides i den obligatoriske spesialistutdannelsen som hører inn under Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde.

Utvalget har foreslått helt minimale endringer på grunnutdannelsen og antar at de økonomiske konsekvensene av dette er ubetydelige. Ansvarer bør derfor fortsatt ligge på de instanser som for øvrig ivaretar det økonomiske grunnlaget for grunnutdannelsen og spesialitetsutdannelsen.

13.3 Felles sakkyndigutdanning, nivå B

Utvalget foreslår at det utvikles en felles sakkyndigutdanning (B-nivå) for alle spesialister i medisin og andre sakkyndige som gjør tjeneste for retten i medisinske spørsmål. Kurset foreslås for å bedre kommunikasjonen mellom de sakkyndige og rettens aktører. Utvalget viser i denne forbindelse til at Lilandutvalget i NOU 1996: 15 blant annet i ([Link til](#)) kapittel 2, pkt. 5.4.4 og pkt. 10.9–10.11 pekte på at samspillet mellom de sakkyndige og de juridiske aktørene i straffesaken ikke hadde vært godt nok. Videre viser utvalget til Riksadvokatens uttalelse til Norsk Rettsmedisinsk Forenings innstilling fra 1996, se ovenfor i pkt. 4.5. Riksadvokaten peker der på, som en generell svakhet, at mange av de fagpersoner som benyttes som sakkyndige ikke har tilstrekkelig kunnskap om de særskilte krav som ligger i sakkyndigrollen. Utvalget deler Riksadvokatens vurdering, og mener det er behov for bedre opplæring i sakkyndighet.

Det kan utvikles et tverrfaglig kurs for medisinsk sakkyndige, men det bør være åpent for andre aktører, f.eks. jurister som ønsker å forstå mer av de sakkyndiges arbeid. Kurset må ikke være for omfattende, fordi det må være et poeng at flest mulige fagfolk vil ønske å prioritere et slikt kurs i sin kliniske hverdag. Samtidig må det være omfattende nok til å gi en vesentlig bedre forståelse for problemstillingene man møter som sakkyndig, enn hva man får gjennom grunnutdannelsen for spesialister (A-nivå).

Utvalget antar at et slikt sakkyndigkurs vil kunne arrangeres med to til tre bolker à tre dager i løpet av ett år. Undervisningen bør i utgangspunktet være felles for alle kursdeltagere, blant annet med undervisning i etikk, straffeprosess, habilitetsregler og enkelte områder av straffeloven. Andre temaer bør være forståelse av mandat, etablering og dokumentasjon av interne kvalitetssikringsrutiner, skriving av erklæringer, og hvordan erklæringene bør presenteres for retten. Kurset må klargjøre hvilken funksjon Den rettsmedisinske kommisjon har, og hvilken funksjon de akademiske miljøene har. Kurset kan også ha noe undervisning tilpasset ulike rettsmedisinske faggrupper.

Kurset vil være en nyskapning i utdanning for rettsmedisinere, og bør sentraliseres. Hvor ansvaret for å arrangere og gjennomføre slike kurs på nivå B skal ligge, er avhengig av modellvalg, jf. ([Link til](#)) kapittel 14. Etter modell I og II skal ansvaret ligge i Justisdepartementet eller den etat under departementet som får det administrative ansvaret for kommisjonen. Etter modell III skal ansvaret ligge i Kontoret for rettsmedisin.

13.4 Spisskompetanse, nivå C

I en del saker vil de medisinske problemstillingen være så spesielle faglig sett at en vanlig spesialist, selv med en sakkyndigutdannelse, vil ha vanskeligheter med å gi en tilstrekkelig god sakkyndigerklæring. For eksempel vil alle spesialister i psykiatri kunne diagnostisere psykose, men farlighetsvurderinger vil være noe som ikke alle behersker. Tilsvarende vil mange tannleger kunne identifisere et gebiss, men få vil kunne vurdere et tannbitt.

Utvalget mener at det må utvikles ulike former for spisskompetanse innenfor rettsmedisin. De ulike fagområder må selv stå ansvarlig for å utvikle spisskompetanse innen sine fagfelt. Utvalget mener at dette må være en naturlig og integrert del av helsevesenet og universitetene. Dette kan for eksempel bestå i at enkeltpersoner utfører vitenskapelig arbeide innenfor deler av et større fagfelt, at profesjonene utarbeider kurs som kvalifiserer i forhold til enkelte problemområder, eller at det utvikles fordypningsområder, subspecialiteter eller nye spesialiteter.

Utvalget legger til grunn at det vil komme spesialister i rettsmedisin og rettspsykiatri fra EU/EØS-området. Disse vil anerkjennes i Norge etter gjeldende retningslinjer.

Utvalgets flertall (medlemmene Rognum, Fossgard, Herse, Langbach, Olaisen, Rosenqvist og Sulland) mener at det bør opprettes en spesialitet i rettsmedisin/rettspatologi (se pkt. 8.1.1.1). Dette fordi rettsmedisin er et faglig krevende spesialområde med stor betydning for rettssikkerheten. Det er også ønskelig at de som i dag fungerer som rettsmedisinere i Norge, får en formell kvalifisering på linje med utenlandske kolleger. Dette vil være av betydning ved internasjonale oppdrag, og naturlig i og med at utenlandske spesialister i rettsmedisin fra EU/EØS-området vil kunne arbeide for norske domstoler, og deres kompetanse vil bli anerkjent etter gjeldende internasjonale retningslinjer. Se for øvrig pkt. 4.4, 4.5, 8.2.1.1 og 11.10.

Utvalgets mindretall (medlemmet Sandsberg) viser til at Sosial- og helsedepartementet fastsetter hvilke avgrensede deler av medisinske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning i, og at dette fastsettes etter å ha vært forelagt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR). Det vises til at NR er bredt sammensatt med medlemmer fra staten, Kommunenes Sentralforbund, helseregionene, universitetene, legeforeningen og Norsk Pasientforening. Dette medlem viser til at spørsmålet om spesialitet i rettsmedisin har vært vurdert av NR etter henstilling fra Norsk Rettsmedisinsk Forening. Sosial- og helsedepartementet valgte ikke å opprette en slik spesialitet, en beslutning fattet i samsvar med rådet fra NR.

Dette medlem kan ikke se at utvalget har grunnlag for å reise spørsmålet om egen spesialitet på nytt. De argumenter som utvalgets flertall anfører har vært vurdert forholdsvis nylig av NR, og hvor man etter en samlet vurdering kom til at dette ikke ville være hensiktsmessig.

Et samlet utvalg mener at universitetssykehusene bør stimuleres til å gjøre grunninvesteringer og gi tilstrekkelig rom for klinisk og vitenskapelig arbeid innen de rettsmedisinske områder hvor det er behov for utvikling av spisskompetanse. Modellene II og III i ([Link til](#)) kapittel 14 forutsetter at institusjonseier integrerer rettsmedisinsk virksomhet i institusjonenes virksom-

hetsplaner på linje med annen spesialisert virksomhet. Dette vil gi et bedre grunnlag for å utvikle slik spisskompetanse som nevnt ovenfor.

Kapittel 14

Hvordan bør rettsmedisinske tjenester organiseres i Norge?

Hovedproblemet med dagens organisering av de rettsmedisinske tjenestene er etter utvalgets oppfatning at de mange involverte instanser bare har delansvar for den totale virksomheten innen hvert fagfelt. Dette innebærer at ansvarsforholdene for tjenesteyting, fagutvikling, forskning og krav til kompetanse innen de rettsmedisinske fagområdene er meget uoversiktlige. Dette svekker også rettsmedisinens status og rekrutteringen til de ulike fagområdene.

Problemene innenfor de ulike fagfeltene er nærmere beskrevet foran i [\(Link til\)](#) kapittel 8. Det vises også til redegjørelsen for utvalgets syn nedenfor i pkt. 14.4.1 og 14.4.2.

Utvalget anser dagens situasjon som bekymringsfull, særlig for rekrutteringen av kvalifiserte sakkyndige. Utvalget peker også på at man som en konsekvens av de nevnte forhold har sett eksempler på utilfredsstillende faglig kvalitet på sakkyndige uttalelser. Blant annet har DRK, psykiatrisk gruppe bemerkninger til mellom 20% og 40% av de tilsendte erklæringene.

14.1 Hvilke krav må stilles til rettsmedisinske tjenester?

Det overordnede målet ved organiseringen av rettsmedisinske tjenester er å sikre at domstolene ved behov får tilgang på best mulig sakkyndig kompetanse. Ved organisering av den rettsmedisinske virksomheten er det utfra dette målet en rekke sentrale krav som må stilles til tjenestene. De viktigste er:

Upartiske sakkyndige

De rettsmedisinske undersøkelsesresultat og vurderinger må ikke kunne påvirkes utilbørlig av enkeltpersoner, myndigheter eller andre samfunnskrefter. For å garantere at de sakkyndige er mest mulig upartiske må den rettsmedisinske virksomheten drives under samfunnets innsyn og med betryggende systemer for kvalitetssikring og kontroll. Dette innebærer også at rettens sakkyndige og eksterne kvalitetssikrere må ha den nødvendige uavhengighet av sakens parter. Brukerne må dessuten sikres best mulig tilgang til denne sakkyndigheten.

Tilfredsstillende faglig kompetanse på nødvendige fagområder

Avgjørende for de rettsmedisinske undersøkelsenes kvalitet er at de gjennomføres av personell med tilstrekkelig faglig kompetanse. For å sikre dette må det tilbys nødvendig utdanning i de mest aktuelle rettsmedisinske disipliner og nødvendig rekruttering må sikres. Utover dette må man eventuelt søke bistand fra utlandet. Det bør også kreves at de som skal utføre rettsmedisin-

ske tjenester har de nødvendige kvalifikasjoner. I tillegg må det etableres betryggende systemer for intern og ekstern kvalitetssikring.

Best mulig kvalitet på undersøkelsene

Det må stilles krav til både utførelsen av undersøkelsen og utforming av erklæringen. Spesielt viktig er god kommunikasjon mellom rettens aktører og de sakkyndige. Avgjørende for rettens og partenes nytte av det rettsmedisinske sakkyndighetsarbeid som utføres, er at de sakkyndige oppfatter hva rettens aktører trenger bistand til, og at rettens aktører oppfatter vurderingene og konklusjonene fra de sakkyndige.

Tilstrekkelig rask undersøkelse og svar

Den rettsmedisinske undersøkelsen må kunne innledes og gjennomføres tilstrekkelig raskt. Dette er svært viktig for et godt resultat. Forsinkelser av obduksjoner, klinisk rettsmedisinske undersøkelser og undersøkelse av åsted, kan redusere muligheten for å nå et best mulig resultat. Det er derfor viktig at rettsmedisinere er tilgjengelige på kort varsel.

Av hensyn til partene og sakens fremdrift må det sikres nødvendige ressurser tilgjengelig for at de rettsmedisinske undersøkelser kan avsluttes og konklusjoner formidles rekvirenten innen rimelig tid.

Mulighet for "second opinion"

Sakkyndighet dreier seg ofte om utøvelse av faglig skjønn, og det vil på faglig basis kunne være rom for ulikt skjønn. Det er derfor viktig at det i den enkelte sak benyttes et tilstrekkelig antall sakkyndige med relevant sakkyndighet, og at disse har den nødvendige uavhengighet av hverandre, jf. drøftelsene i pkt. 11.4. Men det må også være mulig for partene å innhente en "second opinion", f.eks. hvor det er uenighet mellom de opprinnelige sakkyndige, mellom de sakkyndige og DRK, eller man befinner seg på et nytt fagfelt eller et fagfelt i sterk endring.

Rettsenhet i hele landet

Et viktig rettssikkerhetskrav er at det er rettsenhet i hele landet. Organiseringen av rettsmedisinsk tjenesteproduksjon og kvalitetssikring må derfor sikre at det ikke oppstår lokale/regionale forskjeller, verken med hensyn til tilgang på rettsmedisinske tjenester eller kvaliteten på disse.

Kostnadseffektivitet

Samfunnets felles ressurser må benyttes på en kostnadseffektiv måte. Det må derfor sikres at ressursene til rettsmedisinske formål brukes der samfunnet mener behovet er størst, at unødvendig ressursbruk motvirkes og at kontra-produktive mekanismer fjernes.

Akseptable arbeidsforhold for de sakkyndige

En forutsetning for at samfunnet kan sikre seg nødvendig rettsmedisinsk kompetanse er at de sakkyndige får akseptable arbeidsforhold. Det må derfor sikres at det er attraktivt for tilstrekkelig mange å spesialisere seg i og arbeide med rettsmedisinske disipliner.

14.2 Hvilke tiltak kan oppfylle kravene?

Utvalget presenterer i pkt. 14.3 tre alternative organisasjonsmodeller som på ulike måter søker å ivareta kravene til rettsmedisinske tjenester utvalget har stilt opp i pkt. 14.1. I dette avsnittet gjennomgår utvalget de tiltak og temaer fremstillingen av organisasjonsmodellene er disponert etter.

A. Oversikt over kvalifiserte sakkyndige

Som det fremgår i pkt. 11.1 anser utvalget det viktig å få opprettet en oversikt over kvalifiserte sakkyndige til rettsmedisinske oppdrag. Slike oversikter vil sikre brukerne tilgang på upartiske sakkyndige. Forslag om hvem som bør ha ansvar for å føre oversikten varierer etter organisasjonsmodell, se pkt. 14.3.1–14.3.3.

B. Veiledning med hensyn til utforming av mandat

I pkt. 11.5 peker utvalget på behovet for at retten og partene enklere enn i dag bør kunne få veiledning fra andre enn den valgte sakkyndige om utarbeidelse av mandat. Hvem som skal ha ansvaret for slik veiledning, og hvor langt veiledningen skal gå i konkrete saker, varierer i forslagene til organisasjonsmodell, se pkt. 14.3.1–14.3.3.

C. Utdannelse av sakkyndige

Utvalget har i ([Link til](#)) kapittel 13 pekt på behovet for styrket undervisning i rettsmedisinske fag og i sakkyndighet for retten. Hvordan forslagene der skal følges opp, og hvem som skal ha ansvaret for de ulike delene av undervisningen, varierer etter organisasjonsmodell, se pkt. 14.3.1–14.3.3.

D. Finansiering av rettsmedisinske tjenester

Systemet for finansiering av de rettsmedisinske tjenestene må bidra til at tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet er tilgjengelig og rekvireres ved behov, men at overforbruk motvirkes, se pkt. 14.3.1–14.3.3. Utvalget har i det vesentlige en enstemmig oppfatning av hvordan finansieringen bør skje.

E. Organisering av tjenesteproduksjon

Organiseringen av tjenesteproduksjonen må, på samme måte som systemet for finansiering, bidra til at tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet er tilgjengelig og rekvireres ved behov, men at overforbruk motvirkes, se pkt. 14.3.1–14.3.3.

Utvalget har også i det vesentlige en enstemmig oppfatning av organiseringen.

F. Intern kvalitetssikring

Utvalget har i pkt. 9.3 og 9.4 pekt på noen særlige temaer for intern rettsmedisinsk kvalitetssikring. I pkt. 11.6 legger utvalget til grunn at man i norsk rettsmedisin må stille krav til intern kvalitetssikring i samsvar med anerkjente nasjonale og internasjonale krav på området. For øvrig vises til pkt. 14.3.1–14.3.3 med hensyn til hvordan disse kravene kan og bør følges opp.

G. Ekstern kvalitetssikring

Utvalget går i pkt. 12.2 enstemmig inn for å videreføre Den rettsmedisinske kommisjon som organ for ekstern kvalitetssikring av erklæringer fra rettsmedisinsk sakkyndige. Kontrollorganets øvrige oppgaver vil variere etter valg av organisasjonsmodell, jf. pkt. 14.3.1–14.3.3.

H. Erfaringstilbakeføring

Utvalget mener at erfaringene som høstes fra arbeidet med rettsmedisinsk sakkyndighet kan ha stor betydning både for strafferettspleien, helsevesenet og samfunnet for øvrig. Systemer for erfaringstilbakeføring er derfor viktige. Hvordan dette organiseres varierer mellom forslagene til organisasjonsmodell, jf. pkt. 14.3.1–14.3.3.

I. Økonomiske konsekvenser

Sentralt ved forslag om tiltak er selvfølgelig hvilke økonomiske konsekvenser tiltakene vil ha. Dette vurderes for den enkelte organisasjonsmodell i pkt. 14.3.1–14.3.3.

14.3 Aktuelle modeller for organisering av rettsmedisinsk virksomhet

Utvalget presenterer i punkt 14.3.1 – 14.3.3 tre alternative modeller for fremtidig organisering av den rettsmedisinske virksomheten i Norge. Modellene er søkt presentert etter en felles systematikk, basert på de ulike tiltak utvalget har vært enige om, jf. pkt. 14.2. I punkt 14.4 drøftes modellene, og utvalget presenterer sin anbefaling.

14.3.1 Modell I: Effektivisering av dagens modell

Modell I er i hovedsak en effektivisering av dagens modell, og forutsetter ingen vesentlig økt ressursbruk til nye administrative systemer, enten ved utvidet funksjonsområde for DRK (modell II), eller et kontor for rettsmedisin (modell III). Modell I forutsetter heller ingen større organisatoriske endringer. For å nå hovedmålet om best mulig sakkyndigfunksjon i straffesaker, foreslås likevel en rekke endringer i dagens praksis, herunder endringer med hensyn til finansieringen av tjenesteproduksjonen, se pkt. D. Tiltakene beskrives nedenfor.

Modell I avviker organisatorisk fra de andre to modellene særlig ved at den ikke definerer rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet innenfor ett departements ansvarsområde, men legger ansvaret direkte til rekvirenten (retten, partene) og tjenesteyter (den sakkyndige eller institusjonen), hva enten denne befinner seg innen helsevesenet (offentlig eller privat), innen akademiske institusjoner eller i annen sammenheng.

A. Oversikt over kvalifiserte sakkyndige

Felles for alle modellene er at rekvirenten selv har ansvaret for valget av sakkyndige, og at han fritt skal kunne velge de(n) sakkyndige han ønsker.

For å imøtekomme rekvirentenes behov for oversikt over og opplysninger om aktuelle sakkyndige, foreslår modell I å ta utgangspunkt i det allerede eksisterende helsepersonellregisteret, der bl.a. samtlige leger i Norge er registrert. Det forutsettes at denne oversikten vil kunne gjøres tilgjengelig for aktuelle brukere av rettsmedisinske tjenester, og at oversikten vil kunne inneholde opplysninger om den enkeltes eventuelle rettsmedisinske kompetanse.

Utover dette vil fagmiljøene selv ha informasjon om aktuelle sakkyndige, og det må være rimelig å forvente at Norsk Rettsmedisinsk Forening har oppdatert informasjon om sine medlemmer innen de ulike fagfelt. Ønsker retten eller partene sakkyndige med spesielle kvalifikasjoner eller ståsted, forutsetter modell I at man ved å kontakte fagmiljøene blir henvist videre til aktuelle sakkyndige. En oversikt over hvilke sakkyndige som har hatt oppdrag – gjerne etter fagfelt – kan dessuten uten nevneverdig merarbeid innarbeides i årsrapporten fra Den rettsmedisinske kommisjon.

B. Veiledning med hensyn til utforming av mandat

Utformingen av mandat skal etter alle modellene fortsatt være rekvirentens oppgave og ansvar, se forslaget til ny § 142. Etter modell I må nødvendig rettsmedisinsk/faglig bistand til dette innhentes først og fremst hos den sakkyndige man har valgt.

C. Utdannelse av sakkyndige

Ansvaret for grunnutdannelsen (A-nivå) – hvor også rettsmedisinske disipliner inngår – skal etter modell I fortsatt ligge hos utdannelsesinstitusjonene selv (universiteter og høyskoler). Justisdepartementet bør minne institusjonene om det ansvar de har, og den betydningen det har for god sakkyndigfunksjon overfor retten og partene. Bidrag til fagplaner gis som hittil av de ulike akademiske rettsmedisinske fagmiljøene med all mulighet for innspill fra Norsk Rettsmedisinsk Forening og andre.

Ansvaret for videreutdanning på C-nivå skal fortsatt ligge under Sosial- og helsedepartementet/Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet på den faglige siden, og under Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet på den akademiske/forskningsmessige siden. Dette gjelder også ved en eventuell opprettelse av spesialitet i rettsmedisin. I minst like stor grad som for utdannelsen på A-nivå, bør fagmiljøene og i enda sterkere grad Norsk Rettsmedisinsk Forening, ta et ansvar for at det finnes et ansvarlig opplegg for

utvikling av spesialkompetanse. Modell I forutsetter at det, som tidligere, er en direkte dialog mellom fagmiljøene og tjenestebruker (Justisdepartementet) dersom fortsatt tjenesteytelse innen et område – eller tjenesteyting innen et nytt fagfelt – avhenger av ressurskrevende tiltak (utdannelsestillinger, investeringer, mv.).

Ansvar for gjennomføringen av sakkyndigutdanning på B-nivå tillegges Justisdepartementet (evt. ny domsoladministrasjon). Innholdet i utdannelsen utvikles i et samarbeid mellom tjenestebruker (Justisdepartementet/ny domstoladministrasjon) og tjenesteyter (fagmiljøene/Norsk Rettsmedisinsk Forening).

D. Finansiering av rettsmedisinske tjenester

De rettsmedisinske tjenestene skal etter alle modellene finansieres ved at rekvirenten (retten, partene) betaler tjenesteyter (den sakkyndige selv/institusjonen der den sakkyndige arbeider) det den enkelte tjenesten koster. Prisen må derfor inkludere både faste og variable kostnader, herunder omkostninger til forskning og utvikling direkte relatert til tjenesteytingen ("dansk modell", jf. pkt. 5.2.1.1.2 og vedlegg 7). Kostnadsberegningen må foregå i samarbeid mellom representanter for tjenesteyterne og de sentrale myndigheter, på samme måte som ved betaling av andre tjenester fra helsevesenet. Prisen må også gjenspeile om tjenesten skal kunne ytes som øyeblikkelig hjelp (f.eks. sakkyndig likundersøkelse) eller etter en viss ventetid (f.eks. rettspsykiatrisk bistand), idet kostnader ved eventuell beredskap må inkluderes.

Dersom tjenesteytingen skjer i en offentlig institusjon (f.eks. en rettsmedisinsk avdeling på et sykehus eller et universitetsinstitutt) må det sikres at finansieringen av tjenesteytingen går mest mulig direkte – og upåvirket av institusjonens økonomi for øvrig – til den rettsmedisinske virksomheten.

