

UiO : **Det juridiske fakultet**

Kontroll av rettspsykiatriske erklæringer. Fra embetslegen til Den rettsmedisinske kommisjon.

Kandidatnummer: 573

Leveringsfrist: 25.4.2014

Antall ord: 17994



Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Introduksjon til oppgaven	1
1.2	Rettsmedisin	1
1.3	Dagens rettslige situasjon	2
1.4	Avgrensning.....	3
1.5	Oppgavens oppbygning	4
1.6	Metode	5
2	DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISJONEN – EN KORT PRESENTASJON	7
2.1	Innledning	7
2.2	Kommisjonens sammensetning	7
2.3	Kommisjonens oppgaver og arbeidsmåte	8
3	SAKKYNDIGHETSVESENET FØR 1900.....	10
3.1	Innledning	10
3.2	Sinnssykerettens utvikling	10
3.2.1	Synet på sinnslidelser	10
3.2.2	Sjelebyutting og handlingsbeviset.....	11
3.2.3	Vitterlighetsbeviset og sakkyndigbeviset.....	12
3.2.4	Staten overtar tutelmyndighet	13
3.2.5	Dokumentbeviset.....	15
3.3	Rettsmedisinske forretninger	15
3.3.1	Inntil 1800	15
3.3.2	Etter 1800	16
3.4	Rettspsykiatrisk observasjon	18
3.5	Sakkyndige etter vedtakelsen av straffeprosessloven 1887.....	19

4	EN ”RETSMEDICINSK KOMMISSION MED SÆDE I KRISTIANIA”	21
4.1	Situasjonen og reformbehovet i 1896	21
4.1.1	Den rettslige situasjonen	21
4.1.2	Den faktiske situasjonen	22
4.1.3	Komiteen av 1896	24
4.2	Komiteens innstilling angående de sakkyndiges og Den rettsmedisinske kommisjons organisering og tjenestegjøring under straffesaker	26
4.2.1	Overordnede forutsetninger	26
4.2.2	Kommisjonens rolle	29
4.2.3	Den rettsmedisinske kommisjons organisering og sammensetning	31
4.2.3.1	Inndeling i faggrupper	31
4.2.3.2	Kommisjonsmedlemmer	32
4.2.4	Kommisjonens arbeidsmåte	33
4.3	Siste høringsrunde – høringsvar fra Det medisinske fakultet og medisinaldirektøren	35
4.4	Den rettsmedisinske kommisjon i år 1900	36
4.4.1	Sakkyndige	36
4.4.2	Kommisjonens organisering og sammensetning	37
4.4.3	Kommisjonens rolle	38
5	DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISJONS ARBEID	40
5.1	Innledning – kort historikk	40
5.2	Årsrapporter og nyhetsbrev	42
5.3	Rådgivning	44
5.4	Kvalitetssikring og kontroll	45
5.4.1	Rettspsykiatriske erklæringer	49
5.5	Sakkyndigutdanning	50
6	UTVALGTE TEMA	51
6.1	Innledning	51

6.2	Tidligere utredninger og rapporter	52
6.2.1	Arbeidsgruppen 1992	52
6.2.2	Rognumutvalget,	52
6.2.3	Graverrapporten	53
6.2.4	Hareiderapporten.....	54
6.2.5	Mælandrapporten	55
6.2.6	Mæland II - rapporten	55
6.3	Kvalitetssikring og kontroll	56
6.3.1	Rettspsykiatriske erklæringer	56
6.3.2	Mandatet.....	61
6.4	Rettspsykiatriske undersøkelser	63
6.4.1	Rettspsykiatriske undersøkelser	63
6.4.1.1	Antallet sakkyndige	64
6.4.1.2	Samtaler med observanden	65
6.4.1.3	Supplerende opplysninger	66
6.4.1.4	Den rettspsykiatriske undersøkelsen.....	67
6.4.1.4.1	Stedet for undersøkelsen	67
6.4.1.4.2	Selve undersøkelsen	68
6.5	Begreper som har skapt hodebry	70
6.5.1	Innledning	70
6.5.2	”Psykotisk”	70
6.5.3	Bevisstløs	72
6.6	Om utdanning og rekruttering av rettspsykiatriske sakkyndige og deres kompetanse	74
6.6.1	Utfordringene sett fra kommisjonens side	74
6.6.2	Utfordringer og forslag til tiltak i utvalgte offentlige utredninger og rapporter	75
6.6.2.1	Arbeidsgruppen 1992.....	75
6.6.2.2	Rognumutvalget, NOU 2001:12.....	76
6.6.2.3	Graverrapporten.....	77

6.6.2.4	Mælandrapporten.....	77
6.6.2.5	Mæland - II rapporten.....	77
7	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER RUNDT KOMMISJONEN OG SAKKYNDIGHET – MED UTGANGSPUNKT I RETTSPSYKIATRI.....	80
8	LITTERATURLISTE.....	85
8.1	Lover, regler, forarbeider og dommer	85
8.2	Bøker	87
8.3	Offentlige utredninger og rapporter.....	89
8.4	Artikler.....	90
8.5	Nettsider.....	92
8.6	Annet	92

1 Innledning

1.1 Introduksjon til oppgaven

Den rettsmedisinske kommisjon ble opprettet 1. juli 1900. Hovedmotivet for opprettelsen var å styrke den rettsmedisinske sakkyndigheten i straffesaker. Dette skulle kommisjonen gjøre ved å kvalitetssikre sakkyndigerklæringer avgitt i forbindelse med straffesaker. Frem til 1900 ble denne oppgaven ivaretatt av medisinaldirektøren. Videre skulle kommisjonen bidra til å styrke sakkyndigheten ved å være et veiledningsorgan for retten, påtalemyndigheten, forsvarere og sakkyndige i rettsmedisinske spørsmål.

Formålet med denne oppgaven er å gi en rettshistorisk fremstilling av de begivenheter som førte til Den rettsmedisinske kommisjons (DRK) opprettelse, og å belyse kommisjonens rolle som kvalitetssikrer av rettspsykiatriske erklæringer.

1.2 Rettsmedisin

Siden jurister ikke besitter de nødvendige kunnskaper for å besvare rettsmedisinske spørsmål, har de behov for bistand fra sakkyndige. I 1918 beskrev Francis Harbitz rettsmedisin som den ”i rettens tjeneste anvendte medicin”.¹ Definisjonen har gyldighet også i dag. Man sier at rettsmedisin er medisinsk kunnskap anvendt i rettslig sammenheng.²

Da kommisjonen ble opprettet var rettsmedisinske erklæringer stort sett rapporter i forbindelse med obduksjoner, klinisk undersøkelse av levende, rettskjemiske forretninger og rettspsykiatriske forretninger.³ Etersom ny viten og kunnskap har kommet til, og teknolo-

¹ Harbitz, 1918, s. 4. Rettsmedisinsk virksomhet i vid forstand omfatter så vel produksjon og kontroll av tje-

² NOU 2001:12, kap. 6.

³ Se for eksempel statistikk i kommisjonens årsrapporter 1900 – 1975. Slik ser det ut til å fortsette mange tiår fremover. Først i årsrapport 1998 fremkommer det at noen saker av spesiell art har vært DNA-saker.

gjen har utviklet seg, rommer det rettsmedisinske feltet mange ulike spesialiteter, slik som rettsgenetikk, rettsantropologi, rettsstoksikologi, rettsodontologi, klinisk rettsmedisin og rettspsykiatri.

1.3 Dagens rettslige situasjon

I straffesaker skal politiet skaffe nødvendige opplysninger som kan danne grunnlag for eventuell tiltale, og senere for rettens behandling av spørsmålet om straffeskyld og reaksjonsfastsettelse, jf. straffeprosessloven⁴ § 226 første ledd bokstav b. Det kan være behov for sakkyndig bistand både under etterforskningen og under domstolsbehandlingen av saken. Hvilken type sakkyndig bistand som er nødvendig varierer og er avhengig av sakens karakter.

Under etterforskningen har påtalemyndighet adgang til selv å innhente sakkyndig bistand etter straffeprosessloven § 148, eller begjære at retten oppnevner sakkyndige etter straffeprosessloven § 237 jf. § 12, jf. påtaleinstruksen⁵ § 12-1 (1).⁶ Under hovedforhandlingen er det retten som avgjør om sakkyndige bør oppnevnes. Unnlater retten å sørge for slik sakkyndig bistand der dette er nødvendig, kan det være en saksbehandlingsfeil som kan lede til opphevelse av dommen, jf. straffeprosessloven § 343.

