

Rettspsykiatri - organisering, forskning og utdanning

Rapport fra arbeidsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, med deltakelse fra Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedirektoratet

Oslo, 25.6.2013

Innhold

1. Bakgrunn – definisjon – mandat

2. Sammendrag

3. Utredningsarbeidet

4. Forholdet til tilregnelighetsutvalget

5. Dagens ordning og kritikken mot denne

6. Nærmere om den rettspsykiatriske virksomhet og omfang av tjenesteproduksjonen

6.1 Utdanning av rettspsykiatrisk sakkyndige, ABC-modellen

6.2 Forskning og fagutvikling, de regionale kompetansesentrene

6.3 Omfang av tjenesteproduksjonen

6.4 Den rettsmedisinske kommisjon og sekretariatet, ekstern kvalitetskontroll og øvrige oppgaver

7. Rettspsykiatriske undersøkelser og oppnevning av rettspsykiatrisk sakkyndige – straffeprosesslovens regler

8. Organiseringen i Danmark og Sverige

8.1 Danmark

8.2 Sverige

9. Organisering av øvrige deler av rettsmedisinen

10. Forslag i tidligere utredninger

10.1 Rognum-utvalget (NOU 2001: 12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker)

10.2 Hareide-rapporten 2006 (oppfølging av NOU 2005: om DNA-reformen)

10.3 Møland rapporten 2008 (Rapport fra 2008 om etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet mv.)

10.4 Tidligere innspill fra DRK og Kompetansesentrene

11. Vurdering av forslag i tidligere utredninger

12. Forslag til organisasjonsmodell

12.1 Overordnede krav: Bedre kvalitet og tilgjengelighet

12.2 Kompetansesentrene som utgangspunkt for ny landsdekkende struktur for rettspsykiatrisk tjenesteproduksjon

12.3 Register

12.4 Øvrige serviceoppgaver/administrative oppgaver

12.5 Statistikkføring

12.6 Foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser

12.7 Den fullstendige rettspsykiatriske undersøkelsen – undersøkelsesbetingelser og innhold

12.8 Observasjon i sykehus etter straffeprosessloven paragraf 167

12.9 Oppgaver som bør vurderes ivaretatt sentralt – forholdet til et mulig fremtidig koordinerende organ for rettsmedisinsk virksomhet

12.10 Krav til rettspsykiatrisk sakkyndige

13. Forskning og utdanning

14. Pilotprosjekt ved kompetansesenteret på Brøset, Helse Midt-Norge RHF

15. Administrative og økonomiske konsekvenser

1. Bakgrunn – definisjon - mandat

I følge NOU 2001:12 (Rognum-utvalget) omfatter rettsmedisinsk virksomhet i vid forstand så vel produksjon og kontroll av tjenester, som forskning og undervisning. I NOUen brukes begrepet rettspsykiatri ”som betegnelse om psykiatere og psykologers sakkyndigvirksomhet for domstolene (foreløpige og fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser og beslektede granskninger og vurderinger)”, jf. pkt. 7.1 side 47.

Kjernen i rettspsykiatrisk virksomhet i straffesaker er å foreta rettspsykiatriske undersøkelser av siktede. Formålet er å gi retten råd om siktede var tilregnelig i gjerningsøyeblikket, jfr. straffeloven § 44, jf. NOU 2001:12 pkt 8.8.1 side 74. Etter endringer i straffeloven gir sakkyndige også retten råd om gjentakelsesfare, jf. Strl. § 39a-c. Av årsrapporten til Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) for 2011 fremgår det at kommisjonen behandlet 597 erklæringer, hvorav 367 rettspsykiatriske erklæringer.

I forbindelse med opprettelsen av tilregnelighetsutvalget, besluttet regjeringen å sette i gang en utredning av organiseringen av det rettspsykiatriske arbeidet, med internfrist sommeren 2013 for å presentere eventuelle forslag til endringer for regjeringen. Utredningen har vært utført i og under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet.

I oppdraget beskrives det som en svakhet ved dagens rettspsykiatri at fagfeltet ikke er tilknyttet noe universitetsinstitutt eller fagenhet som for eksempel har ansvar for rekruttering, akkreditering eller annen fagutvikling. Videre påpekes det at dagens system, der rettspsykiatrisk praksis i all hovedsak er privat entrepriser, ikke er egnet til å sikre standardiserte betingelser for rettspsykiatriske utredninger. Det bes utredet hvilke organisatoriske rammer som kan bidra til standardiserte betingelser for observasjonene og høy faglig kvalitet i det rettspsykiatriske arbeidet, herunder behovet for intern kvalitetssikring av utredningene. I utredningsarbeidet skal det også sees hen til hvordan de øvrige rettsmedisinske grenene nå er organisert. Utredningen skal også omfatte rettspsykiatrisk forskning og utdanning.

2. Sammendrag

Det overordnede målet ved organisering av rettspsykiatriske tjenester er å sikre rekvirentene (domstolene og politi/påtalemyndighet) tilgang til sakkyndig kompetanse av høy kvalitet. Utredningen tar utgangspunkt i at det er nødvendig med en sterkere offentlig rolle i tjenesteproduksjonen, men uten at det offentlige gis et formalisert ansvar for hele produksjonen – noe som ville medføre uheldige fortrenningseffekter og press på kapasiteten i psykisk helsevern. Det foreslås at en fremtidig organisering bygger på de tre regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (underlagt de regionale helseforetakene), og at disse brukes som grunnlag for å bygge opp en landsdekkende struktur for den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen.

Det foreslås at de regionale sentrene får ansvar for å ha oppdatert register over sakkyndige og at de bistår rekvirentene med faglige vurderinger av hvilken

sakkyndighet som er egnet i den enkelte sak, eventuelt bistår ved utforming av mandat. Det foreslås videre at sentrene gir administrativ støtte til de sakkyndiges arbeid, blant annet innhenting av relevant dokumentasjon fra politi, helsemyndigheter mv. Sentrene skal også føre statistikk knyttet til bruk av rettspsykiatrisk sakkyndighet. Slik statistikk vil blant annet være viktig som grunnlag for forskning og fagutvikling.

Register over sakkyndige og statistikkoppgaver ivaretas i dag av Den rettsmedisinske kommisjon. Forslagene flytter oppgavene fra kontrollfunksjonen over i produksjonslinjen, noe som vurderes som prinsipielt mer riktig.

Det foreslås å innføre formalkrav til sakkyndige. Utover krav til autorisasjon og spesialistkompetanse i psykiatri/psykologi, stilles det krav til gjennomført spisskompetansekurs i rettspsykiatri, hovedstilling i klinisk miljø og forpliktelse til faglig oppdatering. Kravene som foreslås innført, vil avskjære enkelte som i dag utelukkende driver en rettspsykiatrisk praksis.

Ideelt sett burde betingelsene for gjennomføring av den rettspsykiatriske undersøkelsen være mer ensartet enn i dag, for eksempel ved at alle samtaler skjedde i lokalene til det rettspsykiatriske senteret. Dette bør gjøres så langt det er hensiktsmessig, men praktiske og kostnadmessige argumenter taler for at den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen fortsatt i stor grad vil være desentralisert. En utprøving av modellen, jf omtalen under kap. 14 om pilotprosjekt på Brøset, vil gi bredere grunnlag for å vurdere om en større del av undersøkelsene på sikt bør legges til de regionale kompetansesentrene.

De tre regionale kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri er utgangspunkt for forskningen innen rettspsykiatri, og har i tillegg oppgaver innen fagutvikling, undervisning og veiledning. Disse funksjonene skal videreutvikles, og det foreslås at Helsedirektoratet gir sentrene i oppdrag å utarbeide en anbefaling om hvilke undersøkelsesverktøy (tester, maler mv) som kan bidra til mer standardiserte betingelser for observasjonene.

I tråd med forslag fra fagmiljøet, foreslås at de tre regionale sikkerhetsavdelingene ved de regionale helseforetakene får et formalisert ansvar for å gjennomføre tvungne døgnobservasjoner etter straffeprosessloven § 167 - slik det i hovedsak gjøres i dag.

3. Utredningsarbeidet

Utredningsarbeidet har vært organisert som en arbeidsgruppe ledet av Helse-og omsorgsdepartementet, med deltakelse fra Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedirektoratet. Spesialrådgiver Øystein Mæland har ledet arbeidet, og deltakere i arbeidsgruppen har vært seniorrådgiver Siv Lunde (HOD), avdelingsdirektør Geir Helgeland (HOD), seniorrådgiver Anne Lene Staib Knudsen (JD) og seniorrådgiver Anne-Grete Kvanvig (Helsedirektoratet). På grunnlag av ovennevnte oppdrag har arbeidet konsentrert seg om organiseringen av den rettsmedisinske

tjenesteproduksjonen som samlet utgjøres av følgende tre elementer: Foreløpige undersøkelser (såkalte prejudisielle observasjoner), de fullstendige rettspsykiatriske observasjonene samt innleggelse på psykiatrisk sykehus for døgnobservasjon i medhold av straffeprosessloven § 167. I tillegg omfatter utredningen tiltak for å styrke forskning og utdanning innen fagfeltet.