En slik stykkprisbasert finansieringsmodell forhindrer ikke at det i mange sammenhenger kan etableres eller videreføres en delt betaling, ved at tjenesteyter dels får en rammebevilgning (f.eks. over Justisdepartementets budsjett) basert på prognoser for tjenestebruk, mens de resterende kostnadene betales direkte av rekvirenten (retten, politidistriktet) ved kjøp av tjenesten. En slik deling kan bidra til stabilitet og forutsigbarhet for begge parter. Det vil dessuten kunne motvirke at rettsmedisinske tjenester som er nødvendige av rettssikkerhetsmessige grunner, blir salderingspost i lokale politidistrikter. For å motvirke overforbruk, bør imidlertid tjenesten også ha en pris for lokal rekvirent.

Utvalget viser til beskrivelsen i pkt. 8.2.2.2 om forholdene for rettspatologi. Justisdepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet forutsettes etter alle modellene å foreta en gjennomgang og opprydding i finansieringen av disse tjenestene.

E. Organisering av tjenesteproduksjonen

Rettsmedisinske servicetilbud skal fortsatt vokse frem som et produkt av forsknings- og utviklingsarbeid i grunninstitusjonene (helsevesenet, universitetene, høyskolene, de rettsmedisinske institusjonene og hos private "entre-

prenører”). Tjenesteytingen (sakkyndigoppdragene) skal foregå som tidligere, det vil si ved direkte kontakt mellom oppdragsgiver (retten, partene) og den sakkyndige, eventuelt tjenesteytende avdeling/institutt.

F. Retningslinjer for internkontroll

Felles for alle modellene er at produsentene av de rettsmedisinske tjenestene selv har ansvaret for kvaliteten av sine produkt, og for kvalitetssikringen og dokumentasjon av denne, jf. [\(Link til \)](#) kapittel 9. Tilsynsmyndigheten blir etter modell I fortsatt Fylkeslegen og Statens helsetilsyn. Kvaliteten på tjenestene skal holde de mål rekvirenten krever. For laboratorieanalyser skal det i alminnelighet kreves at laboratoriet er akkreditert for de aktuelle analysene. Tjenesten skal for øvrig utføres i henhold til krav eller retningslinjer lagt av nasjonale eller internasjonale fagmiljø – eller av rekvirenten selv.

G. Ekstern kvalitetssikring

DRK fortsetter – uavhengig av modellvalg – sin virksomhet med ekstern kvalitetssikring av de erklæringene som skal kvalitetssikres i henhold til strpl. § 147, jf. [\(Link til \)](#) kapittel 12.

H. Erfaringstilbakeføring

Etter modell I foreslås ikke at egne administrative organer skal ha ansvar for erfaringstilbakeføring fra sakkyndigarbeid til rekvirent, sakkyndige, helsevesenet og samfunnet for øvrig. For øvrig hører statistiske data fra DRKs virksomhet med ekstern kvalitetssikring inn under DRKs oppgaveområde.

I. Økonomiske konsekvenser

Modellen forutsetter økte kostnader ved utvikling og gjennomføring av utdanning på B-nivå, til oppbygging av rettspatologien og til økt kvalitetssikringsarbeid hos produsentene, herunder akkreditering. Som det fremgår under pkt. 14.3.2 I og 14.3.3 I er imidlertid alle disse økte kostnadene felles for modellene.

14.3.2 Modell II: Styrking av Den rettsmedisinske kommisjon og formalisering av helsevesenets ansvar

Modellene II og III er basert på en felles oppfatning av hvordan rettsmedisinsk tjenesteproduksjon skal organiseres og finansieres. Modellene karakteriseres ved en styrking og utbygging av dagens administrative og faglige linjer i helsetjenesten, for å oppnå en mer tilfredsstillende organisering og kvalitet både for produksjon og eksternkontroll av rettsmedisinske tjenester.

Modellene har tatt utgangspunkt i at ansvaret for å yte helsetjenester for det alt vesentlige er fordelt på kommuner (primærhelsetjenesten) og fylkeskommuner (spesialisthelsetjenesten). Innenfor spesialisthelsetjenesten er det en utstrakt tendens til regionalisert spesialisering, styring og organisering. Modellene har som premiss at produksjon av rettsmedisinske tjenester bør være et ansvar for helsevesenet på linje med andre helsetjenester, men at ulike

universitetsinstitutt kan etablere egne enheter for produksjon av rettsmedisinske tjenester.

Utvalget legger til grunn at rettsmedisinske tjenester for det vesentlige hører inn under spesialisthelsetjenesten. Undersøkelser av ofre for vold og andre overgrep vil likevel i en del tilfeller måtte gjøres akutt av primærhelsetjenesten i de fleste kommuner. Etter både modell II og III skal helseregionene i samarbeid med universitetene få ansvar for å kunne tilby rettsmedisinske tjenester. Enkelte tjenester bør finnes i alle fylker, andre i den enkelte region, og noen vil det være mest hensiktsmessig å utbygge ett eller to steder i landet med riksdekkende ansvar.

Modell II innebærer, til forskjell fra modell III, en utvidelse av Den rettsmedisinske kommisjons oppgaver. Kommisjonens kjerneoppgaver skal fortsatt være å foreta eksternkontroll av rettsmedisinske sakkyndigerklæringer, se [\(Link til \)](#) kapittel 12. I tillegg foreslås at kommisjonen får servicemessige oppgaver overfor brukerne av rettsmedisinske tjenester utover det som er praksis i dag. Blant annet foreslås at DRK skal opprette og føre register over rettsmedisinsk sakkyndige i inn- og utland og deres kvalifikasjoner. Videre bør DRK dokumentere bruken av rettsmedisinske tjenester utover det som årsmeldingene i dag gjør. Etter modell II skal også kommisjonen ha ansvar for å arrangere B-kurs for potensielle sakkyndige.

A. Oversikt over kvalifiserte sakkyndige

Felles for alle modellene er at rekvirenten selv har ansvaret for valget av sakkyndige, og at han fritt skal kunne velge de(n) sakkyndige han ønsker.

Dersom rettsmedisinsk tjenesteytelse blir en del av helseinstitusjonenes virksomhet, se pkt. E, vil det bli lettere for rekvirenten å henvende seg til en nærliggende institusjon og derfra bli henvist til rettsmedisinsk sakkyndige som vil påta seg oppdrag.

Ønsker rekvirenten sakkyndige fra ulike medisinske miljøer eller sakkyndige med en spesiell spisskompetanse, vil han etter modell II kunne henvende seg til DRK for å få en oversikt over nasjonale og internasjonale eksperter. Det foreslås at DRK oppretter et register over rettsmedisinsk sakkyndige brukt i retten med deres kvalifikasjoner på A-, B- og C-nivå, og slik at rekvirenter kan få oversikter over kvalifiserte personer. DRK bør også inkludere i registeret sakkyndige i andre land (Norden, EU) som kan være aktuelle for norsk strafferettspleie. Kommisjonen skal kun gi opplysninger om den formelle kompetansen (ABC-nivå), og ikke gi råd om hvilken sakkyndig rekvirenten bør velge.

B. Veiledning med hensyn til utformingen av mandat

Det vises til fremstillingen under modell I (pkt. 14.3.1 B).

Den rettsmedisinske kommisjon forutsettes etter modell II på forespørsel å kunne gi generelle råd om hvordan mandat kan utformes, spesielt med tanke på å klargjøre hva som kan ligge innenfor en sakkyndigkompetanse. Dette vil f.eks. være aktuelt i situasjoner der rekvirenten ikke har oversikt over det aktuelle medisinskfaglige kompetanseområde.

C. Utdannelse av sakkyndige

Det vises til fremstillingen under modell I (pkt. 14.3.1 C) når det gjelder utdanning på nivå A og C.

Det nyopprettede kurset på nivå B foreslås etter modell II administrert av DRK.

D. Finansiering av rettsmedisinske tjenester

Alle modellene forutsetter at rekvirenten betaler priser som avspeiler produksjonskostnadene for institusjonene (se pkt. 14.3.1 D). Dette innebærer kostnader til avlønning av de sakkyndige (innenfor arbeidstid eller som overtid), investering i kunnskapsoppbygging, lokaler og hjelpepersonale. Utvalget antar at prisene for rettsmedisinske tjenester vil utvikle seg til å ligne de danske priser (se vedlegg 7). Det vil for eksempel si en sannsynlig større økning i prisene for rettslige obduksjoner, mens prisleiet for rettspsykiatriske undersøkelser ikke vil endres betydelig. Utvalget antar at det vil kreve omfattende budsjetteringsarbeide og forhandlinger før institusjoner, sakkyndige og rekvirentene er kommet til enighet om priser. Det fremtidige eierskap for sykehusene vil også kunne påvirke hvordan de rettsmedisinske tjenester blir budsjettet.

Det er viktig så snart som mulig å bedre organisasjonsstrukturen for rettsmedisinsk tjenesteproduksjon, se pkt. E. Det vil ta for lang tid å bygge opp et bedre produksjonsapparat hvis dette kun skal finansieres ved salg av tjenester. Det er derfor etter flertallets syn behov for en prosjektperiode hvor det foregår en målrettet stimulering av de institusjoner som velger å bygge ut kompetanse og service innen rettsmedisin, se pkt. 14.4.1.

Modell II og III forutsetter investeringer i de institusjoner som skal produsere rettsmedisinske tjenester. I dag er det behov for kvalifisering av personell, investering i utstyr og etablering av kontorrutiner for at kapasiteten og kompetansen innen rettsmedisin skal bli tilstrekkelig utbygget. Selv om salg av tjenester skal dekke løpende driftsutgifter og utvikling av ny kompetanse, vil det likevel være behov for en innledende ressursinvestering for å få et vel fungerende tilbud innen dette feltet. Et stimuleringsprogram i en prosjektperiode over for eksempel seks år, med målrettede investeringer, vil sette institusjoner i stand til å etablere et produksjonsapparat som senere kan være selvfinansierende.

Stimuleringsprogrammet bør omfatte lønnsmidler til åremåls fordypningsstillinger for at personell kan oppnå spisskompetanse på C-nivå. Dette vil gjelde flere faggrupper, både tradisjonelle rettsmedisinere/patologer, spesialister i klinisk kjemi eller biologer og annen laboratoriekompetanse, samt psykiatere/psykologer. Det må tillates fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling å opprette nye stillingshemler for leger i eksisterende institusjoner for at man skal få tilstrekkelig kapasitet. Det vil også være behov for investeringer i materiell, spesielt innen laboratiemedisin.

Det bør bevilges øremerkede midler sentralt til aktuelle institusjoner. Dette vil være et nødvendig incitament for at institusjoner skal påta seg oppgaver de hittil ikke har hatt på sin virksomhetsplan. Dette innebærer at virk-

somhet som i dag drives på privat basis, delvis som tillegg til hovedstilling, i stor grad flyttes inn i institusjonene.

Utvalgets mindretall (medlemmet Sandsberg) deler flertallets oppfatning av behovet for en mer tilfredsstillende organisering og kvalitet både for produksjon og eksternkontroll av rettsmedisinske tjenester. Dette er også bakgrunnen for at dette medlem gir sin støtte til modell II. Etter dette medlems oppfatning må imidlertid det sentrale i første omgang være å få de rettsmedisinske tjenestene bedre integrert i helsetjenesten, og få fornuftige finansieringsordninger på plass. Først når en har funnet en egnet organisasjonsform vil en kunne se hvorvidt det er behov for særskilte stimuleringsmidler til denne virksomheten, og på hvilken måte en slik stimuleringspakke kan anvendes på beste måte for helsetjenesten generelt, og den rettsmedisinske virksomhet spesielt.

E. Organisering av den rettsmedisinske tjenesteproduksjonen

Modell II og III forutsetter at den rettsmedisinske tjenesteproduksjonen blir en bedre integrert del av den øvrige spesialisthelsetjenesten og samordnet med denne. Dette vil innebære at ulike helseinstitusjoner eller universitetsenheter vil ha rettsmedisinske tjenester på sin virksomhetsplan, og at rekvisenten vil kunne henvende seg til disse institusjonene og få tilbud om tjenester ved behov. Hittil har det vært enkeltpersoner som har påtatt seg ansvaret for produksjon av tjenestene (bortsett fra de rettsmedisinske laboratoriene: Statens rettsstoksikologiske institutt, samt farskapseksjonen og sporseksjonen ved Rettsmedisinsk institutt). Den rettsmedisinske tjenesteproduksjonen har delvis foregått i forståelse med hovedarbeidsgiver på institusjonen, men i spesialistens fritid/overtid (rettsmedisinske likåpninger), delvis helt uten tilknytning til et fagmiljø, det vil si kun i spesialistens privatpraksis (rettspsykiatri).

Det nye med modell II og III er at institusjonene blir de ansvarlige planleggere og tilretteleggere av tjenestene. Dette er imidlertid ikke til hinder for at det fortsatt er den enkelte spesialist som oppnevnes som sakkyndig for retten.

Modellene forutsetter at fagmiljøer som i dag eksisterer innen rettsmedisin, laboratoriefag og rettspsykiatri, innarbeider rettsmedisinsk tjenesteyting i sine virksomhetsplaner og budsjetter.

Det kan dreie seg om utvikling av kompetanse, opprettelse av stillinger for spesialister, teknikere og merkantilt personale, samt utvidelse av kontorlokaler og investering i utstyr. Dette er i dag allerede gjort for deler av rettsmedisinsk virksomhet (de rettsgenetiske seksjonene ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo). Det er imidlertid ikke gjort innen obduksjonsvirksomhet eller rettspsykiatri. I kommunehelsetjenesten vil det dreie seg om å investere i kvalifisering av primærhelsetjenesten til å håndtere voldsofre, ikke bare behandlingsmessig korrekt, men også når det gjelder dokumentasjon av skader.

Etter modell II og III understrekes betydningen av at slike investeringer skjer i allerede eksisterende fagmiljøer. Det skal likevel kunne være mulig for fagmiljøer som ennå ikke har utviklet relevant kompetanse å utvikle slik finansiert ved salg av tjenester. Dersom man skulle opprette nye produksjonsenheter med kun rettsmedisinske oppgaver parallelt med eksisterende fagmiljøer, ville det i Norge bli meget små enheter. Når fagmiljøer organiserer den

rettsmedisinske tjenesteproduksjonen, vil rettsmedisinsk kompetanse også befrukte den øvrige virksomhet ved institusjonen. Dette er kanskje spesielt tydelig innen rettspsykiatri der klinisk psykiatri og rettspsykiatri utfyller hverandre faglig. Men også innen andre kliniske enheter vil det være velkomment med rettsmedisinsk kompetanse, for eksempel i traumatologien.

F. Retningslinjer for internkontroll

Det vises til fremstillingen under modell I (pkt. 14.3.1 F).

Dersom institusjonene ønsker råd om spesielle forhold vedrørende rettsmedisinske problemstillinger, vil etter modell II DRK kunne bidra med slike.

G. Ekstern kvalitetssikring

Det vises til fremstillingen under modell I (pkt. 14.3.1 G) jf. [\(Link til\)](#) kapittel 12.

H. Erfaringstilbakeføring

De institusjoner som produserer rettsmedisinske tjenester vil naturligvis være sentrale i forskning, spesielt innen rettsmedisin, men også i hvordan rettsmedisinsk forskning kan anvendes i andre deler av medisinen.

DRK bør utvikle et arkiv som kan være grunnlag for forskning på riksdekkende data, og være tilgjengelig for eksterne forskere. I tillegg må DRK utvikle statistikk som gir oversikt over forbruk av rettsmedisinske tjenester på landsbasis, i ulike distrikt og vedrørende ulike straffbare forhold.

DRK bør også utvikle statistikk på grunnlag av de innsendte erklæringene og oversikter over sakkyndige og deres kvalifikasjoner, slik at de ulike instanser kan få en tilbakemelding om deres del av virksomheten. Dette vil spesielt være viktig for Sosial- og helsedepartementet som vil være faglig ansvarlig på produsentsiden, og som i det daglige vel har liten kontakt med de rettsmedisinske problemstillingene.

Som del av modell II foreslås også opprettet et samarbeidsforum mellom involverte instanser: Sosial- og helsedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Justisdepartementet, Riksadvokaten og produsenter av rettsmedisinske tjenester. DRK må spille en proaktiv rolle som koordinator. Det er viktig å få en god informasjonsflyt mellom de ulike interessenter. Samarbeidsorganet bør presenteres status for rettsmedisin ved analyser av utdanningskapasiteten og –nivået, volum og prising av tjenester, forbruk av rettsmedisinske tjenester i ulike politidistrikter og andre problemer som kan dukke opp. Dermed kan skjevheter avdekkes.

I. Økonomiske konsekvenser

Det vises til fremstillingen under modell I (pkt. 14.3.1 I) når det gjelder kostnadene ved produksjon av rettsmedisinske tjenester.

Modell II forutsetter en styrking av DRKs sekretariat for å samle servicefunksjoner som nevnt under punktene A, B, F og H ovenfor, samt etablering av B-kurs (pkt. C ovenfor). Noe avhengig av hvordan DRKs sekretariat blir

øket for å bedre eksterntkontrollen, vil det dreie seg om ytterligere 1–2 stillinger med dertil hørende kontorplass mv.

Stimuleringspakken på 6 år (omtalt under punkt D) forutsettes å ha en viss størrelse. Det bør dreie seg om lønnsmidler til opptil 15 fordypningsstillinger (ca. 10 mill kroner i året) for å dekke flere fagfelt og regioner. Etter stimuleringsperioden forutsettes de nyopprettede stillingene å være selvfinansierende ved salg av rettsmedisinske tjenester. Behov for laboratorieinvesteringer og annen investering må institusjonene selv beregne. Sosial- og helsedepartementet må i dialog med institusjonene styre innsatsen slik at det ikke blir foretatt overinvesteringer.

Det foreslåtte samarbeidsforumet forutsettes ikke å medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for de involverte. DRK vil, i rollen som koordinator, kunne få noe merarbeid med dette, men neppe av vesentlig omfang.

14.3.3 Modell III: Sentral rettsmedisinsk instans: Kontoret for rettsmedisin

Hovedtanken bak modell III er å samordne ansvaret for oppfølging av en del av de ulike tiltakene som er beskrevet i modell I og II i en egen instans, samtidig som man unngår å gi DRK andre oppgaver enn den eksterne kvalitetssikringen. En slik instans kan legges under Justisdepartementet (eventuelt en ny domstoladministrasjon), Sosial- og helsedepartementet, eller organiseres som et helt frittstående og nøytralt organ, f.eks. en stiftelse.

Det siste er nylig foreslått for forsikringsoppgjør ved personskade av legeforsikringsutvalget, jf. NOU 2000:23 "Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger" pkt. 13.10.1.9.2. Utvalget har der for det første foreslått en nøytral oppnevningssinstans som skal bistå partene i forsikringssaker både med oppnevning av sakkyndige og utforming av mandat. Legeforsikringsutvalget mener en slik instans best organiseres som en stiftelse med et offentlig oppnevnt styre, og ser det som naturlig at Sosial- og helsedepartementet tar et initiativ for å få etablert en slik ordning. Videre foreslår utvalget et tredjepartsorgan som skal være en uavhengig kvalitetssikringsinstans, jf. pkt. 13.10.2.4. Forslaget bygger på et tidligere forslag fra Justisdepartementet, og det vises også her til at Sosial- og helsedepartementet bør ta et initiativ for å finne en hensiktsmessig organisasjonsform.

De medlemmer som støtter opprettelsen av en sentral instans for rettsmedisin har vurdert om en organisasjonsmessig tilknytning til Sosial- og helsedepartementet eller til Justisdepartementet vil være det mest formålstjenlige. En stiftelse som foreslått for sivile saker synes lite forenlig med det offentlige ansvar både for straffesaksavviklingen og for produksjon av og kontroll med rettsmedisinske tjenester. Plasseringsspørsmålet er drøftet nærmere i pkt. 14.4.4.3, og alle medlemmene som støtter modell III går der inn for at den sentrale instans for rettsmedisin legges under Sosial- og helsedepartementet.

Den sentrale instans – Kontoret for rettsmedisin – foreslås på denne bakgrunn organisert som et eget kontor under Sosial- og helsedepartementet. Kontoret vil kunne gis et samordnende ansvar for rettsmedisinsk servicevirksomhet i Norge og bli et stimuleringssenter og en kunnskapsbase for rettsmedisin.

Kontorets oppgaver og nærmere utforming vil bli presentert i tilknytning til de omforente tiltak som det er redegjort for foran under pkt. 14.2.

A. Oversikt over kvalifiserte sakkyndige

Felles for alle modellene er at rekvirenten selv har ansvaret for valget av sakkyndige, og at han fritt skal kunne velge de(n) sakkyndige han ønsker.

Etter modell III vil Kontoret for rettsmedisin – og ikke DRK som etter modell II – ha ansvaret for å etablere oversikter over kompetente sakkyndige på de ulike rettsmedisinske fagfelt. Slike oversikter vil kunne erstatte dagens ordning med faste sakkyndige. Oversikten bør inneholde angivelse av den enkeltes utdanning, erfaring mv. Oversikten bør utarbeides i nært samarbeid med sekretariatet for Den rettsmedisinske kommisjon, som for sin del vil føre et register over hvem som har hatt oppdrag som er vurdert av kommisjonen.

Kontoret for rettsmedisin vil på bakgrunn av disse oversiktene kunne besvare henvendelser fra både politi og påtalemyndighet, forsvarer og eventuelt retten, når det skal oppnevnes sakkyndige. Kontoret vil ved slike henvendelser både kunne gi opplysninger om hvem som er aktuelle sakkyndige på de ulike fagfelt, samt gi råd om hvem som konkret bør oppnevnes for bl.a. å unngå habilitetsproblemer. Kontoret bør imidlertid være tilbakeholden med vurderinger, for eksempel av de ulike sakkyndiges kompetanse, som kan gripe inn i rettens frie valg av sakkyndige.

Det vil i det alt vesentlige være de samme personer som vil kunne ta oppdrag som rettsmedisinsk sakkyndig i straffesaker og som vil stå oppført i den "pool" som forutsettes opprettet og administrert av oppnevningsinstansen for sivile saker, jf. NOU 2000:23 pkt. 13.10.1.9.1. Det bør på denne bakgrunn vurderes om det er aktuelt at et kontor for rettsmedisin også kan svare på henvendelser fra partene i sivile saker.

B. Veiledning med hensyn til utforming av mandat

Utforming av mandat skal også etter modell III primært være rekvirentens ansvar. Som nevnt foran under pkt. 11.5, vil det imidlertid kunne være behov for veiledning med hensyn til hva en sakkyndig kan og bør uttale seg om, både generelt og i forhold til den konkrete sak. Den valgte sakkyndige vil kunne forespørres og uttale seg om dette. Etter modell III vil dessuten et kontor for rettsmedisin kunne ivareta dette behov for veiledning i stedet for DRK (sml. modell II). Ved henvendelse fra partene eller retten vil kontoret både generelt og konkret kunne gi råd om utforming av mandater. Det kan også være aktuelt å utarbeide standardmandater på enkelte områder, jf. NOU 2000:23.