I saker der det er tvil om siktede er strafferettslig tilregnelig, jf. straffeloven⁷ § 44, kan på-

⁴ Lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven).

⁵ Forskrift 28. juni 1985 nr. 1679 om ordningen av påtalemyndigheten (Påtaleinstruksen).

⁶ Rettens oppnevning av sakkyndige får den virkning at det er retten som fastsetter godtgjørelsen, og må bære utgiftene for den sakkyndige, jf. § 138, siste ledd. Det har også betydning for den sakkyndiges plikt til å påta seg vervet, jf. § 138. Plikt til å påta seg verv for påtalemyndigheten ved henvendelse fra denne har kun de faste sakkyndige, jf. § 148, 2. setning, og godtgjørelsen fastsettes av påtalemyndigheten, jf. § 148, 5. setning. Den sakkyndige som har bistått påtalemyndigheten under etterforskningen, må oppnevnes av retten etter reglene i §§ 138 – 142 dersom denne skal få status som sakkyndig under hovedforhandlingen.

⁷ LOV-1902-05-22-10, Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven).

talemyndigheten beslutte å innhente en *foreløpig erklæring* fra en sakkyndig for å avklare *om det er nødvendig* med en full rettspsykiatrisk undersøkelse, jf. straffeprosessloven § 165 (4). I følge straffeprosessloven § 165 (1) kan en fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelse kun besluttes av retten.

Av straffeprosessloven § 146 fremgår det at det for hele riket skal være en rettsmedisinsk kommisjon som veiledende organ i rettsmedisinske spørsmål. Den / de sakkyndige avgir skriftlig erklæring, enten i forening eller hver for seg, jf. straffeprosessloven § 143 (2), og har ifølge § 147 (1) plikt til straks å sende erklæringen til DRK. Innsendingsplikten omfatter også referat av muntlige uttalelser sakkyndige gir under hovedforhandlingen dersom disse avviker fra eller på vesentlige punkter utfyller den avgitte skriftlige erklæringen, jf. § 147 (2). Foreløpige rettspsykiatriske erklæringer, jf. § 165 (4), er unntatt fra innsendingsplikten. I følge § 147 (3) skal kommisjonen gjennomgå de innkomne erklæringer, og dersom den finner vesentlige mangler i erklæringen, skal den gjøre rekvirenten⁸ oppmerksom på det.

De sakkyndige anses som rettens hjelpere, og skal bistå denne. Deres uttalelser er ikke bindende for retten, men spiller en sentral rolle når retten skal avgjøre saken. I de tilfeller retten er i tvil om holdbarheten av de sakkyndiges konklusjoner, særlig der de sakkyndige kommer til forskjellige konklusjoner, vil retten ha manglende forutsetninger for å overprøve de sakkyndiges konklusjoner. Den kvalitetssikring DRK foretar er et godt hjelpemiddel for retten. Ellers kan retten i slike tilfeller utøve kontroll ved å oppnevne nye sakkyndige ved siden av de(n) tidligere oppnevnte, jf. straffeprosessloven § 139 (2).

1.4 Avgrensning

Med så mange ulike rettsmedisinske fagspesialiteter blir det like mange typer sakkyndiger-

⁸ Rekvirenten er den som er den sakkyndiges oppdragsgiver.

klæringer som skal kvalitetssikres av DRK. Innenfor en begrenset oppgave som denne vil det ikke være mulig å redegjøre for kvalitetssikringen av alle typer rettsmedisinske sakkyndigerklæringer.

Både DRK og rettspsykiatrien har i den senere tid vært utsatt for kritikk.⁹ Dette har vekket min interesse for kommisjonens arbeid, og er bakgrunnen for valg av tema. Hovedvekten i denne oppgaven vil være på de fullstendige rettspsykiatriske sakkyndigerklæringene og kommisjonens kvalitetssikring av disse erklæringene. Da det er den rettspsykiatriske gruppe i kommisjonen som foretar kontroll og kvalitetssikringen, vil fokus være på den psykiatriske gruppes arbeid.

I tillegg til å foreta kontroll av sakkyndigerklæringer, skal kommisjonen også være et rådgivende organ i rettsmedisinske spørsmål. Denne delen av kommisjonens arbeid vil omtales svært kort da den ikke har direkte betydning for kommisjonens kvalitetssikringsarbeid.

1.5 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis vil jeg helt kort presentere DRK slik den er i dag. Deretter tar jeg et tilbakeblikk på historien for å gi en forståelse for utviklingen av sakkyndighetsvesenet, behovet for opprettelse av en rettsmedisinsk kommisjon og de begivenheter som førte til opprettelsen av kommisjonen.

For tidsperioden etter opprettelsen av kommisjonen tar jeg utgangspunkt i kommisjonens egne årsrapporter, supplert med enkelte offentlige utredninger og diverse artikler for å belyse hvordan rettspsykiatrisk gruppe har jobbet for å oppfylle sin funksjon som kvalitetssikrer av rettspsykiatriske sakkyndigerklæringer. I den forbindelse er det også naturlig å omta-

⁹ Sandvik, m.fl., 2012, NRK 13.6.2012, <http://www.nrk.no/227/artikler/kommisjonen-beklager-uklarhet-1.8197387> [18.4.2014]

le de utfordringer gruppen har møtt, om utfordringene har påvirket arbeidet med kvalitets-sikringen og eventuelt hvordan utfordringene er blitt taklet.

1.6 Metode

Oppgaven er først og fremst en rettshistorisk oppgave med et blikk på historien og utviklingen i forkant av opprettelsen av DRK, og på utvalgte tema etter opprettelsen.

Mange ulike synsvinkler kan benyttes for å analysere og forstå utviklingen av sakkyndighetsvesenet generelt, og sakkyndiges plass i rettsvesenet spesielt. Man kan se det som konsekvens av en kamp mellom profesjoner, da særlig mellom jurister og medisinere. Eller som en naturlig konsekvens av utviklingen innen samfunnet, naturvitenskapen og rettsvitenskapen. Min fremstilling har mest fokus på den rettslige utviklingen, særlig når det gjelder tidsperioden frem til kommisjonens opprettelse.

Med dette store tidsspennet, og oppgavens begrensede størrelse, blir det dessverre ikke plass til en inngående analyse og drøftelse, men heller en kort redegjørelse av historikken.

Kildematerialet i den historiske fremstillingen er i hovedsak basert på kommisjonens egne årsrapporter, enkelte offentlige utredninger og rapporter, fagartikler, avisartikler og annen relevant litteratur. Rettskildematerialet som regulerer kommisjonens arbeid er de relevante rettsregler i straffeprosessloven, forskrifter gitt i medhold av straffeprosessloven og lovforarbeider.

Å finne relevant litteratur har ikke vært en så stor utfordring, unntatt hva gjelder utviklingen av sakkyndighetsvesenet før 1800. Å få tak i kommisjonens årsrapporter har vært noe komplisert. Statens sivilrettsforvaltning, som er kommisjonens sekretariat, ønsket at jeg undertegnet et dokument om taushetsplikt dersom jeg skulle ha tilgang til kommisjonens rapporter som de hadde. Da jeg var usikker på om dette ville medføre begrensninger for min oppgave valgte jeg å forsøke å finne årsrapportene andre steder. Jeg har funnet dem

hos Nasjonalbiblioteket og biblioteket ved Det juridiske fakultet.

2 Den rettsmedisinske kommisjonen – en kort presentasjon

2.1 Innledning

Kommisjonen ble opprettet 1. juli 1900 for å styrke den rettsmedisinske sakkyndighet i straffesaker.¹⁰ Ved Kongelig resolusjon (kgl. res.) 30. juni 1900 ble det vedtatt at kommisjonen skulle ha sete i Kristiania. I resolusjonen ble også de første regler for kommisjonen gitt. Kommisjonen reguleres i dag av straffeprosessloven og forskrift gitt med hjemmel i denne.