Arbeidsgruppen har gjennomført et studiebesøk til Retspsykiatrisk klinikk i København og avholdt møter/vært kontakt med Norsk psykiatrisk forenings utvalg for rettspsykiatri, de tre kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Den rettsmedisinske kommisjon (leder) og Statens Sivilrettsforvaltning, Riksadvokatembetet, Domstoladministrasjonen, Folkehelseinstituttet, Advokatforeningen og Psykologforeningen.

Det rettspsykiatriske fagfeltet i Norge har i lengre tid erfart at utredninger og forslag til forbedringer ikke i tilstrekkelig grad har blitt fulgt opp. Dette har preget fagfeltet på en negativ måte og hatt konsekvenser både for rekruttering og fagutvikling.

Arbeidsgruppens tilnærming har derfor vært å fremme forslag som er mulige å gjennomføre innen rimelig tid og som bør være starten på en langsiktig satsing for utvikling av norsk rettspsykiatri. Det overordnede målet er at forslagene samlet sett skal sikre rekvirentene (domstolen og polit/påtalemyndighet) god tilgjengelighet til sakkyndig kompetanse av høy kvalitet.

Arbeidsgruppen vil gjøre oppmerksom på at oppfølgingen av tilregnelighetsutvalgets forslag vil kunne få konsekvenser for de organisatoriske løsningene som presenteres i denne utredningen.

4. Forholdet til tilregnelighetsutvalget

Arbeidsgruppen har forholdt seg til tilregnelighetsutvalgets mandat der det sies at lovutvalgets arbeid ”..avgrenses mot rettspsykiatriens organisering, samt rettspsykiatrisk forskning og utdanning.”

Samtidig heter det i mandatet at utvalget skal ”ta stilling til om det bør innføres spesielle kompetansekrav til hvem som kan opptre som sakkyndige psykiatere og psykologspesialister, eventuelt om det bør være en egen sertifiseringsordning, samt om det bør gis regler for hvordan en rettspsykiatrisk undersøkelse bør foregå og hva erklæringene skal inneholde. I den forbindelse bør det vurderes om det skal stilles krav til standardiserte utrednings- og testmetoder.”

Arbeidsgruppen har vurdert at disse spørsmålene (spesielle kompetansekrav, hvordan en rettspsykiatrisk undersøkelse bør gjennomføres, og krav til standardiserte utrednings- og testmetoder) er nært knyttet til organisering, forskning og utdanning. Arbeidsgruppen har derfor valgt å gå inn i disse temaene, selv om de inngår i tilregnelighetsutvalgets mandat. Utvalgets sekretariat er informert om dette. I og med at arbeidsgruppen leverer sitt arbeid i god tid før lovutvalget er ferdig med sitt arbeid,

ser ikke arbeidsgruppen at dette hindrer lovutvalget i å gjøre selvstendige vurderinger i tråd med mandatet.

Arbeidsgruppen har hatt som utgangspunkt at forslagene som fremmes til organisering av den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen ikke skal måtte forutsette lovendringer. Den viktigste grunnen til dette er at vi har oppfattet at oppdragsgiver, ved å avgrense tilregnelighetsutvalgets arbeid mot organisering, forskning og utdanning, har hatt et ønske om forslag som kan gjennomføres raskere. Vi har derfor begrenset oss til å vurdere forslag som ikke er direkte avhengige av utformingen av tilregnelighetsreglene.

5. Dagens ordning og kritikken mot denne

Som påpekt er den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen i Norge i hovedsak organisert som privat entrepriser, der to - i sjeldne tilfeller tre - oppnevnes som sakkyndige av retten, jf. pkt. 6.3 (omfang) og kap. 7 (regelverk) nedenfor.

De sakkyndige vil alltid være minst én spesialist i psykiatri, eventuelt en psykiater og en psykologspesialist. Det er ingen egen spesialitet i rettspsykiatri, verken innenfor medisin eller psykologifaget. Sakkyndigoppdraget – som skal besvare et mandat gitt av retten - utføres av disse i fellesskap og omfatter gjennomgang av straffesaksdokumenter stilt til rådighet av politiet, innhenting av relevante helseopplysninger (eksempelvis journaler fra tidligere sykehusinnleggelse eller behandlingsperioder), annen informasjon fra offentlige instanser (f.eks barnevern), eventuell innhenting av informasjon fra komparenter (familie, venner, kolleger etc.), i tillegg til samtaler med observanden. Det vanlige er at de sakkyndige møter observanden både sammen og hver for seg, én til to, eventuelt flere ganger. Innhenting av informasjon fra andre, som nevnt over, forutsetter samtykke fra observanden. DRKs psykiatriske gruppe har utarbeidet retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser i straffesaker som veiledning for de rettspsykiatriske sakkyndige.

Samtalene med observanden kan foregå på de sakkyndiges kontor eller annet egnet sted, i fengsel eller på sykehus. En spesiell ramme rundt observasjonen kan utgjøres av at retten beslutter innleggelse på psykiatrisk sykehus der dette er ”nødvendig for å bedømme siktedes sinnstilstand” (Strpl. § 167), men dette gjøres kun i en liten andel av tilfellene. Bruken av § 167 omtales nærmere under pkt. 12.8.

Etter gjennomført observasjon skrives en sakkyndigrapport der spørsmålene i mandatet besvares. I rapporten skal de sakkyndige også konkludere med én eller flere diagnoser etter ICD-10 (International Classification of Diseases). Rapporten sendes deretter til retten og til DRK som foretar kvalitetskontroll og avgir uttalelse til retten.

Selv om mye av det rettspsykiatriske arbeidet som utføres utvilsomt holder god kvalitet, har fagfeltet vært preget av at det er fragmentert og at det har manglet en samlende faglig overbygning. Rekrutteringen har tidligere vært et stort problem, noe som delvis

henger sammen med at fagfeltet har lav status. Det har over flere år vært arbeidet med å bedre rekruttering og å få etablert et strukturert opplæringsprogram for psykiatere og psykologspesialister som fungerer som rettspsykiatrisk sakkyndige (se omtale av C-kursene under pkt. 6.1 og kap. 13).

I motsetning til de andre store rettsmedisinske fagområdene som rettspatologi, rettsgenetikk og rettstoksikologi, har rettspsykiatrien ikke noe eget institutt eller institusjon som forestår sakkyndige undersøkelser. Bortsett fra et professorat i rettspsykologi ved NTNU, er det ikke akademiske stillinger dedikert til rettspsykiatri. Behovet for å styrke rettspsykiatriens vitenskaplige forankring har vært påpekt gjentatte ganger de senere år, både av Rognum-utvalget i 2001 og av DRK. I Rapport fra 2008 om etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet mv. (Mæland-rapporten (2008)), ble det pekt på at ”utviklingen av forskningsmiljøer med universitetstilknytning er en viktig forutsetning for fagutvikling, spesialisering på fagfeltet og økt kvalitet i det rettspsykiatriske arbeidet. Dette må også forventes å ha en positiv effekt på rekruttering av rettspsykiatrisk sakkyndige.” Mæland-rapporten støttet DRKs synspunkt og innspill om en tydeligere offentlig rolle i det rettspsykiatriske arbeidet, og pekte på at dette eksempelvis kunne skje gjennom rettspsykiatriske poliklinikker i tilknytning til de regionale kompetansesentrene.

Arbeidet med både rekruttering og opplæring har i utgangspunktet vært drevet fra DRKs psykiatriske gruppe og har vært basert på noen ildsjeler på området. Det har ikke vært noen sentral instans med tydelig ansvar for å drive fagutvikling, utover den informasjons- og veiledningsfunksjon som tilligger DRK. Etableringen av de tre regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri har bidratt positivt til forskning og undervisningsaktivitet, men fordi sentrene har bredere oppgaver enn bare rettspsykiatri, er det fortsatt behov for en mer målrettet satsing for å styrke forskning og akademisk nivå på fagfeltet.

En følge av at rettspsykiatrisk tjenesteproduksjon i Norge er ren privat entrepriser, er dessuten at virksomhetens tilknytning til de kliniske miljøer blir tilfeldig, selv om det synes å være en bred enighet i fagmiljøene om at det er ønskelig at de som utøver virksomhet som sakkyndige også har en forankring i et klinisk miljø.

Det kan også reises prinsipielle innvendinger mot dagens organisering av noen av de oppgavene som i dag – av praktiske grunner – ivaretas av DRK. Spesielt gjelder dette registeret som DRK fører over sakkyndige psykiatere og psykologspesialister. Fra rekvirentenes side kan dette oppfattes slik at de som står oppført i registeret har en form for godkjenning eller anbefaling fra DRK, hvilket ikke er tilfelle. Det kan også oppfattes som uryddig at det organet som forestår etterfølgende kontroll i den enkelte sak, samtidig har oppgaven med undervisning og utdanning av sakkyndige.