Gjennom Den rettsmedisinske kommisjons uttalelser i enkeltsaker vil Kontoret for rettsmedisin ved mandatutformingen kunne ta hensyn til de signaler kommisjonen gir.

C. Utdanning av sakkyndige

Etter modell III foreslås at Kontoret for rettsmedisin gis et samordnet ansvar for at utdanning innen rettsmedisin blir tilstrekkelig prioritert på de ulike nivåer.

Også etter denne modellen skal ansvaret for grunnutdannelsen (A-nivå) fortsatt primært ligge hos utdannelse sin stit usjonene selv, jf. modell I og II. Kontoret vil imidlertid kunne bidra ved utforming av fagplaner og være en pådriver i å styrke undervisningen innen det medisinske embetsstudiet. Dette

vil naturlig måtte skje i nært samarbeid med institusjonene selv og de ulike akademiske rettsmedisinske fagmiljøer, eventuelt også Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Videre vil et kontor for rettsmedisin kunne samarbeide med de berørte instanser, jf. omtalen av modell I, for å fremme videreutdannelsen i de ulike rettsmedisinske disipliner (C-nivå). Kontoret vil med en tilknytning til Sosial- og helsedepartementet lettere kunne påvirke både utforming og kapasitet innen en eventuell spesialistutdanning.

Endelig foreslås etter denne modellen at Kontoret for rettsmedisin får ansvar for å arrangere særlige kurs i sakkyndighet (B-nivå). Kontoret vil i denne forbindelse kunne stå for både opplegg og gjennomføring av kursene. Dette vil naturlig måtte skje også i et samarbeid med Justisdepartementet (eventuelt ny domstoladministrasjon). Det vil også kunne være formålstjenlig å benytte den særlige kompetanse innen Den rettsmedisinske kommisjon, selv om kommisjonen fritas for ansvaret for kursene, jf. modell II.

D. Finansiering av rettsmedisinske tjenester

De rettsmedisinske tjenestene foreslås finansiert på samme måte som etter modell II.

Et kontor for rettsmedisin vil imidlertid kunne gis ansvar for kostnadsberegningen i samarbeid med representanter for rekvirentene og tjenesteyter. Kontoret for rettsmedisin vil kunne påse at finansieringen går mest mulig direkte til den rettsmedisinske virksomheten, samt gis et særlig ansvar for en gjennomgang og opprydding i finansieringen av rettspatologisk tjenesteyting. I hvilken grad en delt betalingsmodell bør og kan videreføres på enkeltområder, vil også kunne vurderes av et kontor for rettsmedisin.

Det særskilte stimuleringsprogram som foreslås i tilknytning til både modell II og III, se pkt. 14.3.2 D, vil også kunne administreres av Kontoret for rettsmedisin.

E. Organisering av den rettsmedisinske tjenesteproduksjonen

Etter modell III vil organiseringen av tjenesteproduksjonen skje på samme måte som etter modell II. Kontoret for rettsmedisin vil imidlertid også i denne forbindelse ha en koordinerende og stimulerende funksjon. Det ansvar de ulike fagmiljøer tillegges for å innarbeide rettsmedisinsk tjenesteyting i sine virksomhetsplaner og budsjetter, bør kunne følges opp av Kontoret for rettsmedisin.

F. Retningslinjer for internkontroll

Felles for alle modellene er at produsenten av de rettsmedisinske tjenestene selv har ansvaret for kvaliteten av sine produkter, og for kvalitetssikring og dokumentasjon av denne, jf. [\(Link til\)](#) kapittel 9. Etter modell III vil Kontoret for rettsmedisin kunne bistå fylkeslegen og Helsetilsynet i deres tilsyn med at de ulike tjenesteprodusenter har tilfredsstillende rutiner for kvalitetssikring. Kontoret kan bl.a. være med på å oppstille hvilke krav tilsynet skal kunne

kreve oppfylt. Det kan også være aktuelt å delegere særskilte tilsynsoppgaver til Kontoret for rettsmedisin.

Kontoret vil kunne bistå institusjoner og enkeltpersoner i utvikling og kvalitetssikringsrutiner, og videre kunne utarbeide nærmere retningslinjer om dette. Dette gjelder bl.a. for hvordan en rettspsykiatrisk undersøkelse skal gjennomføres og hvordan erklæringer skal utformes. Slik retningslinjer vil kunne skje i tråd med de synspunktene Den rettsmedisinske kommisjon fremmer gjennom ekstern kontroll av enkeltsaker.

G. Ekstern kvalitetssikring

DRK fortsetter – uavhengig av modellvalg – sin virksomhet med ekstern kvalitetssikring av de erklæringene som skal kvalitetssikres i henhold til strpl. § 147, jf. [\(Link til \)](#) kapittel 12.

Kommisjonens arbeidsoppgaver vil imidlertid være mindre etter modell III enn etter modell I og II, idet en del funksjoner nevnt under pkt. A, B, C og H i dette kapittel i stedet legges til et kontor for rettsmedisin.

H. Erfaringstilbakeføring

Kontoret for rettsmedisin vil ha som en av sine oppgaver å etablere et sentralt arkiv for rettsmedisin. Et slikt arkiv vil måtte basere seg på kontorets egen rådgivning og Den rettsmedisinske kommisjons virksomhet. Det må således etableres rutiner for arkivering i samarbeid med DRKs sekretariat.

Et sentralt kontor for rettsmedisin vil også kunne tillegges oppgaver med hensyn til bruk av den kunnskap et slikt arkiv vil inneholde. Dette vil kunne skje ved ulike former for informasjonsvirksomhet overfor dem som produserer rettsmedisinske tjenester. Det vil også kunne skje gjennom å stille materialet til disposisjon for forskning og for det alminnelige helsevesens bruk, bl.a. i forebyggingsarbeid.

I. Økonomiske konsekvenser

Det vises til fremstillingen under modell II (pkt. 14.3.2 I) når det gjelder kostnadene ved produksjon av rettsmedisinske tjenester.

Et sentralt kontor for rettsmedisin under Sosial- og helsedepartementet vil med de oppgaver som er nevnt ovenfor måtte tilføres de nødvendige ressurser for å kunne fungere i tråd med målsettingen. Det antas at kontoret bør bemannes med minimum fire personer. Ettersom kontoret først og fremst skal tillegges administrative oppgaver, vil det verken være nødvendig eller ønskelig at de ansatte har sin primærkompetanse innen rettsmedisinske fag. Kontoret bør likevel ledes av noen med solid helsefaglig kompetanse. En eller flere bør ha erfaring innen helseadministrasjon og særlig god kjennskap til rettsmedisinsk tjenesteproduksjon. I tillegg bør kontoret naturlig nok ha tilstrekkelig kontorfaglig personale for å ivareta servicefunksjoner, kursopplegg, arkivføring mv. Utover disse antydninger antas det at de oppgaver kontoret eventuelt gis vil gi tilstrekkelig grunnlag for stillingsbeskrivelse og dermed krav til dem som skal ansettes.

På den annen side vil det ikke etter denne modellen være behov for den samme ressurstilgang til DRK som etter modell II. Samlet antas det derfor at de økonomiske tilleggskonsekvensene ved modell III sammenlignet med modell II, vil være 1–3 stillinger.

14.4 Vurdering av modellene

14.4.1 Utvalgets enstemmige forslag

Utvalget går enstemmig inn for flere forslag til endringer for å styrke rettsmedisinsk virksomhet og kontroll i straffesaker. Flere av disse forslagene er også uavhengig av hvilken organisasjonsmodell som velges. Dette gjelder blant annet ønsket om å styrke den systematiske interne kvalitetssikring (se pkt. 11.6), styrking av Den rettsmedisinske kommisjon (se pkt. 12.5), styrking av utdannelsen i rettsmedisinske fag og innen sakkyndighet (se [\(Link til\)](#) kapittel 13), og en opprydning i organiseringen og finansieringen av rettspatologiske tjenester (se pkt. 14.3.1 D).

Uavhengig av modellvalg er det enighet om at det vil være ønskelig å få utarbeidet en oversikt over aktuelle sakkyndige, slik at brukerne av de rettsmedisinske tjenestene lettere kan få oversikt over aktuelle personer å velge mellom, se pkt. 11.1. Utover dette er det uenighet om hvem som skal ha ansvar for å føre denne oversikten og muligheten for rådgivning i tilknytning til valg av sakkyndige, se pkt. 14.3.1 A, 14.3.2 A og 14.3.3 A.

Utvalget går enstemmig inn for at utforming av mandat er rekvirentens primæransvar, og at nødvendig bistand primært må hentes fra den sakkyndige man har valgt, se pkt. 11.5. Etter modell II og III forutsettes i tillegg henholdsvis DRK og Kontoret for rettsmedisin å ha en veiledende rolle på dette området, se pkt. 14.3.1 B, 14.3.2 B og 14.3.3 B.

Utdannelsen i rettsmedisin må styrkes, og utvalget gir sin enstemmige tilslutning til ABC-modellen, se [\(Link til\)](#) kapittel 13. Modellvalget vil influere på hvem som foreslås å ha ansvaret for utdannelsen innen sakkyndighet (B-nivået). Utover dette er det i hovedsak enighet med hensyn til hvordan utdannelsen innen rettsmedisin bør videreutvikles på de ulike nivåer, se pkt. 14.3.1 C, 14.3.2 C og 14.3.3 C.

Utvalget er bekymret for den dårlige rekrutteringen av sakkyndige til rettsmedisinske oppdrag. Dette gjelder spesielt rettspatologi og rettspsykiatri. Utvalget tror at en vesentlig årsak til dette er at sakkyndigarbeidet bare til en viss grad har vært forankret i eksisterende institusjoner. Rettspatologien har i alle år foregått ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo og tilsvarende enheter ved de øvrige universitetene, men som de sakkyndiges private virksomhet. Rettspsykiatri har så å si utelukkende vært utført som private oppdrag i tillegg til annen hovedstilling, eller i selvstendig praksis. Det er i dag ingen tilgjengelige utdannelsesstillinger i disse fagene ved de etablerte institusjonene. For virksomheter som allerede er knyttet opp til en institusjon, (for eksempel rettstoksikologi og rettsgenetikk) har arbeidsforholdene for sakkyndige vært mer organisert og institusjonene har hatt arbeidsgiveransvaret for den sakkyndige virksomheten.

Samfunnsutviklingen gir tydelige signaler om at også medisinsk sakkyndige ikke ønsker å påta seg ekstraarbeid på fritiden og i helger i samme grad som før. Familieliv krever mer og prioriteres høyere enn før. Dersom man i fremtiden skal ha faglig kompetente sakkyndige, mener utvalget at disse nødvendigvis må få ordnede arbeidsforhold.

Utvalget ser det som det viktigste med modell II og III at produksjonen av rettsmedisinske tjenester blir integrert i et fagmiljø som tilbyr sine ansatte en forutsigbar arbeidsbelastning i tillegg til nødvendig faglig oppdatering. Utvalget mener det er meget bekymringsfullt dersom institusjonene verken skal stimuleres til eller pålegges/oppfordres til å påta seg arbeidsgiveransvaret for rettsmedisinsk virksomhet (modell I). Da er utvalget redd for at dagens rettsmedisinske miljø vil forvitte, og at nyrekruttering ikke vil finne sted.

Utvalgets flertall mener at opprettelsen av en egen spesialitet i rettsmedisin/rettspatologi vil bedre rekrutteringen til faget, se foran i pkt. 13.4.

For så vidt gjelder finansieringen av rettsmedisinske tjenester, er et enstemmig utvalg enig om at rekvirenten må betale tjenesteyter det den enkelte tjenesten reelt koster, se pkt. 14.3.1 D, 14.3.2 D og 14.3.3 D. Felles for modellene er også at det forutsettes å skje en opprydding i finansieringen av de rettspatologiske tjenestene, se pkt. 8.2.2.2. Utover dette er modellene forskjellige.

Utvalgets flertall går inn for en stimuleringspakke for å sikre en gjennomføring av de organisasjonsmessige tiltak, se pkt. 14.3.2 D. Flertallet anser dette som nødvendig for at de ulike institusjoner skal bli i stand til å påta seg nye oppgaver innen rettsmedisin. Utvalgets mindretall (Sandsberg) mener spørsmålet om behovet for – og i tilfelle anvendelsen av – stimuleringsmidler, må utstå til en egnet organisasjonsform er etablert.

Organiseringen av tjenesteproduksjonen varierer mellom modellene, se pkt. 14.3.1 E, 14.3.2 E og 14.3.3 E.

Når det gjelder styrking av det systematiske interne kvalitetssikringsarbeidet i rettsmedisinsk tjenesteproduksjon er dette nærmere omtalt i pkt. 11.6. Som nevnt foran er det felles for alle modellene at produsentene av de rettsmedisinske tjenestene skal ha ansvaret for kvaliteten av sine produkter, herunder kvalitetssikring og dokumentasjon av denne, se pkt. 14.3.1 F, 14.3.2 F og 14.3.3 F.

Et enstemmig utvalg går inn for å videreføre og styrke den eksterne kvalitetssikringen som DRK foretar av rettsmedisinske erklæringer, se pkt. 12.2 og 12.5. Etter alle modellene vil dette fortsatt være den sentrale funksjonen for DRK, se pkt. 14.3.1 G, 14.3.2 G og 14.3.3 G.

Utvalget slår enstemmig fast at situasjonen når det gjelder rettsmedisinske sakkyndigtjenester i dag ikke er tilfredsstillende. Det er på denne bakgrunn etter utvalgets oppfatning ikke en akseptabel løsning at man utfra økonomiske motiver velger modell I for fremtidig organisering av disse tjenestene. En eventuell avgjørelse om ikke å opprette et kontor for rettsmedisin må ikke føre til at engasjementet og forslagene de senere årene for å styrke rettsmedisinen i Norge har vært forgjeves. Utvalget forutsetter at det er vilje til å satse på rettsmedisin, og at det var bakgrunnen for at utvalget ble oppnevnt. Konsekvensen av dette må etter utvalgets oppfatning være at utvalgets forslag

følges opp raskt, og at man velger modell II eller modell III for organisering av den fremtidige tjenesteproduksjonen.

14.4.2 Vurdering av modell I i forhold til de krav utvalget stiller til rettsmedisinsk virksomhet og tiltak som kan iverksettes

Modell I er som det fremgår i pkt. 14.3.1 et forsøk på å beskrive hvordan dagens organisering av rettsmedisinsk tjenesteyting kan effektiviseres uten at dette medfører økt ressursbruk. Det er en minimumsmodell hvor utvalget ut fra forutsetningen i mandatet har forsøkt å få frem hva som kan gjøres om man likevel søker å ivareta noen av de tiltak som utvalget mener bør gjennomføres. Utvalget vil imidlertid i utgangspunktet enstemmig avvise at dette er en akseptabel løsning på de problemer som var bakgrunnen for at utvalget ble opprettet. Her vises det likevel til særuttalelsen fra utvalgets medlem Bjørnar Olaisen i pkt. 14.4.4.4.

Det vil for å imøtekomme de behov som er beskrevet og for å gjennomføre de tiltak som anbefales, være uomgjengelig nødvendig at det stilles økte ressurser til disposisjon. Det må settes i verk tiltak overfor selve tjenesteproduksjonen, utdannelsen, servicefunksjonen overfor domstolene og kvalitetssikringen, og disse tiltakene vil måtte medføre en økt ressurstilgang. Utvalget vil derfor understreke at modell I ikke på noen måte gir grunnlag for en tilfredsstillende kvalitetsøkning for norsk rettsmedisin.

Som nevnt under pkt. 14.3.1 F vil også modell I kunne innebære en gjennomgang og opprydning i finansieringen av den rettspatologiske tjenesteytingen. Dette vil imidlertid måtte medføre økte ressurser i en viss grad. Utvalget har dessuten kommet til at dette uansett ikke ville være tilstrekkelig for å møte de krav som må stilles til rettsmedisinsk virksomhet i fremtiden.

14.4.3 Vurdering av modell II i forhold til de krav utvalget stiller til rettsmedisinsk virksomhet og tiltak som kan iverksettes

14.4.3.1 Hovedargumenter for modell II

Utvalgets medlemmer Fossgard, Herse, Rosenqvist og Sandsberg mener at modell II er den av modellene som med de laveste omkostningene raskest kan gi den bedring av rettsmedisinske tjenester som anses nødvendig i dagens situasjon. Disse medlemmene vurderer modell I som uegnet blant annet fordi den forutsetter kontinuerlig initiativ mellom de sakkyndige personlig og rekvirenter for å bygge opp et rettsmedisinsk tjenestetilbud. Dette vil gi en tilfeldig utvikling med en uklar fremdrift. Den vil også kunne resultere i et mangelfullt tilbud med mange geografiske og organisatoriske skjevheter, se pkt. 14.4.2. Modell I vil også, i likhet med modell II og III, medføre et høyere kostnadsnivå for rekvirentene, men modell II vil i større grad enn modell I sikre at denne inntekten styres inn i offentlig virksomhet.

De nevnte medlemmene ser klare fordeler med modell III, som ivaretar større uavhengighet i en del av det modell II beskriver som DRKs serviceoppgaver. Medlemmene går likevel mot denne modellen, da de er redde for at man kun åpner for mer byråkrati og nye tjenesteveier. Disse medlemmene kan ikke se det som et alvorlig habilitetsproblem at DRK kan yte en noe større grad av service og rådgivning på forespørsel fra produsenter og rekvirenter av rettsmedisinske tjenester.

Disse utvalgsmedlemmene mener at Sosial- og helsedepartementet vil få et klart ansvar når rettsmedisin kommer inn på de regionale helseplanene og gjennom en prosjektperiode med stimuleringsmidler. Departementet bør stå fritt i hvordan stimuleringspakken og den øvrige utbyggingen av disse tjenestene innen helseplanene og universitetene administreres.

Medlemmene ser ikke bort ifra, og mener at det ikke vil være i strid med modell II, dersom Sosial- og helsedepartementet på et tidspunkt i fremtiden ønsker å organisere en enhet som spesielt skal ivareta medisinsk sakkyndighet (til bruk ved erstatningssaker, Rikstrygdeverket, voldoffererstatning, barnesaker, osv.) Det vil da kunne bli mulig å overføre for eksempel utdannelsen på B-nivå til en slik enhet. Disse utvalgsmedlemmene mener at det blir kunstig å etablere et kontor i Sosial- og helsedepartementet i dag, uavhengig av DRK, til å ivareta slike oppgaver kun i forhold til sakkyndighet i straffesaker. Medlemmene mener at DRK i dag og fremover vil sitte med den bredeste oversikt over rettsmedisinsk virksomhet og hvordan denne prinsipielt kan forbedres, og at det ville medføre unødvendig dobbeltarbeid hvis denne kompetansen skulle implementeres i et nytt kontor. Disse medlemmene er også sterkt i tvil om det vil være mulig å rekruttere uavhengige fagfolk både til produksjon av rettsmedisinske tjenester, ekstern kvalitetssikring (DRK) og til serviceoppgaver (et kontor for rettsmedisin i Sosial- og helsedepartementet).

Nedenfor diskuteres nærmere hvordan de krav utvalget stiller til rettsmedisinsk virksomhet (pkt. 14.1) vil bli ivaretatt etter modell II.

14.4.3.2 Upartiske sakkyndige.

Det er sentralt for alle rettens aktører at sakkyndige er upartiske og at det ikke kan stilles spørsmål ved deres faglige integritet. Utvalget mener at den tradisjon man har i Norge, hvor retten og ikke partene oppnevner sakkyndige, er den viktigste faktor for slik upartiskhet. Det er også sentralt at partene *kan* engasjere egne sakkyndige.

Modell II forutsetter at rekvirenten blir henvist til en eller flere sakkyndige ved henvendelse til den lokale/regionale institusjon, men kan også velge en annen institusjon hvis man finner det mer hensiktsmessig. Rekvirenten kan også kontakte DRK for å få en oversikt over mulige sakkyndige og deres formelle kvalifikasjoner.

Etter modell II vil regelen være at de sakkyndige er ansatt i en hovedstilling eller bistilling i en offentlig institusjon og påtar seg sakkyndigoppdrag som ledd i sin stilling, enten innenfor eller utenfor vanlig arbeidstid etter avtale med arbeidsgiver. Dette vil medføre at de sakkyndige ikke har en vesentlig økonomisk interesse i å påta seg sakkyndigoppdrag.

14.4.3.3 Tilfredsstillende faglig kompetanse på nødvendige fagområder

Modell II forutsetter at rettsmedisinsk arbeid blir forankret i eksisterende fagmiljøer, fortrinnsvis på regionsykehusnivå eller på universitetsnivå, selv om enkelte tjenester vil kunne produseres på lavere nivå eller ved en riksenhet. Modellen legger opp til en finansiering av tjenestene som skal medføre at institusjonene investerer inntekter av rettsmedisinsk arbeid i videre kompet-

anseoppbygging. Institusjonene må kunne vise til virksomhetsplaner der kompetanseoppbygging og investering i nødvendig utstyr inngår. Der det er mulig må institusjonen sørge for at analyser blir akkreditert, at sakkyndige blir autorisert/sertifisert (nivå A, B og C) og at det innføres interne kvalitetssikringsrutiner for rettsmedisinsk arbeide og håndtering av materiale.

Stimuleringspakken som er foreslått under modell II vil kunne gi en rask investering i kompetanse og utstyr, noe utvalgets flertall mener er sterkt ønskelig.

I de rettsmedisinske erklæringene bør det alltid være en oversikt over hvilke metoder som er brukt, hvilke godkjennelsesordninger som er fulgt og hvilken kompetanse de sakkyndige har og hvilket faglig miljø han/hun er knyttet til. Selvstendig praktiserende sakkyndige vil naturligvis kunne ha en betydelig kompetanse på sitt felt, men det kan være mer betryggende å vite at sakkyndigvirksomheten er forankret i en institusjon som også hefter for kvaliteten i det utførte arbeidet.

DRK vil kunne utarbeide en oversikt over norske sakkyndiges formelle kompetanse, og supplere dette med informasjon om utenlandske sakkyndige som har vært benyttet i norske saker. DRK vil også kunne bistå med oversikt over enkelte sentrale fagfolk utenfor Norge i tillegg til den informasjon de sakkyndige selv vil kunne gi rekvirenten. Dette vil være informasjon som går utover det som man kan finne i Helsepersonellregisteret når dette blir iverksatt.

14.4.3.4 Best mulig kvalitet på undersøkelsene

Det som er anført ovenfor vedrørende den faglige kompetanse, vil også gjelde kvaliteten på arbeidet.