Av straffeprosessloven § 146 fremgår det at det skal være en rettsmedisinsk kommisjon for hele landet, og at Kongen gir nærmere regler for kommisjonen og dens arbeidsordning.¹¹ Med hjemmel i denne bestemmelsen er slike regler gitt i forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon.¹²

2.2 Kommisjonens sammensetning

I følge forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon § 1 skal kommisjonen være inndelt i faggrupper. Antall medlemmer, grupper og gruppenes inndeling i fagområder fastsettes av Justisdepartementet.¹³

Departementet oppnevner også kommisjonsleder, gruppeledere, nestledere og kommisjonsmedlemmer for inntil tre år av gangen. Medlemmene skal i følge forskriftens § 2 ha relevant faglig kompetanse. Høy vitenskapelig og sakkyndig kompetanse skal vektlegges

¹⁰ Høyer og Dalgard, 2002, s. 237.

¹¹ Denne myndighet er delegert til Justis og politidepartementet etter forskrift av 14.mars 2003 nr. 293.

¹² Forskrift av 14. mars 2003 nr. 294

¹³ Kommisjonen skal høres før slike avgjørelser treffes. Se merknader til forskriftens § 1.

ved oppnevningen.¹⁴

Frem til 2003 bestod kommisjonen av alminnelig og psykiatrisk gruppe. I 2003 ble alminnelig gruppe delt i to grupper, der laboratorieteknisk gruppe overtok behandlingen av sakene innen retts toksikologi og rettsgenetikk.¹⁵ I 2006 ble laboratoriegruppen også splittet til en ren genetisk og en ren toksikologisk gruppe med virkning fra 1.1.07.¹⁶ Dermed består kommisjonen i dag av fire grupper,¹⁷ og har 36 medlemmer.¹⁸

Nåværende kommisjon skal fungere til 1. april 2015. Overlege, spesialist i psykiatri, Karl Henrik Melle er leder av kommisjonen.

2.3 Kommisjonens oppgaver og arbeidsmåte

følge § 3a i forskriften skal kommisjonen kvalitetssikre rettsmedisinske erklæringer og uttalelser som avgis av sakkyndige i straffesaker.¹⁹ Dersom den finner vesentlige mangler i

¹⁴ Av merknadene til bestemmelsen fremgår det at kommisjonsmedlemmer skal representere ”landets fremste ekspertise på området” og ”må ha høy utdanning og praktisk erfaring fra rettsmedisinske fag og erfaring som sakkyndige for påtalemyndigheten og retten”.

¹⁵ Denne delingen skyldtes at toksikologiske saker ved tidspunkt for delingen av gruppen utgjorde rundt halvparten av alle sakene i alminnelig gruppe, noe som førte til at man anså en slik deling nødvendig. Årsrapport 2002 – 2006, s.15.

¹⁶ Begrunnelsen for denne splittingen var at de to fagene, retts toksikologi og rettsgenetikk, krevde ulik kompetanse. Videre var saksmengden blitt stor og måtte derfor fordeles på flere personer. Årsrapport 2002 – 2006, s.21.

¹⁷ Kommisjonen består i dag av genetisk gruppe, toksikologisk gruppe, psykiatrisk gruppe og gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin (alminnelig gruppe heter nå gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin).

¹⁸ Oversikt over kommisjonsmedlemmene finnes på kommisjonens hjemmeside, www.sivilrett.no. Se også Årsrapport 2012 s. 3 – 4.

¹⁹ Som tidligere nevnt gjelder dette erklæringer og uttalelser som avgis i forbindelse med straffesaker, jf. straffeprosessloven § 147. Se også merknader til § 3a.

erklæringen, skal den gjøre rekvirenten oppmerksom på disse.²⁰ Videre skal kommisjonen ha ansvar for sakkyndigutdannelsen, jf. forskriften § 3 c, og gi veiledning i rettsmedisinske spørsmål til straffesakens aktører, jf. forskriften § 3 b. Kommisjonen skal dokumentere sin virksomhet ved å gi en årlig beretning til Justisdepartementet om virksomheten, jf. forskriften § 3 d.

Det faglige ansvaret for kommisjonen og de enkelte gruppene påhviler henholdsvis kommisjonsleder og gruppelederne.²¹ Etter forskriftens § 5 skal hver sak behandles av minst to medlemmer.²² De som behandler saken gir sine merknader i saken.²³ Leder eller nestleder leser også saken og merknadene, og avgir kommisjonens endelige uttalelse. Se nærmere om kommisjonens og den psykiatriske gruppens virksomhet i kapittel 5 og 6.

Statens sivilrettsforvaltning er kommisjonens sekretariat, og bistår med kontorfaglige oppgaver i tillegg til å gi juridisk bistand.²⁴

²⁰ I praksis gis det underretning i alle tilfeller, og ikke bare der det er vesentlige mangler i erklæringer. Se også kapittel 5.

²¹ Hver gruppeleder avgjør saksbehandlingsmåten i sin gruppe i samråd med kommisjonsleder, jf. forskriften § 5.

²² Det er gruppeleder som avgjør hvem disse er.

²³ Tidligere ble saken sendt med postgang mellom sekretariatet, medlemmene og gruppeleder, Årsrapport 2007-2008, s. 3. Siden 2011 har alle grupper tatt i bruk elektronisk saksbehandling. Dette har visstnok redusert saksbehandlingstiden noe, se Årsrapport 2011 s. 3.

²⁴ Årsrapport 2012 s. 3.

3 Sakkyndighetsvesenet før 1900

3.1 Innledning

Før jeg kommer inn på DRKs fremvekst (kap. 4) og virksomhet (kap 5), vil jeg innledningsvis i dette kapittelet gi en kort fremstilling sinnssykerettens og rettsmedisinens, herunder også sakkyndighetsvesenets, utvikling.²⁵ Utviklingen av sakkyndighetsvesenet og faget rettsmedisin kan best forstås om den ses i sammenheng med den rettslige utviklingen i sinnssykeretten og strafferetten.

3.2 Sinnssykerettens utvikling

3.2.1 Synet på sinnslidelser

Synet på de sinnssyke har lagt grunnlaget for sakkyndighetsvesenets utvikling. I de eldste tider ble sinnssykdom, galskap, antatt å skyldes sjelebyyting eller besettelse.²⁶ Den antikke greske og romerske vitenskapen utviklet et naturvitenskapelig syn på sinnslidelsene,²⁷ og anså disse som en sykdomstilstand.²⁸ Dette naturvitenskapelige synet på sinnslidelser ter-
reng i middelalderen.²⁹ Den religiøs-mystiske sjelebyytingslæren gjorde igjen inntog.

²⁵ For en litt annen innfalsvinkel til utviklingen, se Schiøtz, 2003, og Skålevåg, 2005.

²⁶ Winge, 1901, s. 13 – 15. I Winge 1911 omtales dette som besettelse av ånder, og at det var ”galskap” først hvis den ånd som besatte legemet var uren eller djevlesk, 1. spalte på s. 4. Gjennom historien har det vært operert med ulike begreper om og ulike grader av ”galskap”, både i rettslig sammenheng og i psykiatrisk teori og praksis. Som regel bruker Winge begrepene ”gal”, ”galenskap” og ”den galne” i sine fremstillinger over den historiske utviklingen. Av sammenhengen fremgår det at begrepene brukes som synonym til ”sinnssyk”, ”sinnssykdom” og ”den sinnssyke”.

²⁷ Winge, 1901, s. 16.

²⁸ Winge, 1901, s. 16 – 21, Winge, 1911, s. 5.

²⁹ Winge, 1901, s. 22 – 24.

Etter at medisinen begynte å frigjøre seg fra den geistlige innflytelsen i det 14. århundre,³⁰ tok naturvitenskapen føringen, og psykiatrien blomstret opp. Den religiøs-mystiske oppfatningen av sinnslidelser tapte sin betydning helt ved overgangen mellom det 18. og 19. århundret.³¹

3.2.2 Sjelebyttning og handlingsbeviset

Så lenge galskap ble antatt å skyldes sjelebyttning, var det ikke rom for en konklusjon om sykdomstilstand³² basert på legemlig undersøkelser av den antatt gale. Slutninger om galskap ble tatt på grunnlag av ytre handlinger. Selvmord og drap på nære slektninger var slike ytre handlinger som kunne føre til en slutning om at den som utførte handlingen måtte ha vært utsatt for sjelebyttning,³³ og dermed gal. Den eldre Gulatingsloven § 164³⁴ og Frostatingslovs IV, nummer 31³⁵ gir eksempler på at mord på nære slektninger ansås som bevis for at gjerningsmannen var gal.³⁶

Alt ettersom familiesystemet utviklet seg, dannet det seg en sedvanerett der familien ble ansett som eier av den sinnslidende.³⁷ Rettsvirkningene av denne oppfatningen var at familien hadde plikt til å forsørge og beskytte den sinnslidende og å erstatte den skade han vold-

³⁰ Winge, 1901, s. 25 – 27.