6. Nærmere om den rettspsykiatriske virksomhet og omfang av tjenesteproduksjonen

6.1 Utdanning av rettspsykiatrisk sakkyndige, ABC-modellen

I Norge er det ingen egen spesialitet i rettspsykiatri, verken innenfor medisin- eller psykologifaget. Dagens utdanning av rettspsykiatere skjer etter den såkalte ABC-modellen, som bygger på forslagene fra Rognum-utvalget. Modellen innebærer en differensiert kvalifisering av rettspsykiatrisk sakkyndige der kvalifiseringen skjer etter endt grunnutdanning, og i all hovedsak drives utenfor academia: A-nivået utgjøres av selve spesialistgodkjenningen (i psykiatri eller klinisk psykologi), og B-nivået omfatter kurs i strafferett, straffeprosess og juridiske og etiske utfordringer i utøvelsen av sakkyndighet. B-kursene er felles for de ulike rettsmedisinske fagområdene og ligger under DRKs ansvar.

Modellens C-nivå omfatter spisskompetansekurs i rettspsykiatri. Ansvar for C-kursene er lagt til de tre kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved henholdsvis Helse Sør-Øst RHF (Oslo universitetssykehus HF), Helse Vest RHF (Helse Bergen HF) og Helse Midt-Norge RHF (St Olavs Hospital HF, dekker også helseregion Nord).

6.2 Forskning og fagutvikling, de regionale kompetansesentrene

De tre regionale kompetansesentrene er i dag utgangspunkt for forskningen som skjer innenfor rettspsykiatrien, i tillegg til oppgaver knyttet til fagutvikling, undervisning og veiledning. Sentrene er bundet sammen i et nasjonalt kompetansenettverk (SIFER) på områder som trenger særskilt høy faglig kompetanse. Sistnevnte har ansvar for å styrke det rettspsykiatriske arbeidet, blant annet ved å undervise i sakkyndighetsarbeid. Kompetansesentrene er organisatorisk, administrativt og økonomisk underlagt de regionale helseforetakene (RHF) og får sine driftsmidler derfra.

Helsedirektoratet tildeler etter søknad tilskuddsmidler til forskning og fagutvikling og sentrene rapporterer årlig til direktoratet. Oppdragsbrevet til kompetansesentrene er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med RHFene. Sentrene driver ikke egen tjenesteproduksjon innenfor rettspsykiatri, men flere av de ansatte (psykiatere og psykologspesialister) gjør det. Det er disse sentrene som representerer det organiserte rettspsykiatriske fagmiljøet i Norge, utover den kompetansen som besittes av DRK og av enkeltpersoner som påtar seg oppdrag som rettspsykiatrisk sakkyndige. De regionale sikkerhetsavdelingene på hver av disse tre helseforetakene utgjør en del av det større kliniske miljø og kompetansemiljø innenfor fagfeltet.

Den nasjonale koordineringsenheten for dømte til behandling – foreslått i Mæland-rapporten 2008 - ble etablert i 2012 og er lagt til Regional sikkerhetsavdeling for Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus.

6.3 Omfang av tjenesteproduksjonen

For nærmere omtale av den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen i Norge vises det til kap. 4 og kap. 7. Nedenstående tabeller viser omfang og geografisk fordeling av den

rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen (fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser) i perioden 2007 – 2012.

Tabell 1. Antall behandlede saker hos Den rettsmedisinske kommisjon i perioden 2007-2012¹

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ²
Antall saker	434	506	503	553	597	415
Rettspsykiatrisk erklæring (fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse)	302	350	310	335	367	
Andre primærrapporter*	32	52	88	109	102	
Annet**	100	104	105	109	128	

* Undersøkelse av fornærmede, barneobservasjon, nevrologisk undersøkelse, nevropsykologisk erklæring, risikovurdering, overprøving av særreaksjon.

**Prejudisiell undersøkelse (sendes ikke til DRK), tilleggserklæring og saker kommisjonen ikke har kategorier for.

Tabell 2. Geografisk fordeling av rettspsykiatriske erklæringer (strpl. § 165 første og annet ledd)³

	2007	2008	2009	2010	2011
Antall saker*	302	350	310	335	367
Helse Nord RHF	55	66	40	54	46
Helse Midt-Norge RHF	41	61	44	62	63
Helse Sør-øst RHF	160	160	146	136	173
Helse Vest RHF	46	63	80	83	85

* Følgende fremgår av DRKs merknad til tallene: «Det er samme mønster som i tidligere år med ulikheter mellom fylkene i bruk av rettspsykiatriske utredninger. Som før kan ikke dette uten videre la seg forklare ut fra ulikt kriminalitetsmønster. Noen fylker ligger stabilt høyt som Finnmark, Troms og Sør-Trøndelag, mens Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag ligger stabilt lavt. Oslo har inntil 2011 hatt en betydelig fallende trend, Rogaland en økning mot slutten av perioden.»

Det fremgår også av DRKs årsrapport for 2011 at det i 2011 ble levert rettspsykiatriske erklæringer fra i alt 144 ulike sakkyndige. DRK har ingen nøyaktig oversikt, men i ca. en tredjedel av sakene var minst en av de sakkyndige psykolog-spesialist.

6.4 Den rettsmedisinske kommisjon og sekretariatet, ekstern kvalitetskontroll og øvrige oppgaver

DRK ble opprettet i 1900. Kommisjonen er i dag hjemlet i straffeprosessloven (strpl.) § 146. Kommisjonens virksomhet følger av strpl. § 147 og er nærmere regulert i Forskrift om Den

¹ Tallmaterialet er hentet fra DRKs årsrapport for 2011 og Statens sivilrettsforvaltnings årsrapport for 2012. Tallene gjengir kommisjonens behandlede saker og gir antagelig ingen fullstendig oversikt over domstolenes bruk av rettspsykiatriske erklæringer, da det kan forekomme at erklæringer ikke sendes kommisjonen.

² Tallene er hentet fra Statens sivilrettsforvaltnings årsrapport for 2012 og angir primærrapporter, dvs. alle innsendte erklæringer unntatt tilleggserklæringer.

³ Tallene er basert på DRKs årsrapport for 2011 og oversikten over fylkesvis fordeling av rettspsykiatriske erklæringer.

rettsmedisinske kommisjon (FOR 2003-03-14 nr. 294). Kommisjonen er i dag delt inn i fire faggrupper: Gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, Toksikologisk gruppe, Genetisk gruppe og Psykiatrisk gruppe.

Kommisjonens hovedoppgave er å kontrollere innsendte rettsmedisinske erklæringer og uttalelser i straffesaker. Kontrollen skal sikre likebehandling i enkeltsaker og at det sakkyndige skjønnet til enhver til har best mulig vitenskapelig forankring. Dersom kommisjonen finner «vesentlige mangler» ved en erklæring, skal den gjøre retten og påtalemyndigheten oppmerksom på det.

I tillegg til den direkte kontrollerende virksomheten, er DRK pålagt andre oppgaver etter strpl. § 146 og forskriften §§ 3 og 4. DRK fungerer som et veiledende organ i rettsmedisinske spørsmål, og den skal bistå retten, påtalemyndigheten, forsvarere, bistandsadvokater, sakkyndige, justismyndigheter, helsemyndigheter mv. med råd og opplysninger. Den er høringsinstans innenfor sine kompetanseområder og har ansvar for en felles sakkyndigutdanning (B-kurs). I tillegg er kommisjonen involvert i spisskompetansekurs innen de ulike fagområdene (C-kurs).

Statens sivilrettsforvaltning er tillagt oppgaven som kommisjonens sekretariat. Sekretariatet skal yte kontorfaglig og juridisk bistand, som i tillegg til administrative oppgaver og statistikk for kommisjonens faggrupper, innebærer å bistå ved arrangement av kurs, dokumentere bruk av rettsmedisinske tjenester (statistikk) og føre register over sakkyndige. Sekretariatet skal også ivareta kommisjonens informasjonsoppgave ved blant annet å formidle informasjon av prinsipiell interesse til berørte parter.

7. Rettspsykiatriske undersøkelser og oppnevning av rettspsykiatrisk sakkyndige – straffeprosesslovens regler

Etter strpl. § 294 har retten ansvar for å opplyse saken, også siktedes sinnstilstand. Dersom retten finner det nødvendig for å avgjøre saken, eller det er aktuelt å bruke straffelovens særreaksjoner i § 39 – 39b, beslutter retten at siktede skal underkastet *rettspsykiatrisk undersøkelse ved oppnevnte sakkyndige*, jf. strpl. §§ 161 og 165 første og annet ledd (fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse). Er siktede i fengsel, kan undersøkelse foretas under oppholdet der, jf. strpl. § 166. Dersom det er nødvendig for å bedømme siktedes sinnstilstand, kan retten beslutte innleggelse til undersøkelse på psykiatrisk institusjon, jf. strpl. § 167.