14.4.3.5 Tilstrekkelig rask undersøkelse og svar

Når institusjonene påtar seg ansvaret for produksjon av tjenester, innebærer dette at tjenesten må spesifiseres, herunder hvor snart tjenesten kan ytes.

Institusjonene må ha ansvar for en beredskap, når det gjelder rettspatologi, en døgnberedskap. Rekvirenten vil naturligvis alltid ønske seg raskest mulig svar, men må være klar over at beredskap koster. Man kan tenke seg at tjenester prises ulikt dersom tjenesten forlanges utført umiddelbart, enn etter en ventetid. Rekvirenten kan da anmode om at en laboratorieanalyse utføres i helgen i stedet for å vente på ordinær "kjøring" som for eksempel kan være hver onsdag, men må da betale meromkostninger.

Et samlet utvalg mener at det å formalisere institusjonenes ansvar vil medføre at rekvirenter som mener servicen ikke er tilgjengelig i tilstrekkelig grad, vil kunne henvende seg til de respektive institusjoner og institusjonseiere med sine krav. I følge modell I vil rekvirenten måtte henvende seg til de sakkyndige direkte, men utvalget mener at rekvirenten er best tjent med å henvende seg til institusjonseier.

14.4.3.6 Mulighet for "second opinion"

Når flere institusjoner står ansvarlig for produksjon av rettsmedisinske tjenester, vil det alltid være mulighet for en alternativ sakkyndig, bortsett fra undersøkelser som må gjøres der og da (for eksempel åstedsundersøkelser). Det vil eventuelt være økonomiske eller tidsmessige vurderinger fra rekvirent som vil hindre slike undersøkelser.

Dersom analyser skal gjøres ved ulike laboratorier, forutsetter det at det lagres biologisk materiale eller annet for videre undersøkelser. Institusjonenes internkontrollrutiner må beskrive hvordan slikt materiale skal håndteres, og rekvirenten kan eventuelt sette sine krav.

Det vil være undersøkelser/laboratorieanalyser som bare gjøres ved en riksdekkende institusjon. Man vil da måtte gå til utlandet for en kontrollundersøkelse.

14.4.3.7 Rettsenhet i landet

DRK vil etter alle modellene fortsatt forestå den eksterne kvalitetssikring. Når de sakkyndige redegjør for sine kvalifikasjoner og internkontrollrutiner, og dette er åpent for kritisk vurdering både av fagfeltet (for eksempel gjennom vitenskapelig arbeide/konferanser), de faglige tilsynsmyndighetene (Sosial- og helsedepartementet og ytre etater) og rettens aktører, bør den rettsmedisinske sakkyndighet i stor grad være kvalitetssikret. Dette gir mulighet til å gi ensartet service i hele landet med utgangspunkt i et felles faglig miljø, hvor det naturligvis også kan herske ulike oppfatninger av enkelte saker. Muligheten for "second opinion" vil imidlertid ta hensyn til dette.

14.4.3.8 Kostnadseffektivitet

Alle modellene forutsetter at rekvirenten dekker reelle kostnader i forbindelse med produksjon av rettsmedisinske tjenester, og at institusjonene som tjenestetprodusenter beskriver sine tjenester. Begge instanser skulle da være interessert i størst mulig kostnadseffektivitet.

Det vil imidlertid være enkelte stordriftsfordeler man går glipp av ved å ha flere institusjoner som produserer de samme tjenester. Det bør allikevel tilstrebes at de fleste rettsmedisinske sakkyndigoppdrag kan utføres ved ulike institusjoner, slik at man får en mulighet for "second opinion". Også faglig er det viktig at ulike institusjoner "kikker hverandre i kortene". Vårt langstrakte land tilsier også at undersøkelser, spesielt av levende mennesker, må kunne utføres flere steder.

Dette tilsier at rekvirenten må være villig til å betale den pris det koster å opprettholde et delvis desentralisert institusjonsbilde. Man kan argumentere for at det kun burde være *en* enhet som utførte rettsmedisinske oppdrag i Norge, at man derved ville kunne få de mest kostnadseffektive rutiner og den mest kostnadseffektive kompetanseoppbygging. Utvalget mener dette ville ensrette det rettsmedisinske miljø på et ikke akseptabelt vis.

14.4.3.9 Akseptable arbeidsforhold for de sakkyndige

Medlemmene som støtter modell II mener at denne ivaretar sakkyndiges behov for gode arbeidsforhold. Institusjonseier vil som følge av arbeidsmiljøloven og spesialisthelsetjenesteloven være forpliktet til å legge forholdene til rette for at de ansatte får den faglige etterutdannelsen som trengs for å utøve sakkyndigvirksomhet forsvarlig, og en arbeidstid som er, i alle fall til en viss grad, forutsigbar. Institusjonseier må også forplikte seg vis a vis rekvirentene til å stille den nødvendige laboratorie kvalitet og kontorfasiliteter til disposisjon for de sakkyndige, slik at dette ikke blir de sakkyndiges private ansvar.

14.4.4 Vurdering av modell III i forhold til de krav utvalget stiller til rettsmedisinsk virksomhet og tiltak som kan iverksettes

Utvalgets leder Rognum og medlemmene Langbach, Olaisen og Sulland, finner at modell III er den beste måten å ivareta de målsettinger som er fremstilt under pkt. 14.1. Modell III innebærer også etter disse medlemmenes syn den beste organisering av de tiltak som er omhandlet i pkt. 14.2.

Modell III forutsetter opprettelsen av en ny administrativ enhet, Kontoret for rettsmedisin, som vil kunne ivareta flere viktige funksjoner for å sikre at domstolene får de best mulige rettsmedisinske tjenester. Når det gjelder selve organiseringen og finansieringen av tjenesteproduksjonen, baserer imidlertid modell III seg på de samme grunntanker som modell II. På disse punkter er følgende utvalgets innstilling enstemmig.

Dersom det skulle vise seg at det ikke er politisk mulig å opprette Kontoret for rettsmedisin i Sosial- og helsedepartementet, går Rognum, Langbach og Sulland subsidiært inn for modell II.

14.4.4.1 Hovedargumenter for modell III

Det er tre hensyn som særlig taler for å organisere rettsmedisinsk virksomhet slik modell III legger opp til.

Det første er at en opprustning av det rettsmedisinske tjenestetilbudet og fagutviklingen lettere vil kunne gjennomføres hvis det etableres en egen administrativ enhet som kan fungere som en pådriver i denne prosessen. Et kontor for rettsmedisin vil kunne sikre gjennomføringen av utvalgets forslag om endret organisering og finansiering av det rettsmedisinske tjenestetilbudet. Kontoret vil kunne være en pådriver både for at disse endringer overhodet blir gjennomført, og for at det skjer tilstrekkelig raskt.

Modell III harmonerer også best med forslaget fra Norsk Rettsmedisinsk Forening i 1996, se pkt. 4.5. Det er en svakhet ved modell II at bare helseregionene tillegges ansvar for at rettsmedisinsk sakkyndighet finnes tilgjengelig. Et kontor for rettsmedisin i Sosial- og helsedepartementet vil kunne se til at det skjer på en mer effektiv måte.

I denne forbindelse ser disse medlemmene det særlig formålstjenlig at det er en egen administrativ enhet som får til oppgave å fordele de særlige stimuleringsmidlene som utvalgets flertall har foreslått, jfr. pkt. 14.3.2 D. Et slikt stimuleringsprogram vil uansett forutsette en viss administrasjon innen Sosial- og helsedepartementet, etter som dette bør styres av en administrasjon som kjenner den rettsmedisinske tjenesteproduksjon godt. Med hensyn til

hvilket departement en slik sentral instans skal sortere under, vises det til drøftelsen under pkt. 14.4.4.3.

Videre vil også gjennomføringen av en del av de andre tiltak utvalget foreslår sikres bedre om ansvaret legges til en sentral instans, og derved blir entydig plassert. Både utdanning, rekruttering, fagutvikling, internkontrollrutiner og service-funksjoner overfor rekvirentene, vil kunne følges opp av Kontoret for rettsmedisin.

Det andre hovedhensyn som for disse medlemmene taler for opprettelsen av Kontoret for rettsmedisin, er at man derved kan beholde og rendyrke Den rettsmedisinske kommisjons rolle som ekstern kontrollinstans. I motsetning til f.eks. i Sverige, har Norge gjennom DRK etablert et system for ekstern kvalitetssikring som nyter stor tillit. Den utvikling utvalget har beskrevet innenfor en del rettsmedisinske fagfelt de senere år, gjør det ytterligere påkrevet å opprettholde og videreutvikle dette systemet. I denne forbindelse frykter disse medlemmene at det vil kunne svekke tilliten til DRKs nøytralitet om enkelte av de tiltak utvalget foreslår skal ivaretas av kommisjonen. Allerede i dag kan det reises spørsmål om kommisjonens rådgivnings- og servicefunksjon overfor brukerne av rettsmedisinske tjenester er forenlig med rollen som ekstern kvalitetssikrer. En ytterligere utvidelse av denne rollen slik modell II forutsetter, vil etter disse medlemmenes syn ganske klart svekke tilliten til DRKs nøytralitet. Det pekes her særlig på de oppgavene modell II forutsetter at DRK skal ha i forhold til å besvare henvendelser om aktuelle sakkyndige og om mandater. Men også å tillegge DRK en større rolle i forhold til undervisning og erfaringstilbakeføring kan synes problematisk.

Det tredje hovedhensyn som taler for opprettelsen av Kontoret for rettsmedisin, er muligheten for å samordne de rettsmedisinske tjenester i straffettspleien med andre rettsmedisinske tjenester. I et lite land som Norge vil det være de samme institusjoner og fagmiljøer som får sakkyndigoppdrag, enten utgangspunktet er private tvister, krav mot det offentlige eller straffesaker. I den forbindelse vises det særlig til at behovet for en del av de samme funksjoner som dette utvalget drøfter for straffesaker, er tatt opp i innstillingen NOU 2000:23 med tanke på forsikringssaker. Tvistemålsutvalget har også i sitt foreløpige forslag åpnet for at det kan oppnevnes et utvalg for å evaluere sakkyndigerklæringer i sivile saker, jf. forslaget § IC fjerde ledd, se omtale i pkt. 12.2 foran. Det vil etter dette utvalgets syn være svært uheldig ressursbruk om man oppretter ulike organer for sivile saker og straffesaker, hvis oppgavene i forhold til produksjon av medisinske sakkyndigtjenester skal være de samme. Kompetansen i forhold til disse rådgivnings- og serviceoppgaver vil i så fall ikke kunne utnyttes på best mulig måte til fordel for den samlede rettsmedisinske tjenesteproduksjon.

En samordning vil dessuten kunne sikre en erfaringstilbakeføring til det øvrige helsevesen. I dag blir erfaringer fra rettsmedisinsk arbeid i for liten grad nyttiggjort innen for eksempel forebyggende medisin eller forskning. Det er god grunn til å anta at den kunnskap rettsmedisinske analyser av både årsaker til og virkninger av straffbare handlinger kan brukes i langt større grad som grunnlag for tiltaksanalyser i det alminnelige helsevesen. En sentral instans som kan både samle og formidle disse erfaringene, vil derfor være sterkt ønskelig.

De mulige samordningsgevinster som her er skissert må antas å kunne ivaretas ytterligere dersom det gjennomføres en statlig overtakelse av sykehuse-
sene. En slik strukturendring vil medføre at en sentralisert styring med de rettsmedisinske tjenester lettere kan sikre brukerne innen strafferettspleien et best mulig tilbud, samt at det vil kunne skje en samordning med de tilsvarende tjenester i sivile saker.

14.4.4.2 Nærmere om hvorfor modell III er den beste organisering av de ulike tiltak

Under pkt. 14.3.3 hvor det er redegjort nærmere for modell III, fremgår det at utvalget i det vesentlige har et felles syn på utdanning og finansiering og organisering av den rettsmedisinske tjenesteproduksjonen, se pkt. 14.3.3 bokstav C, D og E. Dette innebærer at argumentasjonen under pkt. 14.4.3 for modell II i forhold til disse punkter i det alt vesentlige også kan anføres til fordel for modell III. Det sentrale vurderingstemaet i valget mellom modell II og III er således om de målsettinger det er enighet om bedre vil kunne ivaretas gjennom opprettelsen av et sentralt kontor for rettsmedisin, og om enkelte av de oppgaver som modell II forutsetter lagt til Den rettsmedisinske kommisjon eller bør plasseres utenfor kommisjonen.

På denne bakgrunn vil også modell III sikre de krav til rettsmedisinske tjenester som er oppstilt under pkt. 14.1. I forhold til kravet om upartisk sakkyndige og muligheten for "second opinion", skal det særlig påpekes at de medlemmer som støtter modell III mener det vil være en fordel at ikke kvalitetssikringsinstansen DRK skal ha til oppgave å betjene brukerne av rettsmedisinske tjenester når sakkyndige skal velges.

I forhold til kravene om tilstrekkelig faglig kompetanse, samt kvalitet og hurtighet på undersøkelsene, vil også modell III med en opprettelse av en sentral rettsmedisinsk instans sikre at de ulike tiltak nevnt under pkt. 14.2 blir tilfredsstillende fulgt opp. Medlemmene som støtter modell III frykter således at ansvaret for en oppfølging av disse tiltak vil bli pulverisert dersom det ikke er en sentral instans som har rettsmedisinsk tjenesteproduksjon som sitt sentrale interessefelt.

En sentral rettsmedisinsk instans vil også kunne yte ekstra bidrag til rettsenhet gjennom veiledning med hensyn til mandater, erfaringstilbakeføring mv. Oppfølging av interne kvalitetssikringsrutiner både på institusjoner og overfor frittstående sakkyndige, vil likeledes kunne bidra til dette.

Når det gjelder kravet til kostnadseffektivitet og akseptable arbeidsforhold, vil dette bli like godt ivaretatt ved modell III som modell II.

Rådgivnings- og servicefunksjonen overfor brukerne av rettsmedisinske tjenester i straffesaker vil særlig bestå i å veilede med hensyn til valg av sakkyndige og utforming av mandater. Et samlet utvalg går inn for at det bør etableres bedre oversikt over tilgjengelige sakkyndige på de ulike fagfelt, og at det må sikres at mandater blir utformet etter grundig overveielse. Dette vil kunne bidra til bedre kvalitet på tjenestene og sikre en mulighet for "second opinion". Etter modell II er disse oppgavene lagt til DRK. Medlemmene som går inn for modell III mener dette er uheldig, og vil kunne svekke DRKs nøytralitet, jf. ovenfor under pkt. 14.4.4.1. Dersom DRK gis slike oppgaver er det dessuten fare for at kommisjonen nettopp for å beholde sin nøytralitet vil

måtte være mer tilbakeholden i denne rådgiverrollen overfor brukerne enn disse er tjent med.

Det pekes i denne forbindelse på at de relativt små miljøer på enkelte rettsmedisinske fagfelt kan gjøre det vanskelig for medlemmer av DRK som tilhører de samme fagfelt å gi nøytrale tilbakemeldinger om hvem som er kvalifisert som sakkyndig.

Det synes videre ikke å være en naturlig oppgave for en ekstern kvalitetssikringsinstans å stå for undervisning av mulige sakkyndige (B-nivå). Dette gjelder særlig administrasjon og opplegg av denne undervisningen. I en viss utstrekning vil medlemmene av kommisjonen likevel kunne trekkes inn som lærekrefter på ulike kurs i den grad de har kapasitet til dette.

Som nevnt under pkt. 14.3.3. D og E, vil et kontor for rettsmedisin kunne gis viktige oppgaver i forhold til organisering og finansiering av rettsmedisinsk tjenesteproduksjon. For å sikre en effektiv omorganisering og en god administrasjon av det særskilte stimuleringsprogrammet, er det etter disse medlemmenes syn nødvendig med oppfølging av en særlig kompetent administrativ enhet.

En effektiv internkontroll er også viktig for kvaliteten på de rettsmedisinske tjenester. Modell III er den eneste modell som muliggjør en overvåking og oppfølging av internkontrollen ved de ulike institusjoner og hos de enkelte sakkyndige. DRK vil ikke kunne ha en rolle på dette området, og modell II forutsetter således at dette skal overlates produsentene uten nærmere oppfølging fra andre enn de ordinære tilsynsorganer. Medlemmene som støtter modell III frykter at disse tilsynsorganene ikke vil ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ivareta denne oppfølging på en tilfredsstillende måte.

Etter modell III legges det også opp til at Kontoret for rettsmedisin skal ha ansvar for erfaringstilbakeføring. Dette gjelder både i forhold til produsenter og brukere av rettsmedisinske tjenester i strafferettspleien, og i forhold til det øvrige helsevesen. Den administrasjon som dette forutsetter synes mest naturlig å legge til et organ utenfor DRK. Særlig gjelder dette dersom Kontoret for rettsmedisin likevel opprettes av andre grunner som nevnt ovenfor. På dette punkt aksepteres det likevel at man i en viss utstrekning risikerer dobbeltarbeid. For å unngå dette bør et kontor for rettsmedisin på dette felt ha et nært samarbeid med sekretariatet for DRK. På den måten vil det etterhvert være Kontoret for rettsmedisin som blir den sentrale kunnskapsbase for rettsmedisin, og DRK vil kunne rendyrke sin funksjon som eksternt kvalitetssikringsorgan.

Som begrunnelse for modell II fremholdes det under pkt. 14.4.3 at et kontor for rettsmedisin vil skape mer byråkrati og nye tjenesteveier, og at det vil kunne være vanskelig å rekruttere tilstrekkelige fagfolk. I en viss grad mener de medlemmer som støtter modell III at en økt satsing på rettsmedisin også nødvendiggjør økt administrasjon. Den vesentlige forskjell på modell II og III er imidlertid ikke omfanget av den totale administrasjon, men om en del av de administrative funksjoner skal legges til DRK eller et annet organ. Et kontor for rettsmedisin vil dessuten ikke måtte bemannes med den samme ekstreme fagekspertise som DRK, jf. pkt. 14.3.3 I. Denne ekspertise vil dermed ikke i unødig grad belastes med administrative oppgaver, samtidig som de adminis-

trative funksjonene kan ivaretas av personer med kompetanse mest mulig tilpasset de oppgaver som tillegges Kontoret for rettsmedisin.

14.4.4.3 Plassering av Kontoret for rettsmedisin

Foran under pkt. 14.3.3 er det vist til at utvalget har vurdert om en sentral instans for rettsmedisin bør plasseres under Justisdepartementet eller Sosial- og helsedepartementet. Der er også nevnt noen av de argumenter som kan anføres for plasseringsvalget.

Medlemmene som støtter modell III, Langbach, Olaisen, Rognum og Suland, har kommet til at en organisering innen Sosial- og helsedepartementet vil gi den beste styrking av rettsmedisinens stilling. Det legges i denne forbindelse særlig vekt på at det vil være lite naturlig å gi Justisdepartementet i oppgave å følge opp utdanning på A og C nivå. De endringer som både innen modell II og III foreslås med hensyn til organisering og finansiering, herunder den foreslåtte stimuleringspakke, forutsetter dessuten uansett en administrativ oppfølging fra Sosial- og helsedepartementet. For å kunne samordne alle disse ulike tiltak overfor produsentene av rettsmedisinske tjenester, og unngå at det sentrale ansvar blir spredd, bør kontoret ligge under Sosial- og helsedepartementet.

Behovet for å samordne den rettsmedisinske virksomhet med det øvrige helsevesen taler også for en tilknytning til Sosial- og helsedepartementet.

Disse medlemmene vil peke på at det også er argumenter som taler mot en slik plassering av en sentral instans. Justisdepartementet og dets underliggende etater innen strafferettspleien vil således være brukerne av de rettsmedisinske tjenester. En forankring av en sentral instans for rettsmedisin i Justisdepartementet vil dermed plassere ansvaret der behovet for rettsmedisinske tjenester og kompetansen i straffesaksavvikling er størst. Det er også mulig at enkelte av de servicefunksjoner overfor strafferettsapparatet som er beskrevet under pkt. 14.3.3 ville bli bedre ivaretatt av et kontor innen Justisdepartementet.

Etter en totalvurdering fastholdes det likevel at en organisering under Sosial- og helsedepartementet vil være mest formålstjenlig utfra de hensyn som er angitt ovenfor.

14.4.4.4 Særuttalelse fra Bjørnar Olaisen

Utvalgets medlem Bjørnar Olaisen går prinsipalt inn for modell III. Dersom det imidlertid skulle vise seg at det ikke er tilstrekkelig vilje til en betydelig satsing på styrking og utvikling av rettsmedisinske sakkyndigtjenester ut over det å lage en ny administrativ overbygning (styrket DRK i modell II, Kontoret for rettsmedisin i modell III), går Olaisen subsidiært inn for modell I. Hovedargumentene for dette standpunktet gis i det følgende:

For det første er en betydelig andel av dagens rettsmedisinske tjenesteyting bygd opp ved enkeltenheter under Sosial- og helsedepartementet (Statens rettstoksikologiske institutt) eller Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (de rettsgenetiske seksjonene ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo). Dette er i stor grad oppnådd ved direkte samhandling mellom disse enhetene og tjenestebruker (Justisdepartementet) som i dag utreder den vesentlige

delen av kostnaden ved tjenestene innen disse rettsmedisinske fagområdene. En endring ved at ansvar for denne tjenesteproduksjonen løftes opp fra enhetene til de respektive institusjonene (Sosial- og helsedepartementet respektiv Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet/Universitetet i Oslo) eventuelt DRK/Kontoret for rettsmedisin, sammen med ansvar for øvrig rettsmedisinsk tjenesteyting, vil kunne skade de nevnte virksomhetene. Dette vil særlig gjelde dersom det ikke sammen med ansvaret følger nye ressurser til å ivareta de fagområdene som trenger styrking.

For det andre har nytten ved den direkte kontakt mellom tjenesteyter og tjenestebruker innen rettstoksikologi og rettsgenetikk vært slående, og det er viktig at kanalene fortsatt kan bestå.

For det tredje er den nye organisasjonsmodellen etter modell II og III særlig rettet mot å bygge opp og sikre tilgjengelighet av rettsmedisinsk kompetanse innen de øvrige sentrale områdene (rettspsykiatri, klinisk rettsmedisin og rettspatologi). Uten ny og betydelig økonomisk innsats overfor disse fagområdene, vil ikke oppretting av et nytt administrativt nivå kunne bidra til de aller viktigste elementene ved målsettingen.

For det fjerde vil nyorganisering etter modell II og III utvilsomt legge nye oppgaver på de beste fagfolkene i rettsmedisin, selv om modell III ikke forutsetter mye bruk av spesialisert rettsmedisinsk kompetanse. Det vil være et feilgrep å ta disse bort fra annet arbeid dersom ikke det nye administrative nivået også gis økonomiske forutsetninger for å gjennomføre strategiene sine. Den spire til mulig konfliktskaping som ligger i et slikt opplegg i et land med få fagfolk bør også mane til varsomhet.