³¹ Winge, 1901, s. 27.

³² Da man ikke anså det som en sykdom, var det heller ikke en medisinsk behandling den sinnssyke fikk. ”Behandlingen” ble overlatt til prestene, da det var de som hadde kjennskap til djevelutdrivelse og de formulere som skulle brukes i den anledning. Winge, 1901, s. 40.

³³ Winge, 1901, s. 50.

³⁴ http://no.wikisource.org/wiki/Den_eldre_Gulatingsloven [22.02.13]

³⁵ http://no.wikisource.org/wiki/Den_eldre_Frostatingsloven [22.02.13]

³⁶ Winge, 1901, s. 50. Gulatingsloven og Frostatingsloven antas å være fra år 950 – 1000, Robberstad, 1973 (4.utg), s. 10.

³⁷ Winge, 1911, s. 4.

te.³⁸ Videre hadde familien rådighet over hans formue og hans person, som for eksempel ga familien rett til å lenke ham. Legitimiteten av denne myndigheten, det såkalte ”tutelet”, lå i slektskapsforholdet mellom ”tutor”³⁹ og den sinnslidende. Den som kunne være tutor måtte være i så nær slekt med den sinnslidende at han kunne arve ham. I forlengelsen av denne myndigheten hadde tutor en observasjonsrett, som innebar både rett og plikt til å bringe på det rene om den antatte sinnslidende virkelig led en sinnslidelse.⁴⁰ Så lenge sjelebyttingslæren var rådende, trengtes det ikke ytterligere bevis for ”galskap” enn selve handlingen.

3.2.3 Vitterlighetsbeviset og sakkyndigbeviset

Ved Magnus Erlingsons lovrevisjon i 1164 ble handlingsbeviset avskaffet, og man gikk over til vitterlighetsbevis som bevis for galskap.⁴¹ Det var fortsatt familien som måtte stå for å bringe på det rene om familiemedlemmet led av sinnssykdom. Dette måtte tutor nå gjøre ved å føre den gale for tinget, og gjøre det vitterlig at han led av galskap, før han kunne overta tutelet.

Ved Magnus Lagabøtes rettsreform, Landsloven av 1274, stiltes det krav om at undersøkelsen på tinget skulle foretas og påvises av en sakkyndig⁴² som ble oppnevnt på tinget av kongens embetsmenn.⁴³ Først etter denne undersøkelsen kunne arvingen overta tutelet og utøve sin tutelmyndighet.⁴⁴

³⁸ Winge, 1911, s. 4.

³⁹ Den ansvarlige og innehaveren / besitteren av tutelet / myndigheten.

⁴⁰ Winge, 1911, s. 4 – 5.

⁴¹ Winge, 1911, 2. spalte på s. 6.

⁴² Landsloven IV – Mannehelgebolken – kap. 10 (9) nr.3, Taranger, 1915, s. 49 – 50. Taranger har i sin oversettelse av bestemmelsen brukt begrepet ”skjønnsomme mænd”, mens Winge bruker begrepet ”sakkyndige”.

⁴³ Winge, 1911, 1. spalte på s. 7. Fra 1188 var lagmenn kongelige embetsmenn, Robberstad, 1973, s. 12

⁴⁴ Landsloven IV – Mannehelgebolken – kap. 10 (9) nr.2, Taranger, 1915, s. 49 – 50.

3.2.4 Staten overtar tutelmyndighet

Fra midten av det 14. århundre kom den norske lovgivning i forfall.⁴⁵ Sakkyndigbeviset i Landsloven ble formelt avskaffet ved Christian IV's⁴⁶ lov av 1604. Man gikk tilbake til vit-terlighetsbeviset. Rettsforholdet mellom den gale og hans tutor ble videreført i lovens bok III, § 8.

Under Christian IV's regjeringstid begynte staten (kongen) å ta seg av tutelet for de gale⁴⁷ ved å beskikke en verge dersom det ikke fantes en slektning som kunne innta posisjonen som tutor, eller dersom den eksisterende tutor ikke røktet sitt verv forsvarlig.⁴⁸ Med Forordningen⁴⁹ om overformyndere av 7. april 1619 og Recessen⁵⁰ om kuratel av 27. februar 1643 ble overformyndere beskikket i danske og norske byer.

⁴⁵ Winge, 1911, 2. spalte på s. 7.

⁴⁶ Winge, 1911, s. 8.

⁴⁷ Denne utvikling skyldtes flere forhold. I slutten av middelalderen hadde statens maktutøvelse utvidet seg. Romerrettens resepsjon i Tyskland hadde begynt. Den antikke vitenskapen, og det naturvitenskapelige synet på sinnslidelsene, ble gjenopptatt. Winge, 1911, s. 8. Andre grunner er svekkelse av kirkens makt, utvikling av pengeøkonomi og vekst i bysamfunnene. Høyér, Dalgard, 2002, s. 79.

⁴⁸ Kontrollen med den legitime tutor ble utøvd dels direkte av byens magistrat, og dels gjennom av dem valgte overformyndere. Winge, 1911, s. 8. Etter innføringen av eneveldet i Norge 1660–61 ble borgermestere og rådmenn i byene kongelige embetsmenn, under betegnelsen byens magistrat. I mindre byer var gjerne byfogden magistrat. Embetet ble opphevet 1922 og magistratens oppgaver ble lagt til en kommunalt ansatt borgermester (senere rådmann) og forskjellige embetsmenn, særlig byfogd og politimester. <http://snl.no/magistrat> [16.3.14]

⁴⁹ Forordninger var en fellesbetegnelse på enkeltlover av allmenn karakter gitt i kongens navn. Selberg, 2010, s. 32.

⁵⁰ Recess er vedtak som er kommet i stand ved forhandlinger mellom kongen og riksrådet, eller kongens representant og representanter for stender, før eneveldets tid. Drøftinger på herredagene i Norge kunne resultere i recesser. Resultatet måtte stadfestes av kongen, det fikk da lovs kraft. Publiserte recesser kunne også være sammenfatning av tidligere recesser. Selberg, 2010, s. 31.

Med Christian V's Norske Lov (NL) av 1687 ble bestemmelsen i bok III § 8 i Christian IV's lov oppdelt.⁵¹ Bestemmelsen om tingføring og observasjon ble opptatt i NL 1-17-7.⁵² NL 1-17-7 ga også øvrigheten⁵³ adgang til å sette den gale i forvaring. Recessen av 1643 om øvrighetens adgang til å oppnevne verge ble opptatt i NL 3-19-1.⁵⁴

Tingføringen gikk med tiden noe tilbake. Man begynte å føre den gale for amtmannen eller fogden til undersøkelse.⁵⁵ Tingføringen ble ikke helt oppgitt da det fortsatt var nødvendig med tingbehandling i forbindelse med straffesaker.⁵⁶ Dette var utviklingen av to systemer av den psykiatriske observasjonen, et judisielt med tingføring og et administrativt uten tingføring.⁵⁷ Disse forhold var starten på overgangen til dokumentbeviset som bevis for sinnsykdome.

⁵¹ Den strafferettslige delen, om at den som begikk drap i "villelse og raseri" ikke skulle dømmes til døden, ble opptatt i 6-6-17, og var sålydende: "Skeer Drab af nogen i Vildelse og Raserj, da bør hand ej paa Livet at straffis, men af sin Formue, som hand haver, eller kand derefter bekomme, give til den Dødis Arvinger fuld Mandebod trende atten Lod Sølv.". Hele loven er tilgjengelig på nett, se <http://www.hf.uio.no/iakh/forskning/prosjekter/tingbok/kilder/chr5web/> [16.3.14]

⁵² NL 1-17-7: "Findis nogen rasendis, eller galind, da maa, hvem der vil, hannem binde, og føre hannem til Tinge, og tilbyde hans Frænder hannem, og de ere pligtige at forvare hannem, saa fremt de have Middel der-til; Hvis ikke, da bør Øvrigheden at sætte hannem i Forvaring.". http://www.hf.uio.no/iakh/forskning/prosjekter/tingbok/kilder/chr5web/chr5_01_17.html [16.3.14]

⁵³ Med "øvrigheten" menes her "politiovrigheten", som i de fleste tilfeller representeres av politimesteren (fogden), og ellers av amtmannen eller Justisdepartementet. Winge, 1901, s. 90.