Oppnevning av sakkyndig skjer som regel på etterforskningsstadiet etter begjæring fra partene, normalt fra påtalemyndigheten. Retten kan av eget tiltak ta opp spørsmålet om det bør oppnevnes sakkyndig. Dersom det er i tvil om det er nødvendig med fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse ved oppnevnt sakkyndig, kan påtalemyndigheten eller retten beslutte å innhente foreløpig erklæring fra en sakkyndig til veiledning om dette (foreløpig undersøkelse), jf. strpl. § 165 tredje ledd. Som regel skjer en slik

undersøkelse under etterforskningen og som grunnlag for begjæring om fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse.

I saker der det foreligger tvil om siktede er tilregnelig, oppnevnes minimum to rettspsykiatrisk sakkyndige (fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse), jf. strpl. § 139 første ledd. Retten er den sakkyndiges oppdragsgiver.

Før retten oppnevner sakkyndige, skal partene normalt gis anledning til å uttale seg om behovet for sakkyndig, antall sakkyndige og hvem som bør oppnevnes, jf. strpl. § 141. Foreslår partene de samme sakkyndige, skal disse som regel oppnevnes dersom de erklærer seg villige. Partenes enighet er ikke bindende for retten. Retten har et selvstendig ansvar for å finne frem til de/den best egnede sakkyndige.

Retten fastsetter skriftlig mandat om hva de/den sakkyndige skal utrede, jf. strpl. § 142 a. Utforming av mandat skjer ofte etter forslag fra og i samarbeid med partene. Retten kan også søke veiledning fra relevante fagmiljøer, og DRK plikter å veilede straffesakens aktører. Oppnevnte sakkyndige har krav på godtgjørelse etter medgått tid etter reglene i salærforskriften, jf. strpl. § 138 tredje ledd.

8. Organiseringen i Danmark og Sverige

8.1 Danmark

Rettspsykiatri er ikke en egen spesialitet i Danmark og det er ingen enhetlig organisering av den rettspsykiatriske virksomheten, som ligger under Justisdepartementets ansvarsområde.

I København foregår rettspsykiatriske undersøkelser i hovedsak poliklinisk i regi av Retspsykiatrisk klinikk, men i resten av landet gjøres arbeidet enten av selvstendige sakkyndige eller - der siktede er innlagt til behandling - skjer undersøkelsene på en av de tre rettspsykiatriske sykehusavdelinger (tilsvarende sikkerhetsavdelinger i Norge) som Justisdepartementet har inngått avtale med. Retspsykiatrisk klinikk i København lå tidligere administrativt under rikspolitiet (tilsvarende POD), men er nå under Justisdepartementet, dog understrekes at klinikken er faglig uavhengig. Utredningene her ledes av en psykiater, men både leger under spesialisering, psykologer og sosialarbeidere gir bidrag til arbeidet.

Rettslegerådet er et uavhengig konsultativt organ som skal godkjenne saker der den rettspsykiatriske undersøkelsen konkluderer med at siktede er mentalt syk og der en form for tvungen behandlingstiltak anbefales overfor domstolen.

8.2 Sverige

I Sverige er rettsmedisin organisert under Rättsmedicinalverket (RMV) som har ansvaret for administrasjon, organisering (tjenesteproduksjon) og kvalitetskontroll av alle rettspsykiatriske undersøkelser (samt all øvrig rettsmedisin). RMV ligger under Justisdepartementets ansvarsområde. Rettspsykiatri er egen medisinsk spesialitet.

Siktede i varetekt eller fengslig forvaring blir overført til en av de regionale rettspsykiatriske enhetene lokalisert i Stockholm eller Gøteborg, der siktede oppholder seg i 3 uker for observasjon. Siktede som ikke er i varetekt undersøkes poliklinisk over en 6 ukers periode. Polikliniske undersøkelser skjer også på den rettspsykiatriske klinikken ved Norrlands universitet i Umeå, som har en avtale med RMV. Innen rettspsykiatrien har RMV 170 fast ansatte som omfatter 20 spesialister i rettspsykiatri, 20 psykologer og 20 sosialfaglige utredere, foruten leger under spesialisering, administrativt personell samt personalet ved døgnenhetene.

9. Organiseringen av øvrige deler av rettsmedisinen

I utredningsarbeidet er arbeidsgruppen bedt om å se hen til hvordan de øvrige rettsmedisinske grenene nå er organisert. En stor del av dagens rettsmedisinske virksomhet er forankret hos Folkehelseinstituttet v/ Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning. Fra 1. juni 2011 overtok divisjonen ansvaret for Rettsmedisinsk institutt fra UiO, jf. Prop. 74 S (2010-2011). Divisjonen ivaretar både oppdragsvirksomhet (tjenesteproduksjon) og forskning innen fagområdene rettsgenetikk, rettspatologi, klinisk rettsmedisin og rettsstoksikologi. Oppdragsvirksomhet innen rettspatologi og klinisk rettsmedisin utføres i tillegg ved universitetsmiljøer utenfor Folkehelseinstituttet, blant annet utføres rettspatologi ved universitetssykehusene i Stavanger, Bergen, Trondheim, Tromsø og ved Nordlandssykehuset i Bodø. Innen rettsstoksikologi er det arbeidet med å etablere et nytt forskningsmiljø i Tromsø (laboratorium). Rettsodontologi og rettsantropologi er ikke forankret hos Folkehelseinstituttet, men i universitetsmiljøene.

En del felles serviceoppgaver (register over sakkyndige, dokumentasjon over tjenester (statistikk), veiledning overfor straffesakskjedens aktører og myndigheter, B-kurs for sakkyndige) ivaretas av DRK og Statens sivilrettsforvaltning.

10. Forslag i tidligere utredninger

De viktigste forslagene om endringer i organisering av rettsmedisinsk virksomhet er antagelig fra Rognum-utvalgets utredning (2001), Hareide-rapporten (2006) og Mæland-rapporten (2008). Forslagene, som har vært på høring, er relevante når en ny modell for organisering av rettspsykiatrisk tjenesteproduksjon, forskning og utdanning skal vurderes. DRK, Folkehelseinstituttet og de tre kompetansesentrene har også utarbeidet forslag til endringer. Få av forslagene er fulgt opp.

10.1 Rognum-utvalget (NOU 2001: 12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker)

Rognum-utvalget utviklet tre ulike organisasjonsmodeller for rettsmedisinsk virksomhet. Utvalget var delt i sine anbefalinger. Når det gjaldt organisering av oppdragsvirksomhet var utvalget likevel enstemmig for modell II, som kjennetegnes ved formalisering av helsevesenets ansvar og styrking av DRKs rolle. Det foreslås å gi helsevesenet ansvar for produksjon av rettsmedisinske tjenester på lik linje med andre helsetjenester, men at universitetsinstitutter likevel kan etablere egne enheter for

rettsmedisinsk produksjon. Det forutsettes at institusjonene driver forskning og at oppdragsvirksomhet innarbeides i virksomhetsplaner og budsjetter. Utvalget fremhevet betydningen av at oppdragsvirksomheten skjer i eksisterende fagmiljøer, og at dette er spesielt tydelig innen rettspsykiatri der klinisk psykiatri og rettspsykiatri utfyller hverandre.

I utvalget var det uenighet om organiseringen av øvrige serviceoppgaver (bl.a. rådgivning, råd om sakkyndigvalg, rapportering, sakkyndigutdanning, sakkyndigregister, koordinator for samarbeidsforum for aktører), og om de bør legges til DRK (modell II) eller administreres og samordnes ved et nytt Kontoret for rettsmedisin under Helse- og omsorgsdepartementet (modell III). Modell III rendyrker DRKs rolle som kvalitetskontrollør.

Forslaget om formalisering av helsevesenets produksjonsansvar er ikke fulgt opp. Organiseringen av serviceoppgaver er imidlertid styrket ved DRKs ansvar for bl.a. B-kurs for sakkyndige, rådgivning og sakkyndigregister samt styrket rapportering, jf. Forskrift om DRK (2003). Forslaget om et koordinerende organ ved Kontoret for rettsmedisin eller et samarbeidsutvalg, er ikke fulgt opp.

10.2 Hareide-rapporten 2006 (oppfølging av NOU 2005: om DNA-reformen)

Forankret i behovet for å profilere og kvalitetssikre funksjonen som rettssakkyndig, foreslo prosjektgruppen å opprette et nytt Statens rettssakkyndige institutt (SRI). Flere oppgaver ble foreslått lagt til instituttet: Oppdragsvirksomhet innen rettspatologi, rettsgenetikk, rettstoksikologi og faglig senter for tilstøtende fagområder (inkl. rettspsykiatri), forskning og utvikling innen de aktuelle fagområder, utdanning og informasjon samt samarbeid med rettsmedisinske miljøer ved universitetene. Det ble diskutert om organet bør være frittstående eller integreres i en eksisterende organisasjon. Gruppen tilrådet at SRI etableres som en uavhengig institusjon under Helse- og omsorgsdepartementet med et eget styre. Forslaget er ikke fulgt opp.