Kapittel 15

Økonomiske og administrative konsekvenser

Ved presentasjonen av de ulike forslagene og de enkelte organisasjonsmodellene har utvalget allerede i atskillig utstrekning omtalt økonomiske og administrative konsekvenser. Utvalget vil imidlertid her forsøke å gi et samlet bilde av forslagenes økonomiske og administrative konsekvenser.

15.1 Rettsmedisinsk tjenesteproduksjon

Det vises til omtalen i ([Link til](#)) kapittel 11, pkt. 12.3.2.1 og pkt. 14.3.1 D og E, 14.3.2 D og E og 14.3.3 D og E. Utvalget foreslår at brukerne av rettsmedisinske tjenester må betale tjenestenes reelle kostnader. På noen områder vil kostnadene for justismyndighetene derfor øke vesentlig, særlig ved sakkyndige likundersøkelser, se pkt. 8.2.2.2. For 2000 er det beregnet at brukerne betalte bare 40% av de reelle kostnadene for likundersøkelsene, det vil si kr 10 millioner mindre enn kostnadene.

Fakturering av tjenestenes reelle kostnader overfor brukerne betyr samtidig mulighet for innsparinger i en del institusjoners budsjetter.

Utvalget går enstemmig inn for en opprusting av rettspatologien, se pkt. 14.3.2 I. Dette forutsetter en målrettet ressurstilførsel. Utvalgets flertall foreslår dessuten i modell II og III en stimuleringspakke innen rettsmedisinske fag, se pkt. 14.3.2 D og I og nedenfor i pkt. 15.6.

I tilknytning til Sosial- og helsedepartementets forslag om endringer i transplantasjonsloven, har utvalget foreslått at man vurderer alternativ finansiering av obduksjoner av visse kategorier mistenkelige dødsfall, se pkt. 11.12. Dersom kostnadene ved rekvisisjon av obduksjoner flyttes fra politidistriktene til f.eks. folketrygden, er det grunn til å tro at antall rekvirerte obduksjoner vil kunne stige og at de totale kostnadene derfor vil øke noe.

Utvalget legger til grunn at justissektoren allerede dekker kostnadene ved den rettsgenetiske virksomheten. Både innen den kliniske rettsmedisinen og rettstoksikologien vil forslaget kunne bety økte kostnader for justissektoren. For den kliniske rettsmedisinen vil det være svært komplisert å beregne de totale kostnadene, og utvalget har ikke hatt anledning til å gå nærmere inn på dette. For de andre fagområdene regner utvalget ikke med vesentlige endringer.

Utvalgets forslag om å pålegge universitetsinstitutter og helseinstitusjoner ansvaret for å yte rettsmedisinske tjenester, se pkt. 14.3.2 E og 14.3.3 E, vil neppe få negative økonomiske konsekvenser for institusjonene, siden forutsetningen samtidig er at de reelle kostnadene skal dekkes av brukerne av tjenestene.

Utvalget har i pkt. 12.3.2.1 gått inn for at alle rettsmedisinske dødsfallsundersøkelser bør skje sentralisert i den enkelte helseregion av rettspatologer ved de rettsmedisinske enhetene/universitetssykehusene. I dag utføres 20% av de rettsmedisinske obduksjonene utenfor universitetssykehus. Merkostnadene for driften ved universitetsinstituttene forutsettes også her dekket av

brukerne. Da sentralsykehusene formelt ikke har ansvaret for de rettsmedisinske obduksjonene som i dag utføres der, antas forslaget ikke å burde få økonomiske konsekvenser for dem.

En sentralisering vil videre føre til økte kostnader til transport av likene til og fra nærmeste universitetssykehus. Transportkostnadene vil variere betydelig.

En institusjonalisering av ansvaret for de ulike rettsmedisinske tjenestene vil innebære at helseregionene, helseinstitusjoner og universitetsinstitutter får administrative og faglige oppgaver knyttet til utøvelsen av sakkyndigvirksomheten. Dette vil innebære en merbelastning for institusjonene. Samtidig forutsettes at det opprettes det nødvendige antall legestillinger i de aktuelle institusjonene. Forslaget legger opp til at en del virksomhet på denne måten overføres fra privat virksomhet hos den enkelte sakkyndige, og inn i helseinstitusjoner.

15.2 Intern kvalitetssikring

Det vises til omtalen i pkt. 11.6 og pkt. 14.3.1 F, 14.3.2 F og 14.3.3 F. Utvalget har i pkt. 11.6 tatt til orde for at de virksomheter som tilbyr sakkyndigtjenester, og der akkreditering/sertifisering er mulig, bør påbegynne prosessen med akkreditering/sertifisering. Kostnadene for den enkelte institusjon vil variere betraktelig. Dette gjelder både kostnadene med å få utarbeidet et system for den interne kvalitetssikringen og kostnadene eventuelle omlegginger i rutiner vil kunne medføre. Hvilke akkrediterings-/sertifiseringsområder som utvikles vil også ha betydning her. Det er på denne bakgrunn ikke mulig for utvalget å anslå kostnadene akkreditering/sertifisering vil medføre.

Utvalget foreslår i pkt. 11.10 implementering av anbefaling nr. 3 for 1999 fra Europarådets ministerkomité om harmonisering av prosedyrene for rettsmedisinske obduksjoner. Den sentrale økonomiske konsekvensen vil være knyttet til at obduksjonene i større grad anbefales utført av to leger, se vedlegg 10, prinsipp II.

Utarbeidelse av protokoller for gjennomføring av rettsmedisinske undersøkelser vil kreve noe ressurser. Forslaget legger opp til at denne oppgaven bør ivaretas av Norsk Rettsmedisinsk Forening, se pkt. 11.10.

Proessen med utarbeidelse, implementering og vedlikehold av mer systematiske interne kvalitetssikringsrutiner vil få en del administrative konsekvenser. På grunn av oppfølgingsbehovet i den enkelte institusjon, vil dette være en permanent konsekvens. I hvilken grad dette innebærer en endring, beror på hvordan kvalitetssikringsarbeidet i dag er organisert.

15.3 Ekstern kvalitetssikring

Det vises til omtalen i ([Link til](#)) kapittel 12 og pkt. 14.3.1 G, 14.3.2 G og 14.3.3 G. Utvalgets forslag om å begrense hvilke sakkyndigerklæringer som obligatorisk skal forelegges Den rettsmedisinske kommisjon må antas isolert sett å begrense kommisjonens kostnader til kontrollvirksomheten. Det er svært vanskelig å beregne hvilket utslag dette vil gi økonomisk.

Samtidig foreslår utvalget en mer uttrykkelig adgang for partene til å sende inn ulike erklæringer, og dette må forventes å skje i større grad enn i dag. Samlet sett må det derfor foretas en gradvis økning av antallet erklæringer som sendes inn til kommisjonen.

Utvalget foreslår videre at kommisjonens sekretariat skal styrkes. Omfanget vil variere noe etter valg av modell, se pkt. 14.3.1 I, 14.3.2 I og 14.3.3 I. Det vil under enhver omstendighet være behov for en stilling som sekretariatsleder (jurist) og to-tre andre stillinger, herunder til arkiv- og kontorstøtte, se pkt. 12.5.2.4.

Etter modell II skal DRKs sekretariat ivareta en del ytterligere servicefunksjoner, noe som etter modell III er lagt til Kontoret for rettsmedisin. Ressursbehovet for disse funksjonene vil være det samme etter modell II og III.

Strukturen for Den rettsmedisinske kommisjon vil etter forslaget bli noe endret, idet det antas å burde opprettes flere faggrupper. Antall medlemmer totalt vil likevel ikke nødvendigvis bli flere, siden ordningen med varamedlemmer samtidig foreslås avskaffet.

Færre saker vil bli omfattet av den obligatoriske kontrollen fra Den rettsmedisinske kommisjon, noe som vil innebære mulighet for raskere saksbehandling av disse straffesakene.

15.4 Utdannelse (A-, B- og C-nivå)

Det vises til omtalen i ([Link til](#)) kapittel 13 og pkt. 14.3.1 C, 14.3.2 C og 14.3.3 C. Utvikling og innføring av bedre utdannelsetilbud innen rettsmedisinske fagområder (A- og C-nivå) og i sakkyndighetsarbeid (B-nivå), vil medføre en del kostnader. Deler av kostnadene – i alle fall for kurset i sakkyndighetsarbeid – antas å kunne dekkes ved kursavgift fra deltakerne.

Endringene i grunnutdannelsen for spesialister vil ha beskjedne administrative konsekvenser. Noe mer vil det kreve å utvikle et utdannelsesprogram i sakkyndighetsarbeid og utvikling av spisskompetanse.

15.5 Samarbeidsforum for rettsmedisin

Det vises til omtalen i pkt. 14.3.2 H. Ingen negative økonomiske konsekvenser antas å følge av etablering av et samarbeidsforum for rettsmedisin, bestående av representanter for Sosial- og helsedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Justisdepartementet, Riksadvokaten og produsenter av rettsmedisinske tjenester. I den grad forumet fører til bedre samarbeid på det rettsmedisinske fagområdet, vil det kunne ha positive økonomiske konsekvenser, både for tjenesteyterne, brukerne og samfunnet ellers (forebyggende helse- og kriminalpolitikk).

Det antas ikke å følge negative administrative konsekvenser av etablering av et samarbeidsforum for rettsmedisin. Forumet vil snarere kunne forenkle samarbeidet på et felles ansvarsområde, noe som vil kunne ha vesentlige positive administrative konsekvenser.

15.6 Stimuleringspakke

Det vises til omtalen i pkt. 14.3.2 D og I. Kostnadene ved stimuleringspakken er der beregnet til kr 60 millioner, fordelt på seks år, til lønnsmidler til 15 fordypningsstillinger. I tillegg kommer investeringer i laboratorier, mv. I den utstrekning stillingsinnehaverne i stimuleringsperioden utfører sakkyn-digtjenester, vil det innebære inntjening for deres arbeidsgiver.

Innføring av en stimuleringspakke til rettsmedisinske fag vil innebære behov for utarbeidelse av kriterier for tildeling av midler, en tildelingsprosess og oppfølging av tilskuddenes anvendelse. Dette antas likevel å innebære beskjedne økonomiske og administrative konsekvenser.

15.7 Kontoret for rettsmedisin

Etter modell III foreslås etablering av Kontoret for rettsmedisin, se omtalen i pkt. 14.3.3 I. Det er antydnet et behov for fire årsverk. Det vil i noen grad begrense behovet for stillinger i DRKs sekretariat. I tillegg kommer etableringskostnader og øvrige driftskostnader.

Kontoret for rettsmedisin vil måtte innpasses i Sosial- og helsedepartementets struktur. Opprettelsen antas å få små administrative konsekvenser.

15.8 Oversikt over sakkyndige

Det vises til omtalen i pkt. 11.1, 14.3.1 A, 14.3.2 A og 14.3.3 A. Utarbeidelse av oversikt over aktuelle sakkyndige og deres kompetanse i henhold til ABC-modellen, samt ajourføring av oversikten, vil kreve noe ressurser. Særlig gjelder dette innhenting av opplysninger ved etableringen av en slik oversikt.

På den annen side vil en slik oversikt kunne føre til innsparinger for brukerne av de rettsmedisinske tjenestene, idet det vil bli mindre arbeidskrevende å finne frem til aktuelle sakkyndige og ved at en fordeling av oppdrag på flere sakkyndige enn i dag også kan føre til raskere straffesaksavvikling.

Det vises til omtalen i pkt. 11.1, 14.3.1 A, 14.3.2 A og 14.3.3 A. Det vil være en del administrasjon knyttet til opprettelse og ajourføring av en oversikt over sakkyndige.

På den annen side vil denne oversikten gjøre det enklere for brukerne å skaffe den ønskede sakkyndighet. Det vil kunne fordele arbeidsbelastningen på flere sakkyndige, noe som både kan føre til raskere straffesaksavvikling og større bruk av lokale sakkyndige hvor mulig.

15.9 Økt erfaringstilbakeføring

Tilbakeføring til samfunnet av erfaring fra den rettsmedisinske sakkyndigvirk-somheten, formidlet fra en styrket DRK eller et kontor for rettsmedisin, vil kunne ha stor betydning på flere områder, se pkt. 14.3.2 H og 14.3.3 H. En utnyttelse av kunnskapen ervervet fra sakkyndigvirk-somheten er viktig både i forebyggende helsearbeid og for justismyndighetenes kriminalitetsbekjem-pelse.

Kapittel 16

Merknader til de enkelte bestemmelsene i utkastet**16.1 Endringer i straffeprosessloven**

Til § 140:

Det vises til omtalen i pkt. 11.2. Da den eneste gruppen faste sakkyndige nå er rettsmedisinsk sakkyndige, bør bestemmelsen oppheves når ordningen med faste rettsmedisinsk sakkyndige avvikles.

Til ny § 141 første ledd:

Det vises til omtalen i pkt. 11.3 og 11.4, særlig pkt. 11.3.3. Endringen innebærer skjerpede habilitetsregler, og er dessuten i samsvar med forslaget til endring i tvml. § 242 fremsatt i NOU 2000: 23 og foreløpig forslag fra tvistemålsutvalget. Inhabile sakkyndige kan eventuelt brukes som sakkyn-dige vitner. Man bør unngå å gi fagfolk den ekstra autoritet en rettsoppnevning medfører når det er fare for at de ikke vil være nøytrale. Videre er det ikke grunn til å ha lempeligere habilitetsregler i straffeprosessen enn i sivilproses-sen, selv om innskjerpingen foreslås uavhengig av om forslaget til endring i tvml. § 242 vedtas.

Forslaget vil få betydning bl.a. for de særlige situasjonene behandlet i pkt. 11.4.

Til ny § 142:

Det vises til omtalen i pkt. 11.5. Bestemmelsen slår fast at sakkyndige skal ha skriftlige mandat. Dette gjelder også sakkyndige politiet benytter under etterforskningen.

Til § 147

Det vises til omtalen i pkt. 12.3 og 12.4. Regelen om obligatorisk innsending-splikt til Den rettsmedisinske kommisjon er avgrenset til rettsmedisinske erk-læringer, jf. f ø r s t e l e d d . Utvalget har lagt til grunn en vid definisjon av dette begrepet, der det avgjørende er om problemstillingen kan sies å være av medisinsk karakter. Det er således ikke avgjørende hvilken profesjon vedko-mmende som har utført undersøkelsen eller skrevet erklæringen tilhører. Se nærmere om dette foran i pkt. 12.3.1.1. Erklæringer fra sakkyndige vitner etter forslaget til ny § 149 annet ledd, vil også omfattes av den obligatoriske innsendingsplikten, se pkt. 11.9.4, 12.3.1.1 og 12.3.1.3. Dette er en utvidelse i forhold til dagens regel.

Plikten beror på hvor viktig innslaget av sakkyndig skjønn er for erklærin-gens premisser og konklusjoner, se pkt. 12.3.1.1. Dette er snevrere enn dagens regel.

Plikten gjelder erklæringer “som er ment til bruk i retten”, se pkt. 12.3.1.1, altså de erklæringene som dokumenteres for retten under bevisopptak eller hovedforhandling. Erklæringer som utelukkende brukes av partene under saksforberedelsen, omfattes således ikke. Etter annet ledd vil det kunne være en adgang til også å sende inn slike erklæringer.

Ansvar for at erklæringene sendes inn til kommisjonen foreslås flyttet fra den sakkyndige til påtalemyndigheten, se nærmere pkt. 12.4.1. Dette er ikke til hinder for at den sakkyndige selv sender inn erklæringene, men påtalemyndigheten må da forsikre seg om at så skjer.

Foreleggelsesplikten innebærer at den sakkyndiges skriftlige erklæring og nødvendige underlagsdokumenter sendes inn til kommisjonen. Innsending skal skje “så tidlig som mulig” og normalt før tiltalespørsmålet avgjøres, se pkt. 12.4.2. Det tas med denne formuleringen ikke sikte på noen vesentlig endring av rettstilstanden.

For å ivareta ønsker om kvalitetssikring av sakkyndige erklæringer som ikke omfattes av plikten i første ledd, er det i **a n n e t l e d d** åpnet for en vid adgang til frivillig foreleggelse. Blant annet vil dette kunne være aktuelt for foreløpige rettspsykiatriske erklæringer (§ 165 tredje ledd) og for erklæringer der innslaget av skjønn er lite. Vilåret om at erklæringen “er ment til bruk i straffesak” tar hensyn til at plikten gjelder uavhengig av om det blir reist tiltale. På den annen side vil det ikke være noen plikt til å sende inn erklæringer som ikke brukes ved avgjørelse av skyld- eller straffespørsmålet. Se omtalen i pkt. 12.3.1.3.

Regelen i dagens § 147 annet ledd om plikt til innsending av referat fra muntlig forklaring under hovedforhandlingen som avviker fra eller vesentlig utfyller den skriftlige, foreslås endret ved at kriteriet i **n y t t t r e d j e l e d d** er at avviket fra eller utfyllingen av den skriftlige erklæringen er vesentlig, se omtale i pkt. 12.3.1.2 Forslagets begrep “tilleggserklæring” i stedet for “forklaring”, som brukes i dagens regel, skal klargjøre at avviket fra den skriftlige erklæringen må være så vesentlig at det er naturlig å tale om en *tilleggs erklæring*. Dessuten presiserer dette at det ikke er nødvendig å sende inn referat av hele den rettslige forklaringen. Med bedre arkivrutiner i DRK vil det neppe være behov for at man samtidig sender inn den opprinnelige erklæringen.

Gis det muntlig erklæring i retten og skriftlig erklæring ikke er utarbeidet på forhånd, bør retten vurdere vitneprovets betydning, og behovet for å få utarbeidet en skriftlig erklæring i forkant. Et alternativ vil være protokollasjon, jf. strpl. § 21.

Av hensyn til domsavsigelsen, eventuelt rettsmiddelfristene, er det foreslått eksplisitt regulert at innsendingen av tilleggserklæringer skal skje straks.

Kommisjonens kontrolloppgave angis i **f j e r d e l e d d**. Kommisjonens meddelelse skal sendes påtalemyndigheten siden plikten til å sende inn erklæringer foreslås lagt dit. Også den som har avgitt erklæring må få kommisjonens vurdering.

Kommisjonen gir i dag tilbakemelding til rekvirenten i alle saker, ikke bare dersom den finner “vesentlige mangler”, jf. dagens § 147 tredje ledd annet punktum. Ordlyden bør bringes i samsvar med dagens praksis, og det

overlates til kommisjonen å vurdere hvilke bemerkninger den enkelte erklæring foranlediger.

Til § 148 annet punktum:

Det vises til omtalen foran i pkt. 11.2. Endringen følger av at ordningen med faste sakkyndige foreslås opphevet. Samtidig foreslås opprettet en oversikt over kvalifiserte rettsmedisinsk sakkyndige, se omtalen i pkt. 11.1.

Til § 148 tredje punktum:

Endringen følger av at dagens § 142 blir ny § 141 og at ny § 142 om plikt til å utarbeide mandat for sakkyndige skal gjelde tilsvarende for påtalemyndighetens bruk av sakkyndige.

Til § 149 nytt annet ledd:

Det vises til omtalen i pkt. 11.9. Regelen er ny, og innebærer en større likestilling mellom oppnevnte sakkyndige og sakkyndige vitner. Muntlighetsprinsippet i prosessen foreslås her supplert av skriftlighet for å muliggjøre bedre kontroll med erklæringer fra sakkyndige vitner.

Til § 152 nytt annet ledd annet punktum:

Det vises til omtalen i pkt. 11.5.

Til § 165, 166, 167, 169, 226 og 288:

Forslaget tar ikke sikte på noen materielle endringer, kun språklig oppdatering.

Til § 299:

Det vises til omtalen i pkt. 11.9. Endringen skal utvide adgangen til opplesning av erklæring til også å omfatte erklæringer fra sakkyndige vitner.

16.2 Endring i lov 16. juni 1989 nr. 64 om endringer i straffeloven og straffeprosessloven m. (nådesøknad, herreds-/byrettens kompetanse i straffesaker, påtaleunntatelse, foreldelse av straffeansvaret for foretak, fengsling på lørdager m.m.)

Til del VI, straffeprosessloven § 147:

I og med utvalgets forslag til ny strpl. § 147 er det ikke lenger aktuelt å sette i kraft endringen i § 147, vedtatt ved lov 16. juni 1989 nr. 64. Endringen bør da oppheves.

16.3 Endringer i forskrift 4. mars 1988 nr. 188 om Den rettsmedisinske kommisjon i medhold av straffeprosessloven

Utvalget har på grunn av tidsnød ikke hatt anledning til å gjennomarbeide forslaget til ny forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon. Av samme grunn har utvalget heller ikke hatt anledning til å utarbeide kommentarer til forslaget.

16.4 Endringer i forskrift 4. mars 1988 nr. 187 om antakelse av faste rettsmedisinsk sakkyndige

Det vises til omtalen i pkt. 11.2.

Kapittel 17

Utkast til endringer i lover og forskrifter

17.1 Utkast til endringer i straffeprosessloven

I straffeprosessloven 22. mai 1981 nr. 25 gjøres følgende endringer:

§ 140 oppheves

§ 141 blir ny § 140

§ 142 blir ny § 141

Ny § 141 første ledd skal lyde:

Den som etter domstolloven § 106 eller § 108 ville være ugild som dommer, skal ikke oppnevnes som sakkyndig.

Ny § 142 skal lyde:

Retten fastsetter skriftlig hva den sakkyndige skal utrede, og gir de nødvendige instruksjer. Retten kan pålegge påtalemyndigheten eller forsvareren å utarbeide forslag til mandat for den sakkyndige.

§ 147 skal lyde:

Rettsmedisinsk erklæring som inneholder et ikke uvesentlig innslag av sakkyndig skjønn, og som er ment til bruk i retten, skal påtalemyndigheten så tidlig som mulig forelegge Den rettsmedisinske kommisjon. Dette gjelder også erklæring som nevnt i § 149 annet ledd.

Enhver rettsmedisinsk erklæring som er ment til bruk i straffesak, kan retten, siktede, fornærmede, påtalemyndigheten eller den som har avgitt erklæringen forelegge kommisjonen.

Dersom den som har avgitt erklæringen under hovedforhandlingen gir uttalelse som på vesentlige punkter avviker fra eller utfyller en skriftlig erklæring, skal vedkommende straks sende kommisjonen sin tilleggserklæring eller et referat av denne.