⁵⁴ NL 3-19-1: De, som ikke kunde være deris egen Værgen enten for Alder, Vanvittighed, Ødselhed eller andre Aarsager, som af Øvrigheden billig kiendis, skulle have Værgen. http://www.hf.uio.no/iakh/forskning/prosjekter/tingbok/kilder/chr5web/chr5_03_19.html [16.3.14]

⁵⁵ Winge, 1911, s. 11.

⁵⁶ Winge, 1911, s. 19.

⁵⁷ Winge, 1915, s. 10 og Winge, 1911, s. 21.

3.2.5 Dokumentbeviset

Med utviklingen av det naturvitenskapelige synet på sinnssykdommer, legevirkosomheten og tilgang til et større antall embetsleger fra slutten av 17. århundre ble det naturlig å henvende seg til embetslegen for en psykiatrisk undersøkelse for å bringe på det rene om en person led av sinnssykdom.⁵⁸ Hvis det under tingbehandlingen av straffesaker var tvil om det forelå sinnslidelse, ble det i mange tilfeller krevet at det ble fremlagt en skriftlig legeerklæring. Dette ble etter hvert ansett som det virkelige bevis for sinnssykdom. Ved en eventuell anke kunne overinstansen innhente ”superresponsum” om spørsmålet fra medlemmene av et universitetsfakultet.⁵⁹ Vitterlighetsbeviset ble dermed erstattet av dokumentbeviset.

3.3 Rettsmedisinske forretninger

3.3.1 Inntil 1800

Til ca 1750 ble rettsmedisinske spørsmål forelagt Det medisinske fakultet og andre leger i København.⁶⁰ Ved lov av 15. januar 1745 ble barberlaugen i København pålagt alltid å ha to amtskirurger for tur til å utføre de besiktigelser og obduksjoner som måtte forlanges.⁶¹ Med Forordningen av 21. mai 1751 ble embetslegene og lands- og statsfysikus⁶² pålagt å utføre obduksjon i mord og drapsaker.⁶³ På steder der det ikke fantes embetslege måtte en privatpraktiserende kirurg pålegges å utføre slike forretninger.⁶⁴ Kirurgen sendte en beskri-

⁵⁸ Også privatpraktiserende leger begynte etter hvert å utstede erklæringer om en persons sinnstilstand, og den troverdighet som embetslegens erklæringer gjaldt da også private legers erklæringer. Winge, 1911, s. 18.

⁵⁹ I eldre tid ble dette innhentet fra Det teologiske fakultet, og etter hvert fra Det medisinske fakultet. Winge, 1911, s. 19.

⁶⁰ Evensen, 1910, s. 2.

⁶¹ Evensen, 1910, s. 7.

⁶² Den historiske forløperen til ”fylkeslegen” var ”stadsfysikus”, den eldre betegnelsen på en statlig embetslege. Store medisinske leksikon, <http://sml.sn.no/fylkeslege> [5.3.14]

⁶³ Evensen, 1910, s. 3.

⁶⁴ Også på steder der embetsleger fantes var det som regel kirurgene som måtte utføre slike obduksjonsforret-

velse av sine funn til en embetslege som utarbeidet selve erklæringen.⁶⁵ Fra 1785 ble kirurgenes erklæring sendt til det kirurgiske akademi til prøvelse.

Også militære embetsleger ble med reskript av 30. oktober 1784 pålagt å utføre obduksjons- og besiktigelsesforretninger.

3.3.2 Etter 1800

Juni 1809 ble det opprettet et sunnhetskollegium⁶⁶ i Kristiania som hadde disiplinær myndighet overfor legestanden. Kollegiet var også forpliktet til å avgi betenkninger når det ble forlangt av retten eller overøvrigheten.⁶⁷

Sunnhetskollegiet ble med kgl. res. av 25. mai 1815 opphevet,⁶⁸ og plikten til å avgi betenkninger gikk over til det medisinske fakultet ved dennes professorer.⁶⁹ Denne plikten

ninger, og da gikk pålegg om dette via embetslegen. Der det ikke fantes embetslege, gikk pålegget direkte fra ”øvrigheten”. Evensen, 1910, s. 8.

⁶⁵ Kirurgene, som på den tid benevnes som barberkirurger, fikk sin utdanning gjennom barberlaugene og var underordnet legene, som fikk medisinske utdanning ved universitetene. Da Det kirurgiske akademi ble opprettet i 1785, løsrev kirurgene seg fra universitetet og det medisinske fakultet, og skilte seg fra barbererne. De kunne nå ta eksamen i praktisk medisin og tilstås fri utøvelse i medisin og kirurgi. Evensen, s. 11. Kløften mellom kirurgene og legene ble borte med innføringen av medisinsk-kirurgisk eksamen i Danmark i 1838. Evensen, s. 13 – 14. Barberlauget ble oppløst i 1862, og fra 1900 ble barberernes adgang til å yte noen form for medisinsk hjelp opphevet. Evensen, 1910, s. 12.

⁶⁶ I 1803 var slik sunnhetskollegium opprettet i København. Postgangen var for langsom til at denne i tide kunne treffe de nødvendige foranstaltninger i Norge. Derfor ble et midlertidig sunnhetskollegium opprettet også i Kristiania 1809, som var underlagt sunnhetskollegiet i København. Evensen, 1910, s. 19.

⁶⁷ Overøvrigheten var amtmannen, som på den tid hadde påtalemyndighet. Winge, 1915, note 1 s. 19.

⁶⁸ Winge, 1915, s. 12. Administrasjonen for det offentlige helsevesen ble lagt til Kirkedepartementet i perioden 1818 til 1846, og fra 1846 til 1878 til Departementet for det Indre. Evensen, 1910, s. 21 – 22.

⁶⁹ Evensen, 1910, s. 19.

gjaldt dog kun i straffesaker, noe som ble bekreftet med sirkulæret⁷⁰ av 6. april 1891.⁷¹ Fakultetets betenkninger var utøvelse av en form for overskjønn i forhold til erklæringer avgitt av andre leger. Betenkningene ble gitt på grunnlag av sakens dokumenter, uten at fakultetet selv foretok noen synsforretninger.⁷²

Kongelig resolusjon 9. februar 1859 påla også universitetslæreren i rettsmedisin å utføre de under Kristiania statsfysikat⁷³ forekommende rettsmedisinske forretninger.⁷⁴ Rettmedisinske obduksjonsforretninger ble i alminnelighet overlatt til distriktslegen.⁷⁵ Rettsmedisinske forretninger tok en beskjeden plass, da antallet legale obduksjoner dreide seg om ca 30 – 35 i året.⁷⁶

Det var heller ikke så stor aktivitet når det gjaldt rettspsykiatriske undersøkelser. Ved spørsmål om siktedes tilregnelighet ble i noen tilfeller kirurger eller leger pålagt å utføre synsforretninger, men stort sett ble uttalelser innhentet fra prester og andre embetsmenn.⁷⁷ I mer tvilsomme tilfeller ble Det medisinske fakultet pålagt å avgi erklæring.

Avgitte rettsmedisinske erklæringer skulle i følge sirkulær fra Indredepartementet 4. febru-

⁷⁰ Sirkulær var bestemmelser / reglement som ble gitt til den myndighet som skulle sørge for at de ble gjennomført. Selberg, 2010, s. 40.

⁷¹ Winge, 1915, s. 12.

⁷² Evensen, 1910, s. 29.

⁷³ Den historiske forløperen til ”fylkeslegen” var ”stadsfysikus”, den eldre betegnelsen på en statlig embetslege. Store medisinske leksikon, <http://sml.sn.no/fylkeslege> [5.3.14]

⁷⁴ Winge, 1915, s. 12.

⁷⁵ Evensen, s. 20. Mange statsfysikater ble etter hvert erstattet av distriktskirurgater. Distriktskirurgatene dekket et mindre geografisk område enn statsfysikatene hadde gjort, og var lettere å få besatt, Evensen s. 16 – 17. I 1836 avløstes distriktskirurgatnavnet av betegnelsen distriktslege. Evensen, 1910, s 18.

⁷⁶ Evensen, 1910, s. 19.

⁷⁷ Evensen, 1910, s. 20.

ar 1847 og 26. september 1848 innsendes til medisinaldirektøren⁷⁸ for kontroll.⁷⁹ Dette var ordningen frem til Den rettsmedisinske kommisjon ble opprettet og overtok denne kontrollfunksjonen.