Rapporten behandlet ikke organisering i rettspsykiatri, men uttalte på side 48:

«Prosjektgruppen registrerer at rettspsykiatrien har behov for et bedre organisert fagmiljø. Det bør tas hensyn til synspunktene fra Rognum-utvalget og leder av Den rettsmedisinske kommisjon. Et nytt institutt, slik prosjektgruppen anbefaler, vil kunne være en naturlig base for en utvikling av rettspsykiatri som fag og som sakkyndig profesjon».

10.3 Mæland rapporten 2008 (Rapport fra 2008 om etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet mv.)

I Mæland-rapporten uttrykkes et behov for å styrke rettspsykiatriens vitenskapelige forankring og det etterlyses en tydeligere offentlig rolle i det rettspsykiatriske arbeidet og pekte på at dette eksempelvis kunne skje gjennom rettspsykiatriske poliklinikker i tilknytning til de regionale kompetansesentrene. Arbeidsgruppen sluttet seg i det vesentlige til DRKs syn i notat fra 2006, se pkt. 10.4 nedenfor.

10.4 Tidligere innspill fra DRK og Kompetansesentrene

I notat fra nov. 2006 til Mæland-gruppen tar DRK v/leder Randi Rosenqvist til orde for «en modell for stimulering av rettspsykiatrisk virksomhet», som ikke er fulgt opp.

Det foreslås opprettet 30 driftstilskudd (JDs budsjett) for rettspsykiatrisk praksis plassert i fylkene og organisert i et nettverk forankret i Kompetansesentrene. Slik får rekvirenter tilgang til desentraliserte polikliniske observasjoner. Andre (private) psykiatere kan melde interesse for rettspsykiatriske oppdrag til nettverket. DRK mener det er en stor fordel både for rettspsykiatrifaget og klinisk psykiatri at kvalifiserte fagpersoner som arbeider i helsevesenet deltar som rettspsykiatrisk sakkyndige. Det foreslås at sentrene fungerer som koordinator for sakkyndige oppdrag og tilbyr kurs, utdanning og veiledning.

DRK mener det er behov for rettspsykiatriske poliklinikker tilknyttet universitetsklinikker som også utøver klinisk psykiatri, som kan foreta rettspsykiatriske observasjoner. Det foreslås at de tre sikkerhetsavdelingene i Oslo, Bergen og Trondheim får et særlig ansvar for å ta imot personer som bør rettspsykiatrisk observeres i institusjon etter strpl. § 167.

11. Vurdering av forslag i tidligere utredninger

Rognum-utvalgets forslag (NOU 2001:12) om at helsevesenets ansvar for produksjon av rettsmedisinske tjenester skal formaliseres og være på lik linje med andre helsetjenester, er ikke fulgt opp. Uten å ta stilling til forslaget, ser arbeidsgruppen at det for rettspsykiatriens del ville medføre en omfattende debatt om kapasitet og fortrengningseffekter innen psykisk helsevern. Med utgangspunkt i forståelsen av at oppdragsgiver har ønsket å fremme forslag som kan gjennomføres innen rimelig tid, har arbeidsgruppen lagt til grunn at det ikke er ønskelig at rettspsykiatrien fullt og helt blir et ansvar for psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Forankret i oppdragets formulering om at det offentlige skal spille en sterkere rolle i organiseringen av den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen, må det offentliges rolle likevel bli tydeligere.

Forslaget som fremmes i denne rapporten til ny modell for organisering av rettspsykiatrisk tjenesteproduksjon er ikke til hinder for at man på et senere tidspunkt kan gå videre og formalisere helsevesenets ansvar for rettspsykiatrien, dersom dette vurderes som ønskelig.

Når det gjelder serviceoppgaver var Rognum-utvalget delt i sine anbefalinger på hvor ansvaret for dette skulle legges. Ved forskriften av 2003 om DRK er blant annet styrking av dokumentasjon av rettspsykiatrisk produksjon (statistikk) og føring av register over sakkyndige samt ansvar for B-kurset, fulgt opp. Forslaget fra den ene fraksjonen i Rognum-utvalget om å legge disse oppgavene til et eget organ, er imidlertid ikke fulgt opp. Hareide-rapportens anbefaling om å etablere Statens rettsakkyndige institutt (SRI) er heller ikke fulgt opp. Arbeidsgruppen foreslår å prøve ut en modell for rettspsykiatrien, hvor serviceoppgaver flyttes fra DRK (hvis primære oppgave er

kontrollfunksjon) til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (produksjonslinjen), jf. punkt 11 og 13. Dette samsvarer i stor utstrekning med prinsippene i Rognum-utvalgets modell III og tidligere forslag fra DRK. Arbeidsgruppens forslag anses ikke å være til hinder for en eventuell senere etablering av et Statens rettssakkyndige eller et annet sentralt organ for den samlede rettsmedisin.

Arbeidsgruppen har også sett på innspillet fra DRK fra 2006 i forbindelse med etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet mv (Mæland-rapporten) om opprettelse av driftstilskudd for rettspsykiatrisk praksis. I arbeidsgruppens møte med DRKs leder fremgår det at man fra DRKs side ikke lenger anser forslaget om særskilte driftstilskudd for å være hensiktsmessig, hvilket er i tråd med arbeidsgruppens vurdering. Ordningen med driftstilskudd til avtalespesialister er utformet med tanke på pasientbehandling i privat praksis og skal blant annet dekke avtalespesialistens kostnader til kontorhold, hjelpepersonell etc. Hvis driftstilskudd skulle brukes innen rettspsykiatri forutsetter det en helt egen utforming av driftstilskuddet, slik at det blir noe annet enn det et driftstilskudd er ment å skulle være.

12. Forslag til organisasjonsmodell

12.1 Overordnede krav: Bedre kvalitet og tilgjengelighet

Det overordnede målet ved organiseringen av rettspsykiatriske tjenester må være å sikre rekvirentene god tilgjengelighet til sakkyndig kompetanse av høy kvalitet.

Vårt forslag til organisasjonsmodell er ment å ivareta oppdragsgivers tydelige ønske om en sterkere offentlig rolle i den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen – hovedsakelig begrunnet i behovet for styrket kvalitet - uten at det offentlige helsevesen gis et formalisert ansvar for hele produksjonen. Arbeidsgruppen mener det er nødvendig å se arbeidet med å bedre kvaliteten i sammenheng med behovet for å løfte fagfeltet akademisk og forskningsmessig, jf. punkt 12, og vil foreslå en organisering som kan understøtte disse målene og samtidig bedre tilgjengeligheten for rekvirentene (retten og politi/påtalemyndighet).

Arbeidsgruppen har lagt hovedvekten på organiseringen av arbeidet med de fullstendige rettspsykiatriske observasjonene som skjer uten døgninnleggelse – og som utgjør hovedtyngden av den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen - men berører også de foreløpige undersøkelsene og innleggelser i medhold av straffeprosessloven § 167. Nærhet og kontakt mellom kliniske miljøer og sakkyndig virksomhet ansees som et viktig element for å sikre best mulig kvalitet på det sakkyndige arbeidet.

12.2 Kompetansesentrene som utgangspunkt for en ny landsdekkende struktur for rettspsykiatriske tjenester

Når arbeidsgruppen har vurdert fremtidig organisering av rettspsykiatrien, har vi funnet det riktig å ta utgangspunkt i kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (omtalt under pkt. 6.2) og bruke disse som grunnlag for å bygge opp en landsdekkende struktur for den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen. Sentrenes

nåværende oppgaver forutsettes videreført, og de nye oppgavene knyttet til rettspsykiatrien vil kreve en oppbygging av både kapasitet og kompetanse.

Den rollen sentrene er tiltenkt i denne modellen går ut over dagens oppgaver knyttet til funksjonen som kompetansesenter. Det bør derfor vurderes om den nye funksjonen som skal kobles til de eksisterende sentrene bør gis et eget navn, for eksempel Rettspsykiatrisk senter (henholdsvis Sør-Øst, Vest, Midt og Nord).

En slik struktur skal sikre at rekvirentene kan henvende seg direkte til senteret og få bistand til å gjøre en faglig vurdering av hvilken type sakkyndighet som er mest egnet/nødvendig i den enkelte sak, eventuelt også bistå med råd ved utarbeidelsen av mandat. Det må forutsettes at senteret har et tydelig ansvar for bistå med å gi rekvirentene tilgang til sakkyndige, samtidig som det er rekvirentene som foretar selve valget av sakkyndige, i tråd med dagens praksis. Sentrene vil antakelig også kunne føre oversikt over hvilke sakkyndige retten har oppnevnt sammen i tidligere saker.

12.3 Register over sakkyndige

Modellen som foreslås innebærer at hvert av de tre sentrene får ansvar for å holde et oppdatert register over sakkyndige innenfor det respektive senterets helseregion(er). Som omtalt under kap.5 (Dagens ordning og kritikken mot denne), kan det reises prinsipielle innvendinger mot at det i dag er DRK som – av praktiske grunner og mangel på alternativer – sitter med en slik oversikt. Det forutsettes at de som skal inngå i registeret fyller kravene til å være sakkyndig, jfr. pkt. 12.10.