Den rettsmedisinske kommisjon gjennomgår erklæringene, og gir påtalemyndigheten og den som har avgitt erklæringen meddelelse om sin vurdering.

§ 148 annet punktum oppheves. Nåværende tredje til femte punktum blir nytt annet til fjerde punktum.

§ 148 nytt annet punktum skal lyde:

Reglene i § 138 annet ledd, § 141, § 142 og § 147 gjelder tilsvarende.

§ 149 nytt annet ledd skal lyde:

Den som fremstilles til avhøring som sakkyndig uten oppnevning, kan fremlegge skriftlig erklæring.

§ 152 nytt annet ledd annet punktum skal lyde:

Om sakkyndiges mandat gjelder reglene i § 142.

Overskriften til [\(Link til\)](#) kapittel 13 skal lyde:

Kap 13. Personundersøkelse og rettspsykiatrisk undersøkelse.

§ 165 første ledd skal lyde:

Dersom retten finner det nødvendig for avgjørelsen av saken, kan den beslutte at siktede skal underkastes *rettspsykiatrisk undersøkelse* ved oppnevnte sakkyndige.

§ 165 annet ledd første punktum skal lyde:

Når det er begjært *rettspsykiatrisk undersøkelse* av en siktet som nekter å ha foretatt den handling saken gjelder, kan retten beslutte at det ikke tas stilling til begjæringen før det nevnte spørsmål er avgjort.

§ 165 tredje ledd skal lyde:

Er det tvil om det er nødvendig med *rettspsykiatrisk undersøkelse*, kan påtalemyndigheten eller retten beslutte å innhente en foreløpig erklæring fra en sakkyndig til veiledning om dette.

§ 166 første ledd skal lyde:

Er siktede i fengsel, kan *den rettspsykiatriske undersøkelsen* foretas under hans opphold der.

§ 167 første ledd første punktum skal lyde:

Er det nødvendig for å bedømme siktedes sinnstilstand, kan retten etter at forsvarer og oppnevnte sakkyndige er hørt, ved kjennelse bestemme at han skal innlegges til undersøkelse på psykiatrisk sykehus eller annet egnet *undersøkelsessted*.

§ 167 annet ledd annet punktum skal lyde:

Dette gjelder også når siktede uten rettens kjennelse har latt seg innlegge til *undersøkelse*.

§ 169 første punktum skal lyde:

Personundersøkelse og *rettspsykiatrisk undersøkelse* skal foretas slik at den ikke blir til unødig ulempe eller krenkelse for den siktede eller andre.

§ 226 annet ledd skal lyde:

Om personundersøkelse og *rettspsykiatrisk undersøkelse* gjelder reglene i kap 13.

§ 288 tredje ledd første punktum skal lyde:

Det skal alltid avsis kjennelse som nevnt dersom vilkårene ellers er til stede for det og den videre forhandling må utsettes for at tiltalte kan bli underkastet *rettspsykiatrisk undersøkelse* i tilfelle der avgjørelsen om dette har utstått etter reglene i § 165 annet ledd.

§ 299 første ledd første punktum skal lyde:

Skriftlig erklæring fra oppnevnt sakkyndig *eller sakkyndig vitne* som ikke er til stede under hovedforhandlingen, kan brukes som bevis når muntlig avhør ikke kan settes i verk eller ikke finnes nødvendig.

§ 299 annet ledd skal lyde:

Slik erklæring kan leses opp i den utstrekning det er hensiktsmessig også når den *som har avgitt erklæringen* er til stede.

17.2 Utkast til endringer i andre lover

I lov 16. juni 1989 nr. 64 om endringer i straffeloven og straffeprosessloven m.m. (nådesøknad, herreds-/byrettens kompetanse i straffesaker, påtale-unnlattelse, foreldelse av straffansvaret for foretak, fengsling på lørdager m.m.) gjøres følgende endring:

I lovens del VI oppheves endringen i strpl. § 147.

17.3 Utkast til endring i forskrift 4. mars 1988 nr. 188 om Den rettsmedisinske kommisjon i medhold av straffeprosessloven

§ 1 Kommisjonens sammensetning

Den rettsmedisinske kommisjon skal kontrollere rettsmedisinske erklæringer som sendes inn i medhold av strpl. § 147 og på forespørsel kunne besvare henvendelser om rettsmedisinske spørsmål.

Den rettsmedisinske kommisjon består av faggrupper. Justisdepartementet fastsetter antall grupper og inndeling etter fagområder.

Hver gruppe består av det antall medlemmer Justisdepartementet bestemmer. Medlemmene oppnevnes av departementet for et tidsrom av tre år, med adgang til reoppnevning.

Ett av medlemmene oppnevnes som gruppens leder. En av gruppelederne oppnevnes som leder av kommisjonen. Gruppelederne og kommisjonens leder har det faglige ansvaret for henholdsvis gruppenes og kommisjonens virksomhet.

Etter forslag fra gruppelederne og kommisjonens leder kan det oppnevnes ekstraordinære medlemmer med kompetanse kommisjonen har behov for.

Gruppeleder kan tilkalle sakkyndige utenfor den enkelte gruppe, kommisjonen eller de ekstraordinære medlemmene til å ta del i behandlingen av en sak, dersom kommisjonen forelegges spørsmål som gjør dette nødvendig.

§ 2 Medlemmenes kvalifikasjoner

Ved oppnevning tas hensyn til spesialfaglig, vitenskapelig og sakkyndigfaglig kompetanse.

§ 3 Kommisjonens sekretariat

Kommisjonen skal ha et sekretariat som ledes av en jurist. Sekretariatet skal yte nødvendig bistand til kommisjonen, faggruppene og det enkelte medlem. Sekretariatet skal registrere og fordele kommisjonens saker til vedkommende faggruppe, føre arkiv, utarbeide statistikk, innkalle til møter, lage utkast til årsberetning, mv.

Sekretariatet er ansvarlig for kommisjonens budsjett og daglige drift.

§ 4 Kommisjonens saksbehandling

Faggruppene behandler i alminnelighet selvstendig de spørsmål som faller innenfor deres saksområde. Gruppeleder beslutter i samråd med kommisjonens leder saksbehandlingen for det enkelte fagområde.

Hver sak behandles som hovedregel av tre – og minst av to – medlemmer. Gruppeleder avgjør hvem som skal behandle den enkelte sak.

Spørsmål av spesialfaglig art kan gruppeleder overlate til faste og/eller ekstraordinære medlemmer som antas å ha spesialsakkyndighet i det fag tilfellet hører under.

Gruppeleder kan besluttet at en sak skal behandles i møte.

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

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

§ 5 Kommisjonens oppgaver

Den rettsmedisinske kommisjon skal:

a) Gjennomgå innsendte erklæringer og uttalelser.

Kommisjonen gir påtalemyndigheten og den som har avgitt erklæringen meddelelse om sin vurdering. Det samme gjelder om kommisjonen finner at det bør foretas ytterligere undersøkelser. Kommisjonen kan også gi pålegg om at det avgis tilleggserklæring innen en passende frist. Uttalelser fra kommisjonen legges ved de sakkyndiges erklæringer i saken.

b) Bistå retten, påtalemyndigheten, forsvarere, bistandsadvokater, sakkyndige, justismyndigheter og helsemyndigheter i rettsmedisinske spørsmål.

c) Gi Justisdepartementet en årlig beretning om sin virksomhet.

17.4 Utkast til endring i forskrift 4. mars 1988 nr. 187 om antakelse av faste rettsmedisinsk sakkyndige

Forskrift fastsatt ved kgl res 4. mars 1988 nr. 187 om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige oppheves.

Litteraturliste

Følgende litteratur er benyttet ved utarbeidelsen av denne utredningen:

- Anchersen, Per: Rettspsykiatrien i strafferettspleien. Er det behov for reformer?, Lov og Rett, Oslo, 1963 side 177–182
- Andenæs, Johs.: Rettspsykiatrisk sakkyndiges kompetanse i straffesaker, Lov og Rett, Oslo, 1963 side 171–176
- Andenæs, Johs.: Norsk straffeprosess, 2. utg., Universitetsforlaget, Oslo, 1994
- Andenæs, Johs.: Alminnelig strafferett, 4. utg., Universitetsforlaget, Oslo, 1997
- Bjerke, H.K. og Keiserud, E.: Straffeprosessloven med kommentarer, 2. utg., Tano Aschehoug, Oslo, 1996
- Dahl, Alv A., Eitinger, Leo, Malt, Ulrik Fr., Rettersdøl, Nils: Psykiatri, Universitetsforlaget, Oslo, 1994
- Den norske patologforening: Rettsmedisin i Norge: Forholdet mellom rettsmedisin og patologi; Kompetansenormer for patologer; Vurdering av rettsmedisinsk kapasitet i Norge, Oslo, 1981
- Ekroth, Sten: De sakkyndiges rolle ved justismordet på Per Liland, Kritisk Juss, Oslo, 1999 side 169–174
- Elmgren, Käthe: Rapport från första kvalitetsgranskningen efter den nya RPU-författningen SOSFS 1996: 4 M, Uppsala, 1996
- Elmgren, Käthe: Bedömningar av rättspsykiatriska utlåtanden i Socialstyrelsens Rättsliga råd 1997, Rättsmedicinalverket Informations 2–1999, Stockholm, 1999
- Giertsen, J. Chr.: Den rettsmedisinske kommisjon – en anakronisme, Lov og Rett, Oslo, 1978, side 385–388
- Harbitz, Francis: Lærebok i rettsmedisin, 6. utg., A. W. Brøggers boktrykkeris forlag, Oslo, 1950
- Kringlen, Einar: Etter Nasset-saken: Behov for reformer i rettspsykiatrien, Lov og Rett, Oslo, 1983, side 583–589
- Langfeldt, Gabriel: Forelesninger i psykiatri og rettspsykiatri for jurister, Oslo, 1940
- Langfeldt, Gabriel: Rettspsykiatri for jurister og leger, Oslo, 1947
- Langfeldt, Gabriel: Rettspsykiaterens stilling i norsk strafferettspleie, Lov og Rett, Oslo, 1963 side 182–186
- Mørland, Jørg: Chain of custody – vilka säkerhetskrav måste generellt vara tilgodosedda?, RMV-rapport 1993: 2 Underlag för nationella riktlinjer inom rättsmedicin och rättskemi vid dödsorsaksutredningar, Rättsmedicinalverket, Stockholm, 1993, side 42–45
- Norsk Rettsmedisinsk Forening: Rettsmedisin i Norge. Organisering av rettsmedisinske/rettspatologisk service, Oslo, 1997
- Ormstad, Kari og Sköld, Göran: Rättsmedicin i Sverige. Organisation och kvalitetssäkring, Nordisk rettsmedisin, 1999 side 42–44
- Rognum, Torleiv Ole: Medisinsk kunnskap i rettens tjeneste. Fremtidig organisering av rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet i Norge, Universitetet i Oslo, 1995
- Rognum, Torleiv Ole (red): Lundevalls rettsmedisin, 7. utg., Universitetsforlaget, Oslo, 1997

- Rognum, Torleiv: Hvem bør obdukere tilfeller av plutselig uventet død? Hva er forskjellen på en rettsmedisinsk obduksjon og en sykehusobduksjon? Nordisk Rettsmedisin, 2000 side 95–98
- Rosenqvist, Randi: Modell for differensiert kvalifisering av sakkyndige for rettsvesenet, Nordisk Rettsmedisin, 1998 side 52–53
- Røstad, Helge: Rettspsykiaterne og straffepleien, Lov og Rett, Oslo, 1964 side 165–174
- Røstad, Helge: Rettspsykiatriske undersøkelser av lovbrøttere, Lov og Rett, Oslo, 1968 side 145–162
- Salomonsen, Olaf: Den norske straffeproseslov med kommentar, 2. utg., H. Aschehoug & Co, Oslo, 1925
- Schweigaard, A.: Den norske Proces, 3. utg., H. Aschehoug & Co, Christiania, 1883
- Rättsmedicinalverket (RMV-rapport 1993:2): Underlag för nationella riktlinjer inom rättsmedicin och rättskemi vid dödsorsaksutredningar, Stockholm, 1993
- Rättsmedicinalverket (RMV-rapport 1995:1): Utredning och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare i Norden, Stockholm, 1995
- Rättsmedicinalverket (RMV-rapport 1997: 1): Den svenska rättsmedicinens utveckling – historik, nuläge och framtid, Stockholm, 1997
- Rättsmedicinalverket: Rättsmedicinalverkets årsredovisning 1995/96, Stockholm, 1997
- Rättsmedicinalverket: Rättsmedicinalverkets årsredovisning 1997, Stockholm, 1998
- Betænkning om Retslægerådet (Betænkning nr. 1196), København, 1990
- Retslægerådet: Retslægerådets årsberetning 1996, København, 1997
- Årsberetninger for Den rettsmedisinske kommisjon 1900–1999, Oslo, 1901–2000
- Statens rettsstoksikologiske institutt: Årsmelding for Statens rettsstoksikologiske institutt 1998, Oslo, 1999
- Innstilling til lov om veterinærer m.v., 1940
- Innstilling om Rettergangsmåten i straffesaker fra Straffeprosesslovkomitéen, 1969
- NOU 1990: 5 Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner. Straffelovkomisjonens delutredning IV
- NOU 1991: 7 Spesialisthelsetjenesten m.m. Utkast til lov med motiver
- NOU 1994: 20 Personskadeerstatning
- NOU 1995: 23 Barnefaglige sakkyndighetsoppgaver. Rolleutforming og kvalitetssikring
- NOU 1996: 15 Lilandsaken
- NOU 2000: 23 Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger
- Ot.prp. nr. 35 (1978–79) Om lov om rettergangsmåten i straffesaker (straffesakloven)
- Ot.prp. nr. 1 (1979–80) Om lov om leger og om lov om tannleger
- Ot.prp. nr. 33 (1983–84) Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Ot.prp. nr. 16 (1988–89) Om lov om endringer i straffeprosessloven m m

- (nådesøknad, herreds/byrettens kompetanse i straffesaker, påtaleunnlatelse, foreldelse av straffansvaret for foretak, fengsling på lørdager m m)
- Ot.prp. nr. 87 (1993–94) Om lov om endring i straffeloven m v (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner)
- Ot.prp. nr. 10 (1998–99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m m
- Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) Om lov om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og sreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239)
- Innst. O nr. 37 (1980–81) Innstilling fra justiskomiteén om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven)
- Innst. O nr. 34 (1996–97) Innstilling fra justiskomiteen om lov om endring i straffeloven m.v. (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner).
- St. prp. nr. 25 (1899–1900) Angaaende bevilging til opprettelse af en retsmedicinsk kommission
- Indst. S. nr. 48 (1899–1900) Indstilling fra justiskomiteen angaaende kongelig proposition om bevilging til opprettelse af en retsmedicinsk kommission
- Forordning 21. mai 1751 Anlangende, hvad der ved Delinquent-Sagers Drift og Udførsel udi Danmark og Norge bør i agttages
- Kongelig resolusjon 25. mai 1815 om opphevelse av sundhedskollegiet, og overføring av ansvarsområdet til den norske regjerings 3. departement, og om de medisinske professorers plikt til å bistå
- Circulaire 4. februar 1847 fra Departementet for det Indre om plikt for leger til ved rettsmedisinske forretninger å sende Departementet avskrift av sin erklæring.
- Cirkulære 18. juni 1867 fra Justits-Departementet om innhentelse av responsa medica fra det medisinske fakultet
- Kongelig resolusjon 3. juni 1913 hvorved Det civile medicinalvæsen overføres fra Justisdepartementet til departementet for sociale saker, handel, industri og fiskeri.

Vedlegg 1

Kongelig resolusjon 30. juni 1900 om opprettelse av Den rettsmedisinske kommisjon

Kongelig Resolution, hvorved er bestemt:

1. At følgende af Storthinget under 30te November 1899 fattede Beslutning:

“Til en retsmedicinsk Kommission bevilges fra 1ste Juli 1900:

- a. Som aarlig Løn for Formanden Kr. 800.
- b. Som aarlig Løn for hvert af Kommissionens 4 øvrige faste Medlemmer Kr. 600.
- c. Til Honorarer for Kommissionens tilforordnede og ekstraordinære Medlemmer Kr. 800.
- d. Til Bestridelse af Kontorudgifter Kr. 1200,”

befales tagen tilfølge.

2. At der fra 1ste Juli 1900 oprettes en retsmedicinsk Kommission med Sæde i Kristiania.

3. At det i nærværende Indstilling foreslaaede Reglement for den retsmedicinske Kommission og de retsmedicinske Sagkyndige approberes.

Det approberede Reglement er saalydende:

§ 1. Som faste retsmedicinske Sagkyndige, der efter Straffeprocesslovens § 192 har at tjenstgjøre, med mindre særegne Omstændigheder er til Hinder derfor eller gør det utilraadeligt, ansees:

- a) i medicinsk-kemiske Spørgsmaal: De, der af Justits- og Politidepartementet dertil maatte blive beskikkede.
- b) i psykiatriske Spørgsmaal: 1. Direktører (Bestyrere) og paa længere Tid end 1 Aar ansatte, underordnede Læger ved Sindssygeasyler, Amtslæger og af Justits- og Politidepartementet ansatte Politi- og Fængselslæger. 2. Andre Læger, som dertil af Justits- og Politidepartementet maatte blive beskikkede.
- c) i andre retsmedicinske Spørgsmaal: 1. Universitetslæreren i Retsmedicin, Stadsfysici og Distriktslæger og af Justits- og Politidepartementet ansatte Politi- og Fængselslæger. 2. Andre Læger, som dertil af Justits- og Politidepartementet maatte blive beskikkede.

Derhos skal paa Henstillen af den retsmedicinske Kommission dennes faste eller tilforordnede Medlemmer kunne opnævnes som Sagkyndige.

§ 2. Det paaligger enhver, der i Anledning af strafferetslige Undersøgelser maatte fungere som Sagkyndig med Hensyn til medicinske eller medicinsk-kemiske Spørgsmaal, uopholdelig at indsende til den retsmedicinske Kommission en Beskrivelse af den foretagne Forretning, ledsaget af en Afskrift af den til Retten eller Paatalemyndigheden afgivne skriftlige Erklæring og af, saavidt muligt, de fornødne Præparater og andet forhaandenværende Bevismateriale.

§ 3. Den retsmedicinske Kommission består af 5 faste Medlemmer (2 Faggrupper), hvilke beskikkes af Kongen for et Tidsrum af 10 Aar.

Ved Beskikkelsen tages for de tre Medlemmers Vedkommende (1ste Gruppe) Hensyn til retsmedicinsk Udvikling, samt Uddannelse i patologisk Anatomi, Fødselsvidenskab eller Kirurgi. For de 2 øvriges Vedkommende (2den Gruppe) lægges specielt Vægt paa Erfaring og Kyndighed i Psykiatri.

Et af Medlemmerne beskikkes tillige til at fungere som Kommissionens Formand.

§ 4. Samtidige med de faste Medlemmer, beskikker Kongen, ligeledes for et Tidsrum af 10 Aar, 5 tilfornordnede Medlemmer, der har at tage Sæde i Kommissionen efter dennes Bestemmelse.

Beskikkelsen foregaar i alt væsentligt efter de samme Hensyn som i § 3 for de faste Medlemmer bestemt.

§ 5. Forelægges der for den retsmedicinske Kommission Spørgsmaal, hvis Besvarelse antages at gjøre Tilkaldelse af Specialsagkyndige ønskelig, kan Justits- og Politidepartementet efter Begjæring af Kommissionen beskikke som ekstraordinære Medlemmer af samme 1 eller 2 Representanter for vedkommende Sag.

§ 6. Til Assistance for den retsmedicinske Kommission antages en Sekretær, der beskikkes af Justits- og Politidepartementet efter Forslag af Kommissionen.

§ 7. Den retsmedicinske Kommission er beslutningsdygtig, naar mindst 3 Medlemmer er tilstede, deriblandt – forsaavidt angaar psykiatriske Spørgsmaal – de 2 under 2den Gruppe i § 3 henhørende og – forsaavidt angaar andre Spørgsmaal – 2 af de under 1ste Gruppe henhørende.

§ 8. Den retsmedicinske Kommission har:

- a) at gennemgaa de i Henhold til § 2 indkomne Beskrivelser og Erklæringer og andre retsmedicinske Erklæringer, der er afgivne efter Begjæring af det Offentlige, samt i Tilfælde at konferere med vedkommende Udsteder til Indhentelse af nærmere Oplysninger,
- b) at gaa Retten, Paatalemyndigheden, offentlig beskikkede Forsvarere samt Sagkyndige tilhaande med Raad og Oplysninger, som under strafferetslige Undersøgelser matte ønskes indhentede angaaende retsmedicinske Spørgsmaal,
- c) at gaa Justits- og Politidepartementet eller Medicinalstyrelsen tilhaande i Spørgsmaal af retsmedicinsk Art, og
- d) til Justits- og Politidepartementet at afgive en aarlig Indberetning om sin Virksomhed.

Kommissionen kan i de i Litr. a, b og c omhandlede Tilfælde, naar den finder saadant paakrævet, selv foretage de fornødne Undersøgelser, ligesom den ogsaa i dette Øiemed kan benytte sagkyndig Medhjælp. I de samme Tilfælde kan Kommissionen, naar der foreligger Spørgsmaal af specialfaglig Art, overlade den endelige Behandling af samme til 2 Medlemmer, faste, tilfornordnede eller ekstraordinære, der antages at besidde Specialkyndighed i det Fag, hvorunder Tilfældet henhører. Saadan Behandling skal finde Sted ved psykiatriske Spørgsmaal, naar de til 2den Gruppe henhørende Medlemmer derom

fremsætter Begjæring, og eller naar det forlanges af 2 af 1ste Gruppes Medlemmer.

Findes der under den i Litr. a omhandlede Gjennemgaaelse væsentlige Mangler ved den indsendte Beskrivelse eller Erklæring, skal Rettens eller i Tilfælde Paatalemyndighedens Opmerksomhed straks henledes paa Sagen.

Vedlegg 2

Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon i medhold av straffeprosessloven

Fastsatt ved kgl.res. 4. mars 1988 nr. 188 i medhold av § 146 annet ledd i lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker. Fremmet av Justis- og politidepartementet.

/

§ 1. Den rettsmedisinske kommisjon består av to faggrupper: Gruppe I for alminnelige rettsmedisinske spørsmål, og gruppe II for rettspsykiatriske spørsmål. Hver gruppe består av tre medlemmer som oppnevnes av Justisdepartementet for et tidsrom av fem år.

Ved oppnevning av medlemmer i første gruppe tas for to medlemmers vedkommende hensyn til spesialkunnskap i alminnelige rettsmedisin og patologisk anatomi samt for den enes vedkommende om mulig også i kirurgi. For det tredje medlems vedkommende tas hensyn til spesialkunnskap i intern medisin og toksikologi, samt om mulig også i kirurgi.