3.4 Rettspsykiatrisk observasjon

Straffeloven 1842 forbød straff for sinnssyke.⁸⁰ De psykiatriske observasjonene hadde til nå foregått i private hus, fengsel, arbeidsanstalt eller dollhus.⁸¹ Med vedtakelsen av Lov om sinnssykes behandling og forpleining (sinnssykeloven) av 1848 ble dollhusene omdannet til sinnssykeasyler. I sinnssykeloven ble det tatt inn bestemmelser som avskjæret adgangen til innleggelse og observasjon av sinnssyke forbrytere i sinnssykeasylene,⁸² og som medførte en utfordring i forhold til slike observasjoner. Dette ble løst ved å innta bestemmelser i sinnssykeasylenes regulativer om å ta i mot slike forbrytere til observasjon og undersøkelse.⁸³

Etter at sinnssykeasylene ble gitt adgang til å foreta observasjon og undersøkelse av siktede og varetektsfengslede, begynte også asylenes direktør og leger å avgi erklæringer vedrørende observandens sinnstilstand. Å avgi slike erklæringer ble ansett som en del av deres

⁷⁸ Medisinaldirektør var et embete i statens sentrale helseforvaltning fra 1875 til 2003. Etter 1945 var betegnelsen Helsedirektør. <http://no.wikipedia.org/wiki/Helsedirekt%C3%B8r> [15.3.14]

⁷⁹ Winge, 1915, s. 13.

⁸⁰ 1842 loven oppstilte dog ikke noen type særreaksjoner for lovbrøyttere som ikke ble straffet på grunn av sinnsykdom. Høyér og Dalgaard, 2002, s. 94.

⁸¹ Dollhus var bygninger for sinnslidende, og som regel var de fysisk tilknyttet et hospital, arbeids- eller fattighus. Høyér, Dalgaard, 2002, s. 86. Etter vedtakelsen av Lov om sinnssykes behandling og forpleining (sinnssykeloven) av 17. august 1848, ble dollhusene omdannet til sinnssykeasyler. Høyér og Dalgaard, 2002, s. 90.

⁸² Winge, 1911, s. 46.

⁸³ Winge, 1911, s. 49.

stilling.⁸⁴

Straffeprosessloven av 1887 fikk mange bestemmelser om sakkyndige. Før straffeprosessloven var den sakkyndiges rolle i en straffesak begrenset til å besvare rettsmedisinske spørsmål som han ble forelagt i en skriftlig erklæring.⁸⁵ Etter vedtakelsen av straffeprosessloven 1887 ble sakkyndiges rolle i straffesaker en ganske annen enn før. De fikk nå "følge" saken fra oppnevningen som sakkyndig til domsavsigelsen, og hadde mulighet til selv å eksaminere vitner og siktede under hovedforhandlingen. Med straffeprosessloven ble også hovedregelen om muntlig rettergang innført. På grunnlag av det som kom frem under hovedforhandlingen kunne de sakkyndige utfylle og modifisere sine tidligere avgitte erklæringer.

Straffeprosessloven regulerte også observasjonsspørsmålet for straffesakers vedkommende. Den befestet i § 210 rettens adgang til å beslutte innleggelse i et sinnssykeasyl dersom de sakkyndiges erklæring etterlot tvil om siktede var sinnssyk. Adgangen til observasjon i sinnssykeasyl, sammen med straffeprosesslovens øvrige bestemmelser om sakkyndige, forbedret sakkyndighetsvesenet generelt, og den rettspsykiatriske sakkyndighet spesielt.

3.5 Sakkyndige etter vedtakelsen av straffeprosessloven 1887

Med vedtakelsen av straffeprosessloven i 1887 kom sakkyndiginstitusjonen til å spille en vesentlig rolle i straffeprosessen. Også etter vedtakelsen av den nye straffeprosessloven var følgende regler angående rettsmedisinsk sakkyndighet fremdeles i kraft:

⁸⁴ Evensen henviser til skrivelse av 18. desember 1903 fra departementet til direktøren for Rønvik asyl, der departementet anfører at direktøren pliktet, uten betaling, å avgi erklæring om personer, som av det offentlige er innlagt på asylet til observasjon, og begrunnet dette med at direktøren i sådanne tilfelle ikke oppnevnes som sakkyndig. Departementets uttalelse skyldtes at direktøren for asylet hadde bedt om honorar. Evensen, 1910 s. 30.

⁸⁵ Forhandlinger ved Den norske kriminalistforenings femte møte, 1898, s. 72.

- 1) Kongelig resolusjon av 25. mai 1815 angående det medisinske fakultets plikt til å gå departementet til hånd med de opplysninger departementet avfordret dem.
- 2) Kongelig resolusjon av 9. februar 1859 som påla universitetslæreren i rettsmedisin å utføre de under Kristiania statsfysikat forekommende rettsmedisinske forretninger.
- 3) Sirkulær fra Indredepartementet 4. februar 1847 og 26. september 1848 angående innsending av rettsmedisinske erklæringer til medisinaldirektøren.

Straffeprosessloven skilte mellom sakkyndige som ble oppnevnt for den enkelte sak av retten, og faste sakkyndige som påtalemyndigheten kunne henvende seg direkte til. Faste sakkyndige hadde til nå vært distriktsleger, statsfysikus, professorer ved det medisinske fakultet, politileger⁸⁶ og militære leger i embetes medfør, med det var behov for flere faste sakkyndige. Ved kongelig resolusjon av 6. juni 1891 og sirkulær av 23. september 1891 ble det inntil videre antatt faste sakkyndige til rettsmedisinske og rettskjemiske spørsmål.⁸⁷ I Kristiania, Bergen og Trondheim ble to leger nå fast beskikkede sakkyndige for rettspsykiatriske spørsmål.⁸⁸

Ordningen med faste sakkyndige ble beholdt også etter opprettelsen av Den rettsmedisinske kommisjon, men da med en klarere regulering av deres kompetanseområder. Se nærmere om dette i neste kapittel.

⁸⁶ Winge, 1915, s. 12.

⁸⁷ Winge, 1915, s. 197.

⁸⁸ Winge, 1894, s. 5.

4 En ”rettsmedisinsk Kommission med Sæde i Kristiania”

4.1 Situasjonen og reformbehovet i 1896

4.1.1 Den rettslige situasjonen⁸⁹

Etter straffeprosessloven 1887 § 192 var det forutsatt at det for de arter av spørsmål der det fantes fast beskikkede sakkyndige, skulle disse tjenestegjøre med mindre det forelå særegne omstendigheter.⁹⁰ Fast beskikket rettsmedisinsk sakkyndig var man enten i kraft av en embetsstilling,⁹¹ eller i kraft av oppnevning fra Justisdepartementet.⁹²

Etter straffeprosessloven § 210 kunne retten i rettspsykiatriske spørsmål beslutte at observanden skulle innlegges i et sinnssykeasyl for nærmere undersøkelse dersom de sakkyndiges rettspsykiatriske erklæring etterlot tvil om en siktet var sinnssyk.⁹³ Dersom retten fant en avgitt sakkyndigerklæring mangelfull, kunne den kreve ny erklæring av de samme sakkyndige eller oppnevne nye sakkyndige. For medisinske spørsmåls vedkommende kunne den innhente Det medisinske fakultets superarbitrium.⁹⁴

Sakkyndige kunne etter straffeprosessloven § 195 enten avkreves skriftlig erklæring, eller bli innkalt til retten for å avgi muntlig forklaring for retten. Skriftlige sakkyndigerklæringer med tilhørende konklusjoner, skulle innsendes til medisinaldirektøren så han kunne forvis-

⁸⁹ Slik det er redegjort for i innstillingen av april 1897 fra komiteen nedsatt mars 1896 (heretter Innstillingen 1897). Se nærmere om komiteen og dennes innstilling senere i dette kapittelet.

⁹⁰ Innstillingen 1897, s. 19.

⁹¹ Innstillingen 1897, s. 19.

⁹² Innstillingen 1897, s. 19 – 20.

⁹³ Innstillingen 1897, s. 20.