12.4 Øvrige serviceoppgaver/administrative oppgaver

Straffesaksdokumenter sendes til senteret som også skal ha ansvar for innhenting av journalopplysninger og andre relevante dokumenter i den enkelte sak. Hver sak registreres og journalføres i tråd med gjeldende bestemmelser om personopplysninger, noe som vil gi en langt sikrere håndtering av sensitive opplysninger enn dagens system. Senteret skal også bistå de sakkyndige i ferdigstillingen av rapporten, kopiering etc og eventuelt skriving etter diktat der dette er ønskelig.

12.5 Statistikkføring

Pålitelig statistikk på viktige parametre i det rettspsykiatriske arbeidet er sentralt som grunnlag for forskning og fagutvikling. Arbeidet involverer de sakkyndige som må fylle ut nødvendige skjemaer, men involverer også administrative støttefunksjoner som må ivaretas av sentrene. Arbeidsgruppen mener det er mer naturlig at denne funksjonen utføres i produksjonslinjen enn i kontrollorganet/DRK.

12.6 Foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser

Foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser (også kalt prejudisielle observasjoner) har til formål å avklare hvorvidt det bør gjennomføres en fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse. Det er geografisk variasjon i hvordan dette arbeidet er organisert. I Oslo politidistrikt har det i mange år vært ivaretatt av politilegens kontor, som også har tatt saker fra de omkringliggende politidistriktene (Follo, Romerike, Asker og Bærum,

Søndre og Nordre Buskerud). Bergen og Trondheim har tidligere hatt egne politilegefunksjoner, men har ikke dette lenger. Politilegens kontor i Oslo vil bli avviklet i løpet av nær fremtid og det arbeides med sikte på å inngå en avtale med Oslo universitetssykehus om levering av en slik tjeneste. Andre steder i landet er det ulike former for avtaler og ad hoc-løsninger. Anslag antyder at det på landsbasis kan dreie seg om 400 – 450 foreløpige undersøkelser pr. år.

Arbeidsgruppen konstaterer at politidistriktene håndterer behovet for foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser på ulike måter og har ikke sett behov for å fremme andre konkrete forslag på dette området enn de som fremmes ved den nye organisasjonsmodellen. En mulig avtale mellom Oslo politidistrikt og Oslo universitetssykehus kan vise seg å være en god måte å ivareta behovet for slike undersøkelser.

12.7 Den fullstendige rettspsykiatriske undersøkelsen – fysiske betingelser og innhold

Den rettspsykiatriske undersøkelsen skjer i dag under ulike betingelser. Noen sakkyndige møter observanden i fengsel, noen på sykehus, noen på sitt eget eller et lånt kontor, noen hjemme hos observanden osv. Ideelt sett burde betingelsene være langt mer ensartet, for eksempel ved at all poliklinisk undersøkelse av observander skjedde i lokalene til det respektive regionale rettspsykiatriske senter. Det ville gi mer standardiserte betingelser, hvilket er vanlig å se som en fordel men hensyn til målet om best mulig kvalitet i arbeidet. En slik sentralisering vil være krevende, både praktisk og kostnadmessig. Observander vil i tilfelle måtte reise til/fremstilles ved senteret samtidig som flere av de sakkyndige også ville få betydelig reiseavstand. Det er derfor både praktiske og kostnadmessige argumenter for at den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen fortsatt er desentralisert, selv om det også medfører noen ulemper.

I vårt langstrakte land bør vi derfor kunne akseptere at det vil være variasjon i betingelsene for observasjonene, men de sakkyndige må som et minstekrav sikre at rammene er slik at de tilfredsstiller alminnelige faglige krav for å gjennomføre en psykiatrisk undersøkelse.

Behovet for å sikre høyere grad av standardiserte betingelser for den rettspsykiatriske observasjonen kan også ivaretas ved at forskningsmessig validerte undersøkelsesverktøy (strukturerte intervjuer, sjekklister, tester) inngår i alle observasjoner. Det er neppe faglig grunnlag for å kreve at alle observander skal gjennomgå samme "testbatteri". Arbeidsgruppen foreslår derfor at Helsedirektoratet følger opp med et oppdrag til kompetansesentrene om å utarbeide en anbefaling om hvilke undersøkelsesverktøy som anses mest relevante i det rettspsykiatriske arbeidet. Kompetansesentrene bør få ansvar for at anbefalingen til enhver tid har best mulig vitenskaplig forankring.

For øvrig vises til retningslinjene for rettspsykiatriske undersøkelser utarbeidet av DRKs psykiatriske gruppe som veiledning for de rettspsykiatriske sakkyndige. Det må

forutsettes at fremtidige anbefalinger om relevante undersøkelsesverktøy innlemmes i retningslinjene.

En utprøving av den modellen som her foreslås vil gi et bredere erfaringsgrunnlag for å vurdere i hvor stor grad man kan legge en større del av selve undersøkelsene (samtaler, testing etc) til de regionale sentrene. Der det ligger praktisk til rette for det, bør dette skje, og arbeidsgruppens forslag kan ses som et skritt på veien mot rettspsykiatriske poliklinikker, jfr. tidligere innspill blant annet fra DRK.

Man kan også se for seg ulike kombinasjonsmodeller når det gjelder de fysiske betingelsene for undersøkelsene, der bruk av lokaler i de regionale rettspsykiatriske sentrene for eksempel kombineres med bruk av lokaler hos politi, domstoler eller helsevesen, og at det inngås lokale avtaler om dette.

12.8 Observasjon i sykehus etter straffeprosessloven § 167

I straffeprosessloven § 167 heter det at "Er det nødvendig for å bedømme siktedes sinnstilstand, kan retten etter at forsvarere og oppnevnte sakkyndige er hørt, ved kjennelse bestemme at han skal innlegges til undersøkelse på psykiatrisk sykehus eller annet egnet undersøkelsessted. Retten fastsetter samtidig frist for varigheten av innleggelsen."

I dag gjennomføres slike innleggelse kun i et lite antall saker. Et anslag fra Domstoladministrasjonen viser totalt 32 saker på landsbasis de siste 6 år. Anslaget er trolig noe for lavt, men antallet saker er uansett lite. På bakgrunn av diskusjonene om sakkyndigrapportene i 22. juli-rettsaken, der den siste rapporten bygde på døgnobservasjon i medhold av § 167, er det grunn til å forvente en viss økning i etterspørselen etter døgnobservasjoner. Vi viser også til Riksadvokatens mål - og prioriteringsskriv for 2013 til politi - og påtalemyndigheten, hvor det fremgår at: "Muligheten for døgnkontinuerlig observasjon av siktede bør vurderes oftere enn praksis har vært til nå."

I lys av ressursbruken ved denne type observasjoner, er det viktig at det gjøres grundige vurderinger av i hvilke tilfeller det er indikasjon for innleggelse etter § 167. Vurdering av om tvungen judisiell observasjon etter strpl. § 167 bør kunne anvendes i større utrekning enn i dag, inngår i tilregnelighetsutvalgets mandat.

Personvern hensyn knyttet til det faktum at personene som skal døgnobserveres er observander og ikke pasienter gjør det nødvendig å ha klare rutiner på hvordan føring av opplysninger skal begrenses i sykehusets journalsystem og hvordan forholdet mellom sykehusets personale og de rettsoppnevnte sakkyndige skal håndteres. Helsedirektoratet har laget en juridisk betenkning om gjennomføring av slike observasjoner. De spesielle krav dette stiller til rutiner og systemer rundt en slik innleggelse samt behovet for spisskompetanse og en viss mengdetrening, tilsier at de tre regionale sikkerhetsavdelingene vil være mest aktuelle for denne type innleggelse. Fagmiljøet, representert ved de tre regionale sikkerhetsavdelingene og

kompetansesentrene, har etablert en gruppe som jobber med å utvikle forslag til nasjonale retningslinjer for gjennomføring av slike observasjoner.

Arbeidsgruppen mener det bør etableres rutiner som sikrer at henvendelser om innleggelse til observasjon i medhold av strpl § 167 går til den regionale sikkerhetsavdelingen i den region siktede/saken tilhører. Mottak av observander til slike undersøkelser anbefales formalisert forankret i oppdragsdokumentene for helseforetakene, og en forventet økning i etterspørselen må følges av en vurdering av behov for styrket kapasitet på disse avdelingene. Det forutsettes at de regionale avdelingene samarbeider seg i mellom, slik at mangel på kapasitet på én avdeling kan kompenseres ved ledig kapasitet på en av de andre avdelingene. Helse- og justismyndighetene bør i samarbeid fastsette hvilken døgnpris helseforetakene skal fakturere for innleggelsen.

Fra fagmiljøet påpekes spesielt et behov for bedre observasjoner, eventuelt ved innleggelse i institusjon, av ungdom under 18 år. Det er ikke egne dedikerte sikkerhetsplasser for ungdom, og man må finne ad-hoc løsninger i sikkerhetspsykiatrien for voksne når behov oppstår. Tallmessig gjelder det et lite antall saker. Situasjonen på dette området bør følges nøye med tanke på å finne løsninger som er spesielt tilpasset for denne aldersgruppen.