Ved oppnevning av medlemmer i annen gruppe legges særlig vekt på erfaring og kyndighet i rettspsykiatri. Et av medlemmene oppnevnes som kommisjonens formann.

§ 2. Samtidig med de faste medlemmer oppnevner Justisdepartementet for et tidsrom av fem år seks varamenn som tar sete i kommisjonen etter dennes bestemmelse.

Oppnevningen foretas særskilt for de to grupper og i det vesentlige etter de samme hensyn som i § 1 er bestemt for de faste medlemmer.

§ 3. Forelegges det for Den rettsmedisinske kommisjon spørsmål hvis besvarelse antas å gjøre tilkalling av spesialkyndige ønskelig, kan Justisdepartementet etter begjæring av kommisjonen oppnevne som ekstraordinære medlemmer en eller to representanter for vedkommende fag.

§ 4. Til assistanse for Den rettsmedisinske kommisjon antas en sekretær, som oppnevnes av Justisdepartementet etter forslag fra kommisjonen.

§ 5. Hver av de to faggrupper behandler i alminnelighet selvstendig de spørsmål som faller innenfor dens saksområde.

Hver gruppe skal ha en formann som fordeler og ekspederer dens saker og innkaller til møter. Kommisjonens formann er gruppeformann i sin gruppe. Den annen gruppeformann oppnevnes av Justisdepartementet for fem år og er stedfortreder for kommisjonens formann. En faggruppe er vedtaksfør når minst to medlemmer er til stede.

Når kommisjonens formann eller en faggruppe finner det ønskelig, trer kommisjonen sammen til felles møte. Dette forberedes og ledes av formannen, som også ekspederer alle saker som vedkommer kommisjonen som helhet.

Den rettsmedisinske kommisjon er vedtaksfør når minst to medlemmer av hver gruppe er tilstede.

§ 6. Den rettsmedisinske kommisjon skal:

(a) Gjennomgå innkomne erklæringer og uttalelser som angitt i straffeprosessloven § 147 tredje ledd.

Finner kommisjonen vesentlige mangler, skal den foruten å gjøre retten eller i tilfelle påtalemyndigheten oppmerksom på det (strpl. § 147 tredje ledd), pålegge de sakkyndige å avgi tilleggserklæring innen en passende frist. Uttalelser fra Den rettsmedisinske kommisjon legges ved de sakkyndiges erklæringer i saken.

(b) Bistå retten, påtalemyndigheten, offentlig oppnevnte forsvarere og sakkyndige med råd og opplysninger om rettsmedisinske spørsmål under strafferettslige undersøkelser.

(c) Bistå Justisdepartementet eller Helsedirektoratet i spørsmål av rettsmedisinsk art.

(d) Gi Justisdepartementet en årlig beretning om sin virksomhet. Kommisjonen kan, når den finner det påkrevd, selv foreta nødvendige undersøkelser og nytte sakkyndig hjelp. Når det foreligger spørsmål av spesialfaglig art, kan kommisjonen overlate den endelige behandling til to medlemmer, faste varamenn eller ekstraordinære, som antas å ha spesialkyndighet i det fag tilfellet hører under.

//

Forskriften her trer i kraft 1. april 1988.

Fra samme tidspunkt oppheves §§ 3 til 8 i reglement for Den rettsmedisinske kommisjon fastsatt ved kgl.res. 13. november 1931.

Vedlegg 3

Forskrift om antakelse av faste rettsmedisinske sakkyndige

Fastsatt ved kgl.res. 4. mars 1988 nr. 187 i medhold av § 140 første ledd i lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker. Fremmet av Justis- og politidepartementet.

/

Som faste rettsmedisinske sakkyndige etter straffeprosessloven § 140 anses:

(1) I medisinsk-kjemiske spørsmål:

De som Justisdepartementet oppnevner etter innstilling fra Den rettsmedisinske kommisjon.

(2) I psykiatriske spørsmål:

(a) Overlegene ved statens, fylkenes og kommunenes psykiatriske institusjoner, og andre leger som har utdanning svarende til det som kreves for å bli godkjent som spesialist i psykiatri, samt psykologer. Psykologer kan bare tjenestegjøre i tillegg til minst en spesialist i psykiatri.

(b) Andre leger som Justisdepartementet oppnevner etter innstilling fra Den rettsmedisinske kommisjon.

(3) I odontologiske spørsmål:

De som Justisdepartementet oppnevner etter innstilling fra Den rettsmedisinske kommisjon.

(4) I andre rettsmedisinske spørsmål:

(a) Universitetslærere i rettsmedisin, prosektorer og andre overordnede leger ved rettsmedisinske eller patologisk-anatomiske institusjoner

(b) Godkjente spesialister i kirurgi, intern medisin, neurologi og gynekologi og obstetikk for så vidt gjelder saker som omfattes av deres spesialitet, og allmennpraktiserende leger i saker hvor det ikke foretas obduksjon.

(c) Andre leger som Justisdepartementet oppnevner etter innstilling fra Den rettsmedisinske kommisjon.

(5) Den rettsmedisinske kommisjons medlemmer og deres varamenn, selv om de ikke står i de forannevnte utvalg.

//

Forskriften her trer i kraft 1. april 1988.

Fra samme tid oppheves § 1 og § 2 i reglement for Den rettsmedisinske kommisjon, fastsatt ved kgl.res. 13. november 1931.

Vedlegg 4

Medlemmer av Den rettsmedisinske kommisjon pr. 1. juli 2000

Pr. 1. juli 2000 var følgende personer oppnevnt som medlemmer av Den rettsmedisinske kommisjon:

Leder: Professor dr. med. Bjørnar Olaisen, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Rettsmedisinsk institutt

Gruppe I (alminnelig gruppe):

Faste medlemmer:

Professor dr. med. Bjørnar Olaisen, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Rettsmedisinsk institutt (leder)

Professor dr. med. Olav Anton Haugen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Det medisinske fakultet, Institutt for Morfologi

Professor dr. med. Sidsel Rogde, Universitetet i Tromsø, Det medisinske fakultet, Institutt for medisinsk biologi

Varamedlemmer:

Professor emeritus dr. med. Erik Enger

Professor dr. med. Torleiv Ole Rognum, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Rettsmedisinsk institutt

Professor dr. med. Inge Morild, Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet, Gades Institutt, Avdeling for patologi

Gruppe II (psykiatrisk gruppe):

Faste medlemmer:

Overlege cand. med. Randi Rosenqvist, Aker sykehus, Divisjon psykiatri, Regional sikkerhetsavdeling (leder)

Professor dr. med. Kjell Noreik, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sosialmedisin

Fylkeslege cand. med. Odd Herder, Nordland fylkeslegeembete

Varamedlemmer:

Overlege cand. med. Andreas Hamnes, Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus

Avdelingsoverlege cand. med. Hans Gustav Theodor, Vestfold sentralsykehus, Psykiatrisk avdeling

Politlege/Sjef militærpsykiatrisk poliklinikk cand. med. Stein Egil Ikdahl, Oslo politidistrikt/Oslo militære legekantor

Faste ekstraordinære medlemmer:

Både alminnelig gruppe og psykiatrisk gruppe har et panel av *faste ekstraordinære* medlemmer, oppnevnt av Justisdepartementet med hjemmel i forskriften § 3 (fagområder i parentes):

For alminnelig gruppe :

Professor emeritus dr. med. Kaare Solheim, (generell kirurgi)

Professor dr. med. Kåre Molne, Regionsykehuset i Trondheim, Kvinneklinikken (gynekologi, obstetikk)

Professor dr. med. Sven Erik Gisvold, Regionsykehuset i Trondheim, Anestesiavdelingen (anestesiologi, akuttmedisin)

Professor dr. med. Johan C. Ræder, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Instituttgruppe for Oslo kommunale sykehus, Ullevål sykehus, Anestesiavdelingen (anestesiologi, akuttmedisin)

Professor dr. med. Harald Olsen, Universitetsklinikken Det Norske Radiumhospital, Sentrallaboratoriet (farmakologi, toksikologi)

Førsteamanuensis cand. scient. Brita Teige, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Rettsmedisinsk institutt (rettstoksikologi)

Direktør cand. med. Erik Kreyberg Normann, Oslo kommune, Barne- og familieetaten (barnesykdommer)

Professor dr. med. Ragnhild Emblem, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Instituttgruppe for klinisk medisin – Rikshospitalet, Kirurgisk avdeling B (barnekirurgi)

Professor dr. med. Inggard Lereim, Regionsykehuset i Trondheim, Skade- og avkuttavdelingen (skademedisin)

Afdelingsleder dr. med. Niels Morling, Københavns Universitet, Retsmedicinsk Institut, Retsgenetisk afdeling (rettsgenetikk)

Instituttssjef professor dr. med. Jørg Mørland, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Instituttgruppe for laboratoriemedisin, Statens rettstoksikologiske institutt (rettstoksikologi)

For psykiatrisk gruppe :

Sjefpsykiolog dr. philos. Kirsten Rasmussen, Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus, avdeling Brøset (Klinisk psykologi, neuropsykologi)

Avdelingsoverlege cand. med. Kristin Aase, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Halden (barnepsykiatri)

Vedlegg 5

Lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet

§ 1. Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold. Justitsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke myndigheder der over for rådet kan fremsætte begæring om afgivelse af skøn, og i hvilke sager dette kan ske.

§ 2. Rådet består af indtil 12 læger. Det arbejder i 2 afdelinger, af hvilke den ene behandler retspsykiatriske spørgsmål og den anden alle øvrige retsmedicinske spørgsmål.

Stk. 2. Medlemmerne beskikkes af kongen. Justitsministeren udpeger blandt dem en formand og 2 næstformænd, en for hver afdeling.

Stk. 3. Justitsministeren beskikker et antal sagkyndige, af hvilke rådet kan tilkalde en eller flere til deltagelse i en sags behandling.

Stk. 4. Såfremt en sags behandling forudsætter en særlig sagkundskab, som rådets medlemmer og de i stk. 3 nævnte sagkyndige ikke i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af, kan rådet tilkalde andre sagkyndige til at deltage i sagens behandling.

Stk. 5. Beskikkelse af medlemmer og de i stk. 3 nævnte sagkyndige sker for 6 år. Når omstændighederne taler derfor, kan beskikkelse dog ske for et kortere åremål.

§ 3. Justitsministeren beskikker et antal praktiserende læger, tandlæger, jordemødre, sygeplejersker, hospitalslaboranter, fysioterapeuter, apotekere og apotekermedhjælpere til at deltage i rådets behandling af de i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 5 og lov om apotekervæsenet § 19 nævnte sager.

Stk. 2. Bestemmelsen i § 2, stk. 5, finder tilsvarende anvendelse.

§ 4. Justitsministeren fastsætter regler om rådets virksomhed.

§ 5. Lov nr. 131 af 16. april 1935 om retslægerådet ophæves.

Vedlegg 6

Forretningsorden af 20. april 1961 for Retslægerådet

I medfør af § 4 i lov nr. 60 af 25. marts 1961 om Retslægerådet fastsetter justitsministeriet følgende regler om rådets virksomhed.

§ 1. En sag behandles i almindelighed af 3 medlemmer eller sagkyndige. Formanden bestemmer, i hvilken afdeling en sag skal behandles, og hvilke medlemmer og sagkyndige, der skal deltage i behandlingen.

Stk. 2. Et medlem eller en sagkyndig, der har afgivet erklæring i en sag før dens forelæggelse for rådet, kan ikke deltage i rådets behandling af sagen, med mindre formanden under hensyn til sagens beskaffenhed finder det påkrævet.

§ 2. Til at deltage i rådets behandling af de i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse § 5 og lov om apotekervæsenet § 19 nævnte sager tilkalder rådet en praktiserende læge, tandlæge, jordemoder, sygeplejerske, hospitalslaborant, fysioterapeut, apoteker eller apotekarmedhjælper. Tilkaldelsen sker blandt de personer, justitsministeren beskikker i medfør af § 3 i lov om Retslægerådet.

§ 3. Sagerne behandles skriftligt. Mundtlig behandling finder dog sted, hvis formanden, vedkommende næstformand eller et medlem eller en sagkyndig, der har deltaget i den skriftlige behandling af sagen, finder det ønskeligt.

§ 4. Såfremt det må antages at være af betydning for en sags bedømmelse, skal rådet forhandle med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen eller i øvrigt har kendskab til den person eller det forhold, sagen vedrører. Sådan forhandling skal altid finde sted i tilfælde, hvor der er væsentlig uoverensstemmelse mellem en i embeds medfør afgivet lægeerklæring og rådets bedømmelse af sagen.

§ 5. Såfremt det materiale, der er forelagt for rådet, ikke skønnes at give et tilstrækkeligt grundlag for rådets bedømmelse af sagen, og et sådant grundlag ikke kan tilvejebringes på anden mer hensigtsmæssig måde, lader rådet den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige.

§ 6. Rådets erklæringer skal være ledsaget af grunde. Frembyder sagens bedømmelse tvivl, skal der redegøres herfor.

Stk. 2. Er de, der deltager i en sags behandling, ikke enige i bedømmelsen, skal de forkellige opfattelser fremgå af rådets erklæring.

Stk. 3. Har der fundet forhandlinger sted efter reglen i § 4, skal udfaldet af forhandlingen angives i erklæringen. Har forhandlingen været skriftlig, skal genparter af skrivelserne vedlægges.

Stk. 4. I erklæringen angives, hvem der har deltaget i sagens behandling.

§ 7. Efter hvert kalenderårs udløb afgiver rådet beretning til justitsministeren om sin virksomhed i det foregående år. Beretningen offentliggøres.

Vedlegg 7

Rigspolitehfens kundgørelse II nr. 8, bilag 1

Priserne er med virkning fra 1. januar 2000 fastsat således pr. prøve:

1. København Universitet

Retsgenetik

Straffesager	1 124,-
--------------	---------

Retskemi

Alkohol	196,-
---------	-------

Retskemisk	1 304,-
------------	---------

Narko	1 433,-
-------	---------

Retspatologi

Obduktion, inkl. Mikroskopi	14 032,-
-----------------------------	----------

Personundersøgelse	6 876,-
--------------------	---------

Findestedsundersøgelse	6 876,-
------------------------	---------

Ligsyn	2 123,-
--------	---------

Ligsyn v/ embedslæge i universitetsregi	1 137,-
---	---------

2. Århus Universitet

Retskemi

Alkohol	182,-
---------	-------

Retskemisk	1 559,-
------------	---------

Narko	1 559,-
-------	---------

Retspatologi

Obduktion, inkl. Mikroskopi	12 535,-
-----------------------------	----------

Personundersøgelse	7 423,-
--------------------	---------

Findestedsundersøgelse	7 423,-
------------------------	---------

Ligsyn	2 016,-
--------	---------

3. Odense Universitet

Retskemi

Alkohol	245,-
---------	-------

Retskemisk	1 860,-
------------	---------

Narko	1 860,-
-------	---------

Retspatologi

Obduktion, inkl. Mikroskopi	14 193,-
-----------------------------	----------

Ligsyn v/ embedslæge i universitetsregi	1 183,-
---	---------

Vedlegg 7	<p style="text-align: center;">NOU 2001: 12</p> <p style="text-align: center;">Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker</p>	251
Personundersøgelse		7 967,-
Findestedsundersøgelse		7 967,-

Vedlegg 8

Förordning (1996:613) med instruktion för Rättsmedicinalverket

Utfärdat av Justitiedepartementet 30.05.1996. Ändring införd: t.o.m. SFS
1998:1066

Uppgifter

1 § Rättsmedicinalverket är central förvaltningsmyndighet för rättspsykiatrisk, rättskemisk, rättsmedicinsk och rättsgenetisk verksamhet i den utsträckning sådana frågor inte skall handläggas av någon annan statlig myndighet.

2 § Rättsmedicinalverket skall särskilt svara för

1. rättspsykiatriska undersökningar i brottmål och läkarintyg som avses i 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål, m.m.,

2. rättsmedicinska obduktioner och andra rättsmedicinska undersökningar,

3. rättsmedicinsk medverkan i övrigt på begäran av domstol, länsstyrelse, allmän åklagare eller polismyndighet,

4. rättskemiska och rättsgenetiska undersökningar,

5. information inom sitt ansvarsområde till andra myndigheter och enskilda,

6. internationellt samarbete inom sitt ansvarsområde,

7. utvecklingsarbete och stöd åt forskning av betydelse för verksamheten.

3 § Rättsmedicinalverket får meddela föreskrifter om krav på särskild läkarkompetens för att utföra en sådan rättsmedicinsk undersökning som avses i lagen (1995:832) om obduktion m.m.

Rättsmedicinalverket får också meddela föreskrifter om förfarandet vid sådan undersökning samt om protokoll och utlåtande över undersökningen.

4 § Rättsmedicinalverket får inom sitt ansvarsområde utföra uppdrag om verksamheten i övrigt medger det. Uppdragen skall utföras mot ersättning som motsvarar kostnaden för sådan verksamhet.

Verksförordningens tillämpning

5 § Verksförordningen (1995:1322) skall tillämpas på Rättsmedicinalverket med undantag av 4 § andra stycket och 32 §. Förordning (1998:1066).

Myndighetens ledning

6 § Generaldirektören är chef för myndigheten.

Styrelse

7 § Rättsmedicinalverkets styrelse består av högst sju personer, generaldirektören medräknad. Generaldirektören är styrelsens ordförande.

Styrelsens ansvar och oppgifter

8 § Styrelsen får overlåta till generaldirektøren att besluta föreskrifter som avses i 13 § verksförordningen (1995:1322). Detta gäller dock inte föreskrifter som är av principiellt slag eller i övrigt av större vikt.

Personalföreträdare

9 § Personalföreträdarförordningen (1987: 1101) skall tillämpas på Rättsmedicinalverket.

Anställningar m.m.

10 § Generaldirektøren anställs genom beslut av regeringen.

Anställning inom verket som är förenad med en professur inom högskolan beslutas på det sätt som gäller för professuren. Innan den berörda tjänsteförslagsnämnden inom högskolan ger förslag skall nämnden samråda med Rättsmedicinalverket. En förenad anställning får endast ges till den som är behörig till båda anställningarna.

Annan personal anställs av Rättsmedicinalverket.

Överklagande

11 § Rättsmedicinalverkets beslut i andra ärenden än personalärenden får överklagas endast om det följer av en annan bestämmelse än 22 a § förvaltningslagen (1986:223).

Förordning (1998:1066).

Vedlegg 9

Utfyllende regler om bruk av sakkyndige i engelsk sivilprosess – Civil Procedure Rules part 35 Experts and assessors – Practice directions

Form and content of expert's reports

1.1 An expert's report should be addressed to the court and not to the party from whom the expert has received his instructions.

1.2 An expert's report must:

(1) give details of the expert's qualifications,
(2) give details of any literature or other material which the expert has relied on in making the report,

(3) say who carried out any test or experiment which the expert has used for the report and whether or not the test or experiment has been carried out under the expert's supervision,

(4) give the qualifications of the person who carried out any such test or experiment, and

(5) where there is a range of opinion on the matters dealt with in the report

(i) summarise the range of opinion, and

(ii) give reasons for his own opinion,

(6) contain a summary of the conclusions reached,

(7) contain a statement that the expert understands his duty to the court and has complied with that duty (rule 35.10 (2)), and

(8) contain a statement setting out the substance of all material instructions (whether written or oral). The statement should summarise the facts and instructions given to the expert which are material to the opinions expressed in the report or upon those opinions are based (rule 35.10 (3)).

1.3 An expert's report must be verified by a statement of truth as well as containing the statements required in paragraph 1.2 (7) and (8) above.

1.4 The form of the statement of truth is as follows:

"I believe that the facts I have stated in this report are true and that the opinions I have expressed are correct."

1.5 Attention is drawn to rule 32.14 which sets out the consequences of verifying a document containing a false statement without an honest belief in its truth.

(For information about statements of truth see Part 22 and the practice directions which supplements it.)

1.6 In addition, an expert's report should comply with the requirements of any approved expert's protocol.

Vedlegg 10

Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation No. R (99) 3 of the Committee of Ministers to member states on the harmonisation of medico-legal autopsy rules ¹

(Adopted by the Committee of Ministers on 2 February 1999, at the 658th meeting of the Ministers' Deputies)

The Committee of Ministers, under the terms of Article 15. *b* of the Statute of the Council of Europe, Considering that the aim of the Council of Europe is to achieve a greater unity between its members;

Having regard to the principles laid down in the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms and, in particular, the prohibition of torture or inhuman or degrading treatment or punishment, and the right to life;

Conscious that it is normal practice for autopsies to be carried out in all Council of Europe member States to establish the cause and manner of death for medico-legal or other reasons or to establish the identity of the deceased;

Considering the importance of compensation for victims and families in criminal and civil proceedings;

Underlining the need for investigation, description, photographic documentation and sampling during medico-legal autopsy to follow primarily medical and scientific principles and simultaneously consider legal requirements and procedures;

Conscious that the increasing mobility of the population throughout Europe and the world, as well as the increasing internationalisation of judicial proceedings, require the adoption of uniform guidelines on the way autopsies are to be carried out and on the way autopsy reports are to be established;

Considering the Council of Europe Agreement on the Transfer of Corpses (European Treaty Series No. 80) and having regard to the difficulties often experienced by the receiving country when a dead body is repatriated from one member state to another;

Aware of the importance of proper autopsy procedures, in particular with a view to bringing to light illegal executions, and murders perpetrated by authoritarian regimes;

Underlining the need to protect the independence and impartiality of medico-legal experts, as well as to make available the necessary legal and technical facilities for them to carry out their duties in an appropriate way and to promote their training;

Considering the importance of national quality control systems to ensure the proper performance of medico-legal autopsies;

Underlining the need to strengthen international co-operation with a view to the progressive harmonisation of medico-legal autopsy procedures at a European level;

Having regard to Recommendation 1159 (1991) on the harmonisation of autopsy rules adopted, at its 43rd Ordinary Session, by the Parliamentary Assembly of the Council of Europe;

Having regard to the Model Autopsy Protocol of the United Nations, endorsed by the General Assembly of the United Nations in 1991;

Taking into account the “guide on disaster victim identification” adopted by the International Criminal Police Organisation (Interpol) General Assembly in 1997,

1. Recommends the governments of member states:

i. to adopt as their internal standards the principles and rules contained in this recommendation;

ii. to take or reinforce, as the case may be, all appropriate measures with a view to the progressive implementation of the principles and rules contained in this recommendation;

iii. to set up a quality assurance programme to ensure the proper implementation of the principles and rules contained in this recommendation.

2. Invites the governments of member states to inform the Secretary General of the Council of Europe upon his or her request of the measures taken to follow up the principles and rules contained in this recommendation.