⁹⁴ Innstillingen 1897, s. 21. Dette var en form for overskjønn, og omtales også som ”superresponsa”. Se Winge 1915, note 4 på s. 12 og Evensen 1910, s. 29.

se seg om at legenes rettsmedisinske forretninger var forsvarlig utført.⁹⁵

4.1.2 Den faktiske situasjonen

De faste rettsmedisinske sakkyndige var beskikket for rettsmedisin generelt⁹⁶, unntatt for Bergen, Trondheim og Kristianias del der det var to fast beskikkede sakkyndige for rettspsykiatri spesielt.⁹⁷ Utover dette var det ingen bestemmelser som stilte noen kompetansekrav til de faste beskikkede sakkyndige, ei heller til de sakkyndige som måtte bli oppnevnt av retten for det enkelte tilfellet. Ved innleggelse etter straffeprosessloven § 210 kunne observasjonen og undersøkelsen foretas av direktøren ved asylet eller av andre oppnevnte sakkyndige.⁹⁸

I 1896 fantes det ingen ved det medisinske fakultet som ved sin utdanning var kompetent innen rettspsykiatrien.⁹⁹ Fakultetets avgivelse av superarbitria skjedde på grunnlag av sakens dokumenter, og dermed uten noen form for undersøkelse av den observand en rettspsykiatrisk erklæring angikk. Dessuten ble dette overskjønnet gitt i de tilfeller det ble krevet av domstolen. Mange erklæringer innkam da ikke til fakultetet. For disse var medisinaldirektørens kontroll den eneste. Dessuten hadde fakultetets befatning med rettssaker etter innføringen av straffeprosessloven 1887 gått kraftig ned. I årene 1890 til 1894 hadde fakultetet bare avgitt 40 erklæringer, mot 91 erklæringer i årene 1885 til 1889.¹⁰⁰

Medisinaldirektøren var av den oppfatning at medisinalkontorets mangel på spesiell fag-

⁹⁵ Innstillingen 1897, s. 21.

⁹⁶ Winge, 1898, s. 12 og Winge 1915, s. 197.

⁹⁷ Innstillingen 1897, s. 20 og Winge, 1894, s. 5.

⁹⁸ Winge redegjør for usikkerheten med hensyn til om observasjonen etter § 210 skulle utføres av direktøren ved asylet sammen med annen oppnevnt sakkyndig, eller av to oppnevnte sakkyndige uten tilknytning til asylet. Se Winge, 1915, s. 264 og 266.

⁹⁹ Winge, 1896, s.108.

¹⁰⁰ Heibergs uttalelse under første høringsrunde april 1894. Innstillingen 1897, bilag 2.

kunnskap gjorde at kontrollen med rettsmedisinske erklæringer måtte innskrenke seg til formelle feil, samt mer fremtredende mangler ved undersøkelsen eller undersøkelsens beskrivelse og konklusjoner.¹⁰¹ Videre mente medisinaldirektøren at det var mangel på psykiatrisk kompetanse blant embetslegene. Disse måtte avgi rettspsykiatriske erklæringer, selv om de ikke kunne anses faglig kompetente. Da psykiatri heller ikke var en del den medisinske eksamen, ble det ansett som uheldig at det ikke var noen særlig lovregulering av hvem som kunne fungere som rettspsykiatrisk sakkyndig.¹⁰²

Medisinaldirektørens kontroll og fakultetets overskjønn kom til kort også delvis på grunn av straffeprosesslovens innføring av hovedregelen i § 332 muntlig rettergang.¹⁰³ Etter straffeprosessloven § 195 kunne de sakkyndige enten kreves å avgi skriftlig erklæring eller bli innkalt til muntlig høring, slik at den sakkyndige ikke nødvendigvis måtte avgi skriftlig erklæring. Medisinaldirektørens kontroll og det medisinske fakultets overskjønn kunne nå bare skje i de tilfeller den sakkyndige hadde avgitt skriftlig erklæring.¹⁰⁴ Selv i de tilfeller det forelå skriftlig sakkyndigerklæring, kunne de sakkyndige modifisere sine erklæringer på grunnlag av det som kom frem under hovedforhandlingen. De var ikke pålagt å foreta noen nedtegnelse av sine muntlige forklaringer under hovedforhandlingen. Eventuelle endringer av den skriftlige erklæringen kom dermed ikke til medisinaldirektørens kunnskap. Således var muntlige erklæringer avgitt under hovedforhandling praktisk talt unntatt fra all form for kontroll både fra fakultetets og medisinaldirektørens side.¹⁰⁵

Disse forhold ble av mange oppfattet som svakheter ved den daværende organisering av rettsmedisinsk sakkyndighet.

¹⁰¹ Innstillingen 1897, bilag 3.

¹⁰² Medisinaldirektørens uttalelse, inntatt i St. prp. nr. 25, 1899 – 1900, s. 7 ff.

¹⁰³ Winge, 1898, s. 15.

¹⁰⁴ Innstillingen 1897, s. 19.

¹⁰⁵ Forhandlinger ved Den norske kriminalistforenings 5. møte, 1898 s. 93 - 94, 113, 121.

4.1.3 Komiteen av 1896

Startskuddet til det omfattende arbeidet som ledet til opprettelsen av Den rettsmedisinske kommisjon gikk med et foredrag som politilege Winge holdt i Den norske kriminalistforenings møte i oktober 1893. Her fremla han et utkast med forslag til endringer i de gjeldende regler for *"retsmedicinske og retskemiske Sagkyndiges Tjenestegjøring under strafferetslige Undersøgelser"*, og *"Anmærkninger"* til disse.

Utkastet¹⁰⁶ ble i november 1893 oversendt til Justisdepartement,¹⁰⁷ som innhentet uttalelse om forslaget fra Det medisinske fakultet¹⁰⁸ og medisinaldirektøren.¹⁰⁹ Temaet var også oppe i legemøtet i 1895¹¹⁰ og 1897.¹¹¹ Man var enig om at det var nødvendig med endringer i det rettsmedisinske sakkyndighetsvesenet. Etter forslag fra Medisinaldirektøren ble det opprettet en komite, komiteen av 1896, bestående av leger og jurister for en nærmere utredning av temaet.

Komiteen bestående av statsråd Stang Lund, professorene dr. med. Heiberg, Schönberg, Torup, politilege dr. med. Winge og statsadvokat Vogt ble oppnevnt 25. mars 1896, og avga sin innstilling i juni 1897.¹¹² Hovedmandatet var å vurdere behovet for en reform av

¹⁰⁶ Dette utkastet fra 1893 foreligger som vedlegg til innstillingen 1897, som bilag 1.

¹⁰⁷ Av Holmboe, direktøren for det sivile medisinalvesen.

¹⁰⁸ Innstillingen 1897, bilag 2.

¹⁰⁹ Innstillingen 1897, bilag 3.

¹¹⁰ Legemøtet vedtok følgende uttalelse i 1895: "Lægemødet finder, at der er mangler ved den nuværende ordning av det retsmedicinske sagkyndighedsvæsen, og anser det ønskelig, at disse snarest muligt søkes rettede." St. prp. nr. 25, s. 1.

¹¹¹ Legemøtet i 1897 vedtok følgende uttalelse (etter forslag fra Winge): "Lægemødet udtaler, at det anser det som nødvendig at omorganisere den for retterne direkte fungerende medicinske sagkyndighet." Forhandlingerne paa det 7de norske lægemøde, 1897, s. 49.

¹¹² Indstilling angaaende Spørgmaalet om en Reform af Ordningen med Hensyn til de retsmedicinske Sagkyndiges Tjenestegjøring under strafferetslige Undersøgelser – Afgiven af en af Justidepartementet i Marts 1896 nedsat Komite. Kristiania. 1897.

ordningen med de rettsmedisinske sakkyndiges tjenestegjøring under strafferettslige undersøkelser, og utarbeide forslag til regler.

Komiteen kom frem til at en reform av det rettsmedisinske sakkyndighetsvesen var påkrevet, særlig av hensyn til den rollen sakkyndige hadde fått under strafferettssaker etter vedtakelsen av straffeprosessloven 1887. Det viktige var å styrke og utvikle ”den for retterne direkte optrædende sagkyndighet”.¹¹³

På hvilken måte dette burde skje var det imidlertid dissens om. Komiteen delte seg i tre fraksjoner, der flertallet¹¹⁴ bestod av Lund, Schønberg og Torup og mindretallet¹¹⁵ bestod av Heiberg og Vogt. Disse to fraksjonene var enige om at den nødvendige endring kunne oppnås ved å opprette en rettsmedisinsk kommisjon som skulle være et kontrollerende og rådgivende organ i rettsmedisinske spørsmål under straffesakers behandling. Uenigheten mellom minoriteten og majoriteten gikk i hovedsak ut på hvordan sammensetningen av kommisjonen skulle være. Wings¹¹⁶ standpunkt var så avvikende fra de to andre fraksjonene at han fremla sitt eget forslag.¹¹⁷

Innstillingen ble i september 1897 sendt ut på høring.¹¹⁸ Også under denne høringsrunden kom det frem at det var enighet om et endringsbehov, og at det burde opprettes en rettsmedisinsk kommisjon.