I forbindelse med 22. juli-saken vurderte politiet sikkerheten ved regional sikkerhetsavdeling på Oslo universitetssykehus som for dårlig og det ble derfor etablert en spesielløsning på Ila fengsel og forvaringsanstalt. Selv om sikkerhetskravet ved denne saken var spesielt høyt, viser den også behovet for at det etableres tilbud innenfor sikkerhetspsykiatrien som tilfredsstillende de høyeste sikkerhetskravene. Dette er nødvendig både for å ivareta behovet for observasjoner, men også for å kunne ha behandlingsplasser på høyt nok sikkerhetsnivå til å kunne tilby plasser for dom tilbehandling av de farligste utilregnelige.

12.9 Oppgaver som bør vurderes ivaretatt sentralt - forholdet til et mulig fremtidig koordinerende organ for rettsmedisinsk virksomhet

Utover de oppgavene som i den foreslåtte modellen skal ivaretas med utgangspunkt i de regionale kompetansesentrene, er det noen områder som bør vurderes lagt til et sentralt nivå.

DRK og Statens sivilrettsforvaltning har i dag ansvar for noen sentrale serviceoppgaver som i hovedsak omfatter føring av register over sakkyndige, statistikkføring, avholdelse av B-kurs samt veiledningsoppgaver i enkeltsaker og overfor myndigheter. Register over rettspsykiatrisk sakkyndige og statistikkføring er i denne rapporten foreslått lagt til de regionale sentrene. Det samme gjelder veiledningsoppgaver knyttet til enkeltsaker, likevel slik at oppgaven deles med DRK.

En permanent flytting av oppgaver fra DRKs rettspsykiatriske gruppe og Statens sivilrettsforvaltning, forutsetter at de samme oppgavene flyttes ut for DRKs øvrige faggrupper – enten til tjenesteproduksjonen eller til et fremtidig sentralt organ.

På sentralt nivå vil det være ønskelig å ha en samlet oversikt over behov og bruk av ressurser på området. Avholdelse av B-kursene, som er felles for de ulike rettsmedisinske disiplinene, vil være en annen oppgave som kan flyttes fra DRK/SRF til et eventuelt fremtidig sentralt organ. En oppgave for et sentralt organ kan også ligge i å sikre at det rettspsykiatriske tjenestetilbudet fungerer likeverdig over hele landet, samt ivareta koordinerings- og veiledningsoppgaver overfor øvrige myndigheter. Det vises til Hareide-rapportens forslag om et nytt samordnende organ på det rettsmedisinske området, omtalt under pkt. 10.2. I Prop. 74 S (2010-2011) pkt. 3 fremgår at et samlet statlig institutt for sakkyndighet ikke er vurdert, men at det ved overføringen av Rettsmedisinsk institutt (RMI) til Folkehelseinstituttet er lagt vekt på at «anbefalingene om organisering av RMI ikke skal vanskeliggjøre et videre arbeid» med dette.

Fagområdet rettspsykiatri skiller seg ut fra de øvrige store rettsmedisinske disiplinene ved at oppdragsvirksomheten i hovedsak utføres av privatpraktiserende rettspsykiatere. Folkehelseinstituttet har i dag ikke har noe fagmiljø i klinisk psykiatri eller rettspsykiatri. Det er også et vesentlig skille mellom rettspsykiatrien – der det er bred faglig enighet om at tjenesteproduksjonen bør foregå desentralisert og nært øvrige kliniske miljøer - og de rettsmedisinske disiplinene som i hovedsak ivaretas av sentraliserte laboratoriemedisinske fagmiljøer.

Den øvrige rettsmedisinens organisering under Folkehelseinstituttet gjør likevel at det bør vurderes om de oppgavene innen rettspsykiatrien som eventuelt skal ivaretas av en sentral instans, bør legges dit eller om de bør legges til et annet organ/kontor sammen med tilsvarende oppgaver for de øvrige rettsmedisinske disiplinene. En eventuell opprettelse av en enhet ved Folkehelseinstituttet for rettspsykiatri er ikke til hinder for en eventuell senere etablering av et nytt koordinerende organ, enten det skjer ved et kontor under Helse- og omsorgsdepartementet (Rognum-utvalgets modell III) eller et uavhengig organ under HOD (Hareide-rapportens SRI), eller ved innlemmelse i Folkehelseinstituttet eller på annen måte. Man bør heller ikke utelukke muligheten for at de oppgavene innen rettspsykiatrien som eventuelt skal ivaretas av en sentral instans, kan legges til ett av de regionale rettspsykiatriske sentrene.

Arbeidsgruppen påpeker behovet for å arbeide videre med spørsmålet om hvordan disse funksjonene skal ivaretas, både for rettspsykiatrien og for de øvrige rettsmedisinske fagdisiplinene.

12.10 Krav til rettspsykiatrisk sakkyndige

Best mulig kvalitet i det rettspsykiatriske arbeidet må primært sikres både gjennom et godt utdanningstilbud og visse formalkrav til psykiatere og psykologspesialister som skal fungere som sakkyndige.

Krav til sertifisering. Spørsmålet om en formell sertifiseringsordning for rettspsykiatrisk sakkyndige har vært reist. Arbeidsgruppen har vurdert dette, men kommet til at man ikke vil anbefale dette nå. Arbeidsgruppen er usikker på om de byråkratiske kostnadene ved å utvikle, etablere og drive en slik ordning vil stå i forhold til gevinsten. Det vises til Meld. St. 10 God kvalitet – trygge tjenester som omtaler akkreditering og sertifisering. Arbeidsgruppen anbefaler i stedet at det stilles noen formalkrav til de som skal operere som sakkyndige.

Krav til autorisasjon. Leger og spesialister i klinisk voksenpsykologi og barne- og ungdomspsykologi har autorisasjon for å jobbe som helsepersonell. Så vidt vites er det i dag ikke krav om gyldig autorisasjon for å kunne oppnevnes som sakkyndig, noe som må anses å være et utilsiktet hull i regelverket. Arbeidsgruppen har blitt presentert for problemstillingen, og selv om mangel på autorisasjon antas å gjelde ytterst få tilfeller, bør dette fastslås som et formelt minimumskrav.

Krav til utdanning, erfaring og klinisk tilknytning. Arbeidsgruppen foreslår at sakkyndige som står oppført i registeret skal ha gjennomgått C-kurs og ha sin hovedstilling i et miljø der det drives klinisk pasientbehandling eller forskning. Arbeidsgruppen har ikke gjort noen egen evaluering av kvaliteten på C-kurset, men kurset får gode evalueringer fra deltakerne og vurderes å være et godt grunnlag for å videreutvikle en obligatorisk utdanning innen rettspsykiatri, se kap. 13 nedenfor. Videre skal de sakkyndige forplikte seg til å delta på faglig oppdatering med et visst antall kurstimer, for eksempel for hver treårsperiode. Gjennomføring av arbeidsgruppens forslag vil ikke være til hinder for en eventuell senere etablering av en sertifiseringsordning eller lignende.

Forutsatt at én av de sakkyndige er en erfaren psykiater eller psykologspesialist, kan det oppnevnes sakkyndige som er under spesialisering, noe som anses å være positivt for målet om bedret rekruttering.

Arbeidsgruppen gjør oppmerksom på at de kravene som foreslås innført vil avskjære enkelte som i dag utelukkende driver en rettspsykiatrisk praksis og også noen pensjonister som påtar seg sakkyndigoppdrag, men som ikke driver annet klinisk arbeid.

Fordeling av sakkyndigoppdrag. Når det settes formalkrav til sakkyndige stiller dette også noen krav til hvordan man organiserer fordelingen av sakkyndigoppdrag. Flere som har gjennomført gjeldende utdanning (C-kurs) opplever at de ikke får henvendelser om oppdrag, samtidig som politi og påtalemyndighet forteller at de bruker mye tid på å ringe rundt for å finne sakkyndige som er villige til å påta seg oppdrag. Se forslagene under pkt. 12.2, 12.3, 12.4 og 12.5, som kombinert med formalkrav skal bidra til å sikre tilgjengelige rettspsykiatriske tjenester av høy kvalitet.

13. Forskning og utdanning

Det har fra ulikt hold blitt fremsatt ønske om en egen spesialitet innen klinisk rettsmedisin og spørsmålet har vært reist om en egen grenspesialitet i rettspsykiatri. Helsedirektoratet har nettopp gjennomført en helhetlig gjennomgang av spesialitetsstrukturen og konkluderer med at man ikke anbefaler innført egne spesialiteter på disse områdene, noe arbeidsgruppen tar til etterretning.