Principles and rules relating to medico-legal autopsy procedures

Scope of the recommendation

1. In cases where death may be due to unnatural causes, the competent authority, accompanied by one or more medico-legal experts, should where appropriate investigate the scene, examine the body and decide whether an autopsy should be carried out.

2. Autopsies should be carried out in all obvious or suspected unnatural death, even where there is a delay between causative events and death, in particular:

- a) homicide or suspected homicide;
- b) sudden, unexpected death, including sudden infant death;
- c) violation of human rights such as suspicion of torture or any other form of ill treatment;
- d) suicide or suspected suicide;
- e) suspected medical malpractice;
- f) accidents, whether transportation, occupational or domestic;
- g) occupational disease and hazards;
- h) technological or environmental disasters;
- i) death in custody or death associated with police or military activities;
- j) unidentified or skeletalised bodies.

3. Medico-legal experts must exercise their functions with total independence and impartiality. They should not be subject to any form of pressure and they should be objective in the exercise of their functions, in particular in the presentation of their results and conclusions.

Principle I – Scene investigation

a. General principles

1. In case of obvious or suspected unnatural death, the physician who first attended the dead body should report to the competent authorities, the latter deciding whether an examination should be carried out by a qualified medico-legal expert or by a physician familiar with medico-legal examina-

tion.

2. Particularly in cases of homicide or suspicious death, medico-legal experts should be informed without delay and, where appropriate, go immediately to the place where the body is found and have immediate access there. In this respect, there should be an adequate structure of co-ordination among all persons involved and, in particular, among judicial bodies, medico-legal experts and police.

b. Examination of the body

1. Role of the police

The following tasks, among others, should be carried out by police officers:

- a) record the identities of all persons at the scene;
- b) photograph the body as it is found;
- c) make sure that all relevant artifacts are noted, and that all exhibits, such as weapons and projectiles, are seized for further examination;
- d) in agreement with the medico-legal expert, obtain identification of the body and other pertinent information from scene witnesses, including those who last saw the decedent alive, where available;
- e) protect the deceased's hands and head with paper bags, under the control of the medico-legal expert;
- f) preserve the integrity of the scene and surroundings;

2. Role of the medico-legal expert

The medico-legal expert should without delay:

- a) be informed of all relevant circumstances relating to the death;
- b) ensure that photographs of the body are properly taken;
- c) record the body position and its relation to the state of the clothing and to the distribution pattern of rigor mortis and hypostasis, as well as the state of *post-mortem* decomposition;
- d) examine and record the distribution and pattern of any blood stains on the body and at the scene, as well as other biological evidence;
- e) proceed to a preliminary examination of the body;
- f) except where the body is decomposed or skeletal, note the ambient temperature and deep-rectal temperature of the body, and estimate the time of death by recording the degree, location and fixation of rigor mortis and hypostasis, as well as other findings;
- g) make sure that the body is transported and stored in a secure and refrigerated location in an undisturbed state.

Principle II – Autopsy physicians

Medico-legal autopsies should be performed, whenever possible, by two physicians, of whom at least one should be qualified in forensic pathology.

Principle III – Identification

In order to ensure that proper identification of the body is carried out in accordance with the disaster victim identification guide adopted by the General Assembly of Interpol in 1997, the following criteria should be considered:

visual recognition, personal effects, physical characteristics, dental examination, anthropological identification, finger prints and genetic identification.

1. Visual identification

Visual identification of a body should be carried out by relatives or persons who knew and have recently seen the decedent.

2. Personal effects

A description of clothing, jewellery and pocket contents should be recorded. These may assist correct identification.

3. Physical characteristics

Physical characteristic should be recorded through an external and an internal examination.

4. Dental examination

Where appropriate, the examination of teeth and jaws should be carried out by a dentist with medico-legal experience.

5. Anthropological identification

Whenever human material is skeletised or in an advanced stage of decomposition, an anthropological identification should be carried out, if necessary.

6. Fingerprints

Where appropriate, fingerprints should be taken by police officers.

A close collaboration should exist between all experts involved.

7. Genetic identification

Where appropriate, genetic identification should be carried out by an expert in forensic genetics.

It is appropriate to take biological samples from the deceased in order to assist genetic identification. Measures should be taken in order to avoid contamination and guarantee appropriate storage of biological samples.

Principle IV – General considerations

1. Medico-legal autopsies and all related measures must be carried out in a manner consistent with medical ethics and respecting the dignity of the deceased.

2. Where appropriate, the closest relatives should be given an opportunity to see the corpse.

3. Before beginning the autopsy, the following minimum rules should be applied:

- a) record the date, time and place of autopsy;
- b) record the name(s) of the medico-legal expert(s), assistant(s) and all other persons present at the autopsy with indication as to the position and role of each one in the autopsy;
- c) take colour photographs or video, where appropriate, of all relevant findings and of the dressed and undressed body;
- d) undress the body, examine and record clothing and jewellery, verify the correspondence between injuries on the body and clothing;
- e) where appropriate, take X-rays, particularly in cases of suspected child abuse, and for identification and location of foreign objects.

4. Where appropriate, before beginning the autopsy, body orifices should be appropriately swabbed for the recovery and identification of biological trace evidence.

5. If the decedent was hospitalised prior to death, admission blood specimens and any X-rays should be obtained as well as hospital records.

Principle V – Autopsy procedures

1. External examination

1. The examination of the clothing is an essential part of the external examination and all findings therein are to be clearly described. This is especially important in those cases where the clothing has been damaged or soiled: each area of recent damage must be described fully and relevant findings are to be related to the site of injuries on the corpse. Discrepancies in such findings are also to be described.

2. The description of the body following an external examination must include:

- a) age, sex, build, height, ethnic group and weight, nutritional state, skin colour and special characteristics (such as scars, tattoos or amputations);
- b) post-mortem changes, including details relating to rigor and post mortem hypostasis – distribution, intensity, colour and reversibility – and putrefaction and environmentally induced changes;
- c) findings on a primary external inspection and description which, if required, include sampling of stains and other trace evidence on the body surface and a reinspection after removal and cleaning of the body;
- d) inspection of the skin of the posterior surfaces of the corpse;
- e) description and careful investigation of the head and the facial orifices includes: colour, length, density and distribution of hair (and beard); nasal skeleton; oral mucosa, dentition and tongue; ears, retro-auricular areas and external meati; eyes: colour of irises and sclerae, regularity and appearance of pupils, sclerae, conjunctivae; skin (presence and absence of petechiae to be described); if fluids have been evacuated from facial orifices, their colour and odour;
- f) neck: checking for excessive mobility, presence and absence of abrasions, other marks and bruising (including petechiae) over the entire circumference of the neck;
- g) thorax: shape and stability; breasts; aspect, nipples and pigmentation;
- h) abdomen: external bulging, pigmentation, scars, abnormalities and bruising;
- i) anus and genitals;
- j) extremities: shape and abnormal mobility, abnormalities; injection marks and scars; palmar surfaces, finger and toe nails;
- k) material findings under fingernails.

3. All injuries, including abrasions, bruises, lacerations and other marks have to be described by shape, exact measurement, direction, edges, angles and location relative to anatomical landmarks. Photographs should be taken. Bite marks shall be swabbed, and casts made where necessary.

4. Signs of vital reaction around wounds, foreign particles inside wounds and in their surroundings and secondary reactions, such as discolouration, healing and infections must also be described.

5. The investigation of cutaneous and sub-cutaneous bruising may require local skin incision.

6. Where appropriate, specimens from wounds must be removed for further investigations, such as histology and histochemistry.

7. All signs of recent or old medical and surgical intervention and resuscitation must be described. Medical devices must not be removed from the body before the intervention of the medico-legal expert.

8. A decision has to be taken at this stage as to the strategies of investigation and the necessity of documentation by X-rays and other imaging procedures.

II. Internal examination

A. General

1. All relevant artifacts produced by the dissection and from sampling procedures, must be documented.
2. All three body cavities – head, thorax and abdomen – must be opened layer by layer. Where appropriate, the vertebral canal and joint cavities should be examined.
3. Examination and description of body cavities include: an examination for the presence of gas (pneumothorax), measurement of volume of fluids and blood, appearance of internal surfaces, intactness of anatomical boundaries, external appearance of organs and their location; adhesion and cavity obliterations, injuries and haemorrhage.
4. The demonstration and dissection of the soft tissues and musculature of the neck have to be components of all medico-legal autopsies (see the paragraph concerning special procedures).
5. All organs must be examined and sliced following established guidelines of pathological anatomy. This includes opening of all relevant vessels, for example, intracranial arteries, sinuses, carotid arteries, coronary arteries, pulmonary arteries and veins, aorta and vessels of the abdominal organs, femoral arteries and lower limb veins. Relevant ducts have to be dissected, for example, central and peripheral airways, biliary ducts and ureters. All hollow organs have to be opened and their content described by colour, viscosity, volume (samples should be retained, where appropriate). All organs have to be sliced and the appearance of the cut surface described. If injuries are present, the dissection procedure may have to vary from the normal one: this should be appropriately described and documented.
6. All internal lesions and injuries must be precisely described by size and location. Injury tracks must be described in order to include their direction as regards the organ anatomy.
7. The weight of all major organs must be recorded.

B. Detailed

1. Head

- a) Before opening the skull, the periosteum must be scraped off in order to display or exclude any fractures.
- b) The head examination procedure must allow the inspection and description of the scalp, external and internal surfaces of the skull and of the tem-

- poral muscles.
- c) The thickness and appearances of the skull and sutures, the appearances of the meninges, the cerebrospinal fluid (CSF), the wall structure and contents of cerebral arteries and sinuses must be described. The description of the bones must also include an examination of their intactness, including the connection between the skull and the first two vertebrae.
 - d) In obvious or suspected head injury (for example, if a detailed examination is required or if autolysis or putrefaction is present) fixation of the whole brain is recommended before its dissection.
 - e) Middle ears must be always opened and nasal sinuses where indicated.
 - f) The soft tissue and skeleton of the face is dissected only in relevant cases, using a cosmetically acceptable technique.

2. Thorax and neck

The opening of the thorax must be performed using a technique which allows the demonstration of the presence of pneumothorax and the inspection of the thorax walls, including the postero-lateral regions. *In situ* dissection of the neck must display the details of its anatomy.

3. Abdomen

The opening procedure of the abdomen must allow an accurate examination of all layers of the walls, including the postero-lateral regions. *In situ* dissection is necessary in certain cases, particularly for the demonstration of injury tracks and evacuation of fluids. Dissection of organs should observe anatomical continuity of systems, where possible. The whole intestine must be dissected and its contents described.

4. Skeleton

- a) The examination of the thoracic cage, the spine and the pelvis must be part of the autopsy procedure.
- b) Where appropriate traumatic deaths need a precise dissection of the extremities, possibly complemented by X-ray examination.

5. Special procedures

- a) If there is any suspicion of neck trauma, the brain and thoracic organs are to be removed prior to the dissection of the neck, to enable detailed dissection to take place in a bloodless field.
- b) If there is a suspicion of air embolism, pre-autopsy radiology of the thorax must be performed. The first stage of the autopsy in such a case must be a careful partial opening of the thorax and dislocation of the lower three-quarters of the sternum with the subsequent opening of the heart under water, allowing the measurement and sampling of escaping air or gas.
- c) For the demonstration of particular injury patterns, deviation from the normal procedure of dissection has to be accepted, provided that such procedures are specifically described in the autopsy report.
- d) The dissection in traumatic deaths must include a full exposure of the soft

tissues and musculature on the back of the body. The same procedure must be applied to the extremities (so called “peel-off” procedure).

- e) In suspected or overt sexual assaults, the sexual organs are to be removed “en bloc” together with the external genitalia, rectum and anus, before they are dissected. Relevant swabs of orifices and cavities must be taken prior to this procedure.

6. Sampling

The scope of the sampling procedure is to be case-dependent. However, the following minimum rules should be applied:

- a) in all autopsies, the basic sampling scheme includes specimens from the main organs for histology and peripheral blood sampling (such as for alcohol and drug analyses and genetic identification), urine and gastric contents. All blood samples must be peripheral blood and not heart or thoracic;
- b) if the cause of death cannot be established with the necessary degree of certainty, sampling includes additional specimens and fluids for metabolic studies and thorough toxicology. This includes blood, vitreous humour, CSF, bile, hair samples and further relevant tissues;
- c) if death is related to physical violence, sampling includes the injuries, for example to determine wound age and any foreign materials in the wounds;
- d) if reconstructions are desirable, the removal of bones and osseous compartments may become necessary;
- e) if identification is the predominant aim, the removal of jaws and other bones may be necessary;
- f) if strangulation or the application of physical force to the neck is suspected or diagnosed, the entire neck structures, musculature and neurovascular bundles must be preserved for histology. The hyoid bone and the laryngeal cartilages must be dissected very carefully;
- g) biological samples must be collected in tightly closed jars, properly preserved and placed under seal and transported to the laboratory in perfect safety;
- h) certain specimens and fluids need to be sampled in a special way and analysed without delay.

7. Release of the body

After a medico-legal autopsy has been carried out, medico-legal experts should ensure that the body is returned in a dignified condition.

Principle VI – Autopsy report

1. The autopsy report is as important as the autopsy itself, as the latter is of little value if the findings and opinions of the medico-legal expert are not communicated in a clear, accurate and permanent document. The autopsy report should be an integral part of the autopsy procedure and be drafted carefully.

2. The report should therefore be:

- a) full, detailed, comprehensive and objective;
- b) clear and comprehensible not only to other doctors, but also to non-medical readers;

- c) written in a logical sequence, well-structured and easy to refer to in various sections of the report;
- d) be in a legible and permanent form, with hard paper copy even if it is retained in electronic storage;
- e) be written in a discursive “essay” style;

3. When drafting an autopsy report, the following minimum content should be included:

- a) legal preface to fulfil statutory requirements, if needed;
- b) serial number, computer retrieval coding and International Classification of Disease Code (ICD) code;
- c) full personal details of deceased (including name, age, sex, address and occupation) unless unidentified;
- d) date, place and time of death, where known;
- e) date, place and time of autopsy;
- f) name, qualifications and status of medico-legal expert(s);
- g) persons present at the autopsy and their function;
- h) name of the authority commissioning the autopsy;
- i) person(s) identifying the body to the medico-legal expert;
- j) name and address of the medical attendant of the deceased;
- k) a synopsis of the history and circumstances of the death, as given to the medico-legal expert by the police, judges, relatives or other persons, as well as information contained in the file, where available;
- l) description of the scene of death, if attended by the medico-legal expert; reference should be made to the provisions contained in Principle I above;
- m) external examination; reference should be made to the provisions of Principle V above;
- n) internal examination by anatomic systems, together with a comment on every organ. Reference should be made to the provisions of Principle V above;
- o) a list of all samples retained for toxicology, genetic identification, histology, microbiology and other investigations should be included; all such specimens should be identified and attested by the medico-legal expert according to the legal system of the state concerned, for continuity of evidence;
- p) results of ancillary investigations, such as radiology, odontology, entomology and anthropology should be included, when such results are available;
- q) one of the most important parts of the autopsy report is the evaluation of the significance of the accumulated results by the medico-legal expert. After termination of the autopsy, evaluation is usually provisional because later findings and later knowledge of other circumstantial facts can necessitate alteration and modification. Medico-legal experts must interpret the overall findings so that the maximum information and opinion can be offered. Also questions that have not been raised by the competent authority must be addressed if they could be of significance;
- r) based on the final interpretation, the cause of death (in the International Classification of Disease should be given. Where several alternatives for the cause of death exist and the facts do not allow a differentiation between

them, the medico-legal expert should describe the alternatives and, if possible, rank them in order of probability. If this is not possible, then the cause of death should be certified as "Unascertained";

- s) the report should be finally checked, dated and signed by the medico-legal expert(s).

4. The date of the autopsy and the date of the provisional report should never be more than a day or two apart. The date of the autopsy and the date of the final report should be as close together as possible.

Appendix to Recommendation No. R (99) 3

Specific procedures (selected examples)

1. Constriction of neck (hanging, manual and ligature strangulation)

The examination of the scene where the body was found is extremely important: for example the presence of a chair or similar platform; fastening of the strangulation device; technique of tying of the knot; adhesive taping of hands and objects for trace evidence:

- Strangulation marks: depth, width, intermediate rings, direction, suspension point, raised ridges of skin, zones of hyperaemia, presence of duplicate strangulation marks; further specific neck injuries: dried excoriations due to slippage of the implement, marks due to textile weave pattern and structure, distribution of petechiae in the skin, bruising, scratch marks, blisters in the strangulation mark.
- Bleeding from facial orifices. Differences in widths of the pupils, localization of hypostasis, presence and distribution of congestion.
- Injuries due to convulsions, defensive injuries, injuries due to being held forcibly.

Dissection of the soft tissues, of the musculature and of the organs of the neck in a bloodless field is essential .

2. Drowning / Immersion

Note carefully the following findings: foam at the mouth, cutis anserina, maceration, mud and algae, lesions due to water animals, injuries due to surroundings (for example rocks and ships), loss of nails, skin, localization of livor mortis.

Technique: sampling of gastric contents, precise description of the lungs (weight, measurement, extent of emphysema), sampling, lung fluid, liver and other tissues, for the possible demonstration of diatoms and other contaminants.

If required, sampling of drowning medium (for example river, bath water) should be carried out.

3. Sexually motivated murder

The inspection and documentation of the scene of crime, e.g. relative to the injury pattern, is especially important. All injuries must be photographed

together with a scale. If required, the body surfaces must be investigated under UV light and taped. Search for and sampling of foreign biological material must include pubic hairs and secretions on the body surface as for instance originating from bites. Such material must be preserved carefully for DNA investigation and protected against contamination. "En bloc" dissection of the genital organs is strongly recommended. It is also necessary to proceed to the careful removal and sampling of material under the fingernails and control hairs.

4. Death from child abuse and neglect

State of nutrition and general care, thorough description and documentation of external injuries and scars, thorough examination for bone fractures (X-ray), must be evaluated.

Consider the removal of a variety of tissues: for example all injuries, regional lymph nodes in malnutrition, endocrine organs, immuno-competent tissues, specimens from different parts of the intestine.

5. Infanticide / still-birth

Special techniques of dissection are necessary to expose the falx cerebri and the tentorium cerebelli; describe the site of caput succedaneum; remove all fractures "en bloc"; investigate all bone centres of ossification (size and presence). Special care is to be applied to the thoracic organs: degree of inflation of the lungs, flotation test "en bloc" and "en detail". However, the limitations of the flotation test must be appreciated. All malformations must be described. As regards abdominal organs, gas content of the intestine must be investigated. The umbilical cord and the placenta must be subject to morphological and histological examination.

6. Sudden death

A subdivision into three main categories relative to the further strategy after gross examination is useful:

- a) findings that obviously explain the sudden occurrence of death (for example haemopericardium, aortic rupture). Cases belonging to this category can usually be regarded as sufficiently solved;
- b) findings that could explain the death but allow other explanations. Cases belonging to this category necessitate the exclusion of, for example, poisoning and possibly histological proof of recent or chronic alterations relative to the cause of death;
- c) findings are either nil/minimal or do not explain the occurrence of death. Cases belonging to this category will usually require extensive further investigations. This is especially so with sudden infant death cases. In such cases a more comprehensive investigative scheme is essential.

7. Shooting fatalities

The following should be carried out:

- extensive account on the scene of the incident, of weapons involved, of

- types of bullets, of sites of “environmental” damage, of cartridge cases and of relative positions of persons involved;
- thorough examination of the clothing and description of relevant damage and careful sampling;
 - thorough investigation and documentation of any blood (splashes) on the body surfaces (including clothing and hands);
 - precise description of bullet entry and exit wounds relative to anatomical landmarks and distances from the soles of the feet and bullet tracks within the body;
 - description of any impression marks of the muzzle;
 - excision of uncleaned skin specimens surrounding entry and exit wounds;
 - X-ray before and/or during autopsy (where necessary);
 - determination of bullet tracks and their direction(s);
 - final determination of direction(s) of fire, of the succession of shots, of intra-vital occurrence, of the victim’s position (s).

8. Death caused by explosive devices

- a) As well as evaluating the cause of death, autopsy is essential to assist in reconstructing the nature of the explosion and identifying the type and maker of the explosive device, especially in aircraft sabotage or other terrorist actions.
- b) Full X-ray of the body must be made to detect and localise any metallic objects, such as detonator components, which may lead to the identification of the explosive device.
- c) The pattern of injury may indicate that the dead person was a perpetrator of the explosion, for example maximum injury in the lower abdominal region suggests that he or she carried the device on his or her lap during a premature explosion.
- d) At autopsy, all foreign objects in the tissues, identified on X-rays, must be carefully preserved for forensic examination.
- e) Samples of tissues, clothing, etc., must be retained for chemical analysis to identify the type of explosive.

9. Blunt and/or sharp force injuries

The following should be carried out:

- examination of the weapons or objects that are possibly involved (especially their dimensions);
- extensive examination and inspection of clothing (including damage, stains);
- careful dissection and description of all tracks (layer by layer) including their dimensions and weapon-related traces, signs of vitality.

10. Fire Deaths

The following should be carried out:

- examination of remains of clothing, – specific types and shapes of skin combustions;

- search for heat-related alterations and peculiarities;
- demonstration/exclusion of fire accelerants.;
- search for signs of vitality: carbon monoxide, HCN, soot inhalation, skin lesions.

11. Suspicion of intoxication (General Outlines)

11.1 Where anatomical findings do not reveal a cause of death and/or there is vague suspicion of poisoning, basic sampling should include peripheral blood, urine, stomach contents, bile, liver and kidney.

11.2 If specific suspicion arises, sampling should be group-related as follows:

- hypnotics, sedatives, psycho-active drugs, cardiac drugs and analgesics, pesticides: as aforementioned under (11.1);
- drugs of abuse: as aforementioned under (11.1) and additionally cerebrospinal fluid, brain tissue, injection marks, hairs;
- volatile fat-soluble substances such as fire accelerant and solvents: as aforementioned under (11.1) and in addition: blood from left ventricle, brain tissue, subcutaneous fat tissue, lung tissue, clothing;
- nutritional intoxication: as aforementioned under (11.1) and in addition: intestinal contents, if possible taken from 3 different sites;
- suspicion of chronic intoxication (heavy metals, drugs, pesticides etc.) as aforementioned under (11.1) and in addition: hairs (tufts), bones, fat tissue, intestinal contents.

12. Decomposed bodies

The presence of decomposition does not remove the need for a full autopsy.

Radiological examination will exclude bony injury, the presence of foreign bodies, for example bullets.

Toxicological studies (particularly estimation of alcohol concentrations) should be carried out but interpreted with great caution.