Arbeidsgruppen foreslår derfor at "ABC-utdanningen" videreføres som obligatorisk utdanning innen rettspsykiatri. Ansvar for C-kursene tilligger de tre kompetansesentrene, noe som må videreføres under den nye organisasjonsmodellen. Kursene forventes å være et kontinuerlig oppdatert kunnskapsbasert undervisningsopplegg som dermed bidrar til å styrke det akademiske grunnlaget for rettspsykiatrisk praksis. Flere av forskningsprosjektene ved kompetansesentrene er viktige kilder til slik kunnskapsoppdatering. Arbeidsgruppen har som nevnt ikke gjort noen egen evaluering av kvaliteten på C-kurset, men kurset får gode evalueringer fra deltakerne og vurderes å være et godt grunnlag for å videreutvikle en obligatorisk utdanning innen rettspsykiatri, jf. pkt. 12.10 ovenfor.

Som på alle andre forskningsområder, er engasjerte og dedikerte fagfolk en viktig forutsetning for utvikling av rettspsykiatrisk forskning i Norge. Fagfeltet har gjennom lang tid hatt lav status, noe som også har virket negativt på rekruttering til forskning. En langsiktig satsing for å oppgradere fagfeltet – som forslagene i denne rapporten tar til orde for – må forventes å virke positivt for rekruttering til et spennende fagområde.

Rettspsykiatri befinner seg for øvrig i grenselandet mellom medisin, psykologi, jus og samfunnsfag, og videreutvikling av feltet må romme denne flerfagligheten. Det er viktig å legge til rette for forskning som undersøker sentrale problemstillinger på måter som aktivt forholder seg til feltets fagoverskridende karakter, for eksempel gjennom å kombinere metoder fra juridisk forskning med kvantitative og kvalitative forskningsmetoder, samt teoretiske perspektiver fra de respektive fagene. For å få til dette, må den akademiske forankring omfatte både juridisk, medisinsk og psykologisk kompetanse. Dette bør følges opp i en dialog med universitetene med tanke på opprettelse av flere delte stillinger, og innenfor flere fag enn medisin (primært psykologi og jus).

Selv om formell kvalifisering til utøvelse av rettspsykiatrisk saksyndighet først skjer etter endt grunnutdanning ved ABC-modellen, er grunnutdanningene (i hhv medisin, jus og psykologi) sentrale rekrutteringsarenaer for rettspsykiatrifeltet. Per i dag er undervisningen for medisinstudentene i rettspsykiatriske temaer lagt sammen med generelle psykiatriske emner, og fordelt på to semestre. Det er ønskelig med en utvikling der denne undervisningen innen fagområdet også kan tilbys psykologi- og jusstudenter. Det er viktig at studentene får tilgang til fagspesifikk spisskompetanse (jus, psykiatri, psykologi), og får førstehånds erfaring med feltets kompleksitet.

Fagmiljøet i Trondheim har foreslått å opprette en årsenhet i rettspsykiatri/rettspsykologi med formål å styrke grunn- og etterutdanningen innen rettspsykiatri ved å gjøre den mer enhetlig. Studiet forutsettes innplassert ved et fakultet ved NTNU, og studenter som ønsker å bruke årsenheten for å oppnå rettspsykiatrisk eller rettspsykologisk spesialkompetanse forutsettes å bruke studiet som en del av medisin- eller psykologistudiet.

14. Pilotprosjekt ved kompetansesenteret på Brøset, Helse Midt-Norge RHF
Arbeidsgruppen anbefaler at den foreslåtte modellen prøves ut gjennom et 2-årig prosjekt knyttet til Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri på Brøset i Trondheim. Kompetansesenteret ligger under Helse Midt-Norge RHF og helseregion Nord-Norge. Antall rettspsykiatriske erklæringer i de to regionene til sammen var i femårsperioden 2007 til 2011 mellom 84 og 127. Dette utgjorde i overkant av 30 prosent av det totale antall rettspsykiatriske erklæringer i landet.

I tillegg til et godt fungerende kompetansesenter som er nært knyttet til det kliniske miljøet på Regional sikkerhetsavdeling, inngår også Sentral fagenhet for tvungen omsorg (for høygradig psykisk utviklingshemmete) i det rettspsykiatriske miljøet. Landets eneste professorat i rettspsykologi (ved NTNU) er dessuten tilknyttet kompetansesenteret, og flere utenlandske professorer deltar i prosjekter ved senteret. Det er i tillegg flere erfarne rettspsykiatere i begge de to helseregionene. Samlet vurderes dette som svært gode forutsetninger for å gjennomføre et forsøksprosjekt med en ny organisasjonsmodell.

I tråd med forslagene som fremmes i denne rapporten, skal prosjektet utvikle administrative systemer og rutiner for å motta henvendelser fra rekvirenter (politi/påtalemyndighet/domstoler), bygge opp et register over rettspsykiatrisk sakkyndige i de to helseregionene som fyller kravene til å være sakkyndig, utøve servicefunksjoner overfor de sakkyndige samt etablere et system for håndtering av dokumenter som møter gjeldende lovkrav om beskyttelse av personopplysninger.

Prosjektet skal også bidra til å styrke fagfeltets akademiske forankring, blant annet ved å utvikle modeller for hvordan forskning og fagutvikling kan inngå som en integrert del av klinisk rettspsykiatrisk praksis. En viktig målsetning er å bidra til å sikre best mulig kvalitet i det rettspsykiatriske arbeidet, blant annet ved kunnskapsformidling og tilbud om faglig oppdatering til de som påtar seg oppdrag som sakkyndige.

Prosjektet gjennomføres innenfor eksisterende regelverk. Unntak fra taushetsplikt bør primært baseres på samtykke fra observanden. Samtykke må blant annet dekke prosjektets bistand til den sakkyndige, med innhenting av pasientjournaler og annen håndtering av taushetsbelagte opplysninger.

Prosjektet forventes å gi et bedre grunnlag for å kunne etablere den skisserte organisasjonsmodellen også med utgangspunkt i de to øvrige kompetansesentrene,

herunder personell- og kompetansebehov samt øvrige driftutgifter. Man forventer også at eventuelle behov for regelendringer eller mer formell regulering av modellen vil bli belyst gjennom prosjektperioden.

Det foreslås at prosjektet rapporterer til en styringsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Ledelsen av gruppen foreslås lagt til Helsedirektoratet, med deltakelse fra påtalemyndigheten og Domstoladministrasjonen samt representasjon fra Advokatforeningen, Norsk psykiatrisk forening og Psykologforeningen.

15. Administrative og økonomiske konsekvenser

Det foreligger per i dag ingen samlet oversikt over ressursbruken knyttet til rettspsykiatrisk tjenesteproduksjon. Kostnader for de sakkyndiges arbeid i den enkelte sak (fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser, erklæringer og oppmøte for domstolen) dekkes av Justis- og beredskapsdepartementet over budsjettkapittel 466 og utbetales fra rekvirerende domstol i medhold av salærforskriften (FOR-1997-12-03-1441). Foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser dekkes av politidistriktene. Et estimat publisert i 2005⁴ antydte en samlet kostnad på 50 MNOK pr år.

Arbeidsgruppens forslag innebærer at en del av de arbeidsoppgavene som i dag utføres av de sakkyndige (administrativ støtte, dokumenthåndtering etc.) vil overtas av kontorpersonale ved de regionale rettspsykiatriske sentrene, hvilket legges til grunn vil medføre en innsparing på grunn av lavere kostnad for kontoransatte enn for sakkyndige.

Arbeidsgruppen foreslår at det etableres nye rettspsykiatriske sentere med utgangspunkt i de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og at det innføres formalkrav til sakkyndige. Det foreslåtte forsøksprosjektet vil gi bedre grunnlag for å vurdere hvordan en formell regulering av formalkravene til sakkyndige og sentrenes rolle og funksjon, kan gjøres mest hensiktsmessig.

Kostnadene ved gjennomføring av organisasjonsmodellen på nasjonalt nivå vil bli vurdert gjennom pilotprosjektet.

Forslaget om at innleggelser til observasjon i medhold av straffeprosessloven § 167 skal sentraliseres til de tre regionale sikkerhetsavdelingene samt en formalisering av disse avdelingenes ansvar mottak av observander, foreslås regulert i eierlinjen fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeidsgruppen forventer en viss økning i etterspørselen etter døgnobservasjoner, men det er usikkert hvor stor økningen vil bli. Hvis økningen medfører behov for økt

⁴ Grøndahl P. Scandinavian forensic psychiatric practices – an overview and evaluation. *Nor J Psychiatry* 2005;59:92-102. Oslo. ISSN 0803-9488.

sengekapasitet ved de regionale sikkerhetsavdelingene, vil dette gi økte driftskostnader for de regionale helseforetakene. Kostnadene ved den enkelte innleggelse faktureres domstolene, og økt bruk av døgnobservasjoner vil derfor medføre økt kostnad for domstolene. Arbeidsgruppen foreslår at Helse- og justismyndighetene i samarbeid fastsetter hvilken døgnpris helseforetakene kan fakturere.

Arbeidsoppgaver som foreslås overført fra DRK og Statens sivilrettsforvaltning til de regionale sentrene, anslås å kunne utføres til samme kostnad som i dag.

Hvis sakkyndiges tilstedeværelse under hovedforhandling i retten reduseres – et spørsmål som inngår i tilregnelighetsutvalgets mandat - vil dette medføre en innsparing.