¹¹³ Innstilling 1897, s. 22 – 23 og St. Prp. Nr. 25 (1899 - 1900), s.2.

¹¹⁴ Flertallets forslag fremgår av s. 18 – 34. Flertallets og mindretallets utkast til regler er tatt inn på s. 3 – 5.

¹¹⁵ Mindretallets forslag, som særlig gjelder sammensetningen av kommisjonen, fremgår av s. 34 – 39.

¹¹⁶ Wings forslag fremgår av s. 39 – 78, og hans utkast til regler er tatt inn på s. 6 – 12.

¹¹⁷ Forslaget var, med noen endringer, slik hans opprinnelige forslag var i 1893. Hovedtrekkene i hans forslag skal gjennomgå under redegjørelsen for selve innstillingen fra komiteen.

¹¹⁸ Uttalelsene fra fakultetet, medisinaldirektøren og statsadvokaten i Buskerud er trykt i St. Prp. Nr. 25, hhv. på s. 5, 7 og 11.

Departementet foreslo etter dette¹¹⁹ at det ble opprettet en rettsmedisinsk kommisjon, og anbefalte at mindretallets forslag (Heiberg og Vogt), med de endringer som var foreslått av medisinaldirektøren,¹²⁰ ble lagt til grunn. Departementets forslag ble lagt frem for Stortinget.¹²¹ Med kongelig resolusjon 30. juni 1900 ble det vedtatt godkjent at det fra 1. juli 1900 skulle opprettes ”en retsmedicinsk Kommission med Sæde i Kristiania”.

4.2 Komiteens innstilling angående de sakkyndiges og Den rettsmedisinske kommisjons organisering og tjenestegjøring under straffesaker

4.2.1 Overordnede forutsetninger

Både flertallet og mindretallet antok at en ny og bedre ordning av den rettsmedisinske sakkyndighetsvirksomheten kunne oppnås ved å etablere en rettsmedisinsk kommisjon, og ved å regulere dennes gjøremål og forhold til de øvrige strafferettspleiens aktører gjennom forskrifter.

Det vesentlige var for det første å sørge for at domstolene og påtalemyndigheten hadde tilstrekkelig tilgang til kompetente sakkyndige.¹²² Å ha en ordning med et begrenset sakkyndig utvalg som skulle stå for all sakkyndighet for domstolene ville være upraktisk på grunn av landets store utstrekning, spredte befolkning og besværlige kommunikasjonsforhold. Sakkyndigheten måtte derfor fortsatt bygges på legestanden generelt. Man ønsket å

¹¹⁹ St. Prp. Nr. 25. s. 12 – 13.

¹²⁰ Endringer medisinaldirektøren foreslo var ikke så avvikende fra forslagene som kom frem i innstillingen. Han støttet forslaget fra mindretallet i forhold til kommisjonens organisering og sammensetning, men han ønsket at bestemmelsen om faste sakkyndige, særlig i forhold til hvem som skulle kunne fungere som fast sakkyndig i rettspsykiatriske spørsmål, skulle inneholde kompetansekrav.

¹²¹ Indst. S. Nr. 48 - 1899 / 1900

¹²² Innstillingen 1897, s. 23.

beholde den bestående ordning med faste sakkyndige, uten noen omorganisering av den primære sakkyndighet.¹²³

En forutsetning for at denne primære sakkyndighet skulle kunne fungere tilfredsstillende var at det ble en enhet i sakkyndigheten, og ensartet utvikling av det sakkyndige arbeidet.¹²⁴ Enhet i og ensartet utvikling innen¹²⁵ sakkyndighetsvesenet kunne oppnås ved opprettelsen av en kompetent sentralinstitusjon for hele landet, som kunne sørge for kontroll og samling den sakkyndige virksomheten. Denne sentralinstitusjon skulle altså være Den rettsmedisinske kommisjon.¹²⁶ Det var likevel ønskelig at det i fremtiden ble et krav om kompetanse ervervet gjennom utdanning for å kunne fungere som rettsmedisinsk sakkyndig innenfor psykiatri og medisinsk kjemi.

Winge var uenig i at den eksisterende legestandens kompetanse var tilstrekkelig for hele det rettsmedisinske området. Hans forslag bygget på et prinsipp om ”den spesielle kompe-

¹²³ Den primære sakkyndighet var da ”den for retterne direkte optrædende sagkyndighet”, det vil si de som fungerte som sakkyndige under straffesaker.

¹²⁴ Innstillingen 1897, s. 23.

¹²⁵ Winge har redegjort for ”enhet og ensartet utvikling” med fokus på rettspsykiatri. Han uttaler at ”Navnlig af hensyn til tilregnelighedsafgjorelsens paalidelighed og retfærdighed var det, efter tals mening, et uafviseligt krav at tilveiebringe enhed i den retspsykiatriske bedømmelse; men ogsaa for den evrige retsmedicin var her opfyldelsen af denne fordring særdeles ønskelig.”, Winge 1915 s. 34. I Winge 1898, s. 14 belyser han dette med følgende eksempel: ”Et Asyl har angaaende en Lovovertræders Sindstilstand afgivet en Erklæring, hvori udtales, at Sigtede lider af uhelbredelig Sindssygdom, og i Henhold til denne Erklæring indstilles Forfølgningen, eller Fritindelsesdom afsiges. Nogen Tid senere begaar den samme Mand en ny Lovovertrædelse, han bliver paany sigtet, tiltalt og indlagt til Observation paa et andet Sindssygeasyl, idet man ikke kjender eller ikke akkviescerer ved den tidligere Afgjørelse. Sidstnævnte Asyls Læge finder imidlertid ikke, at der foreligger Bevis for, at Tiltalte er sindssyg, og i Henhold hertil dømmes han. En tredje Gang kommer han ind paa et tredje Asyl, som kommer til samme Resultat som det første, og Manden frifmdes. Men saadanne Forhold bør ikke taales.”

¹²⁶ Innstillingen 1897, s. 23 – 24.

tence”,¹²⁷ som innebar noen endringer i det bestående forhold. Dette prinsippet gikk ut på å ha kompetansebegrensninger som skulle være bestemmende for hvem som kunne fungere som fast sakkyndig. Han foreslo at det skulle beskikkes faste spesialsakkyndige innefor de samme faggrupper som kommisjonen, etter hans forslag, skulle deles inn i.¹²⁸ Videre foreslo han at de øvrige sakkyndiges kompetanse ble begrenset ved å dele dem inn i ulike ”klasser” der bestemte ”klasser” ikke skulle kunne oppnevnes som sakkyndig i medisinsk kjemiske og/eller psykiatriske spørsmål.¹²⁹

Enhet i den rettspsykiatriske (rettsmedisinske) bedømmelse og ensartet utvikling innen rettsmedisin kunne etter Winges mening ikke oppnås ved å etablere en kommisjon som *bare* skulle ha en kontrollerende funksjon overfor rettsmedisinske erklæringer. Han mente at kommisjonen skulle ha adgang til å *forkaste* en sakkyndig erklæring dersom den rettsmedisinske bedømmelsen ikke var i overensstemmelse med de tidligere avgjorte rettsmedisinske saker.¹³⁰ Dersom en erklæring ble forkastet,¹³¹ skulle kommisjonen oppnevnes som sakkyndig i saken¹³² og *avgjøre de rettsmedisinske spørsmål, med endelig virkning for domstolene*.¹³³ Kommisjonen skulle altså etter Winges forslag både være en form for overmyndighet i forhold til de primære sakkyndige, men også selv opptre som primær sakkyndig i de tilfeller det var nødvendig. Denne funksjonen var i følge ham den viktigste funksjonen som kommisjonen skulle ha.¹³⁴ En annen nødvendighet for å sikre ensartet praksis var, i følge ham, at hver gruppe i kommisjonen skulle ha sine faste undersøkelsesstasjo-

¹²⁷ St. prp. nr. 25, 1899 – 1900, s. 4.

¹²⁸ Innstillingen 1897, s. 71.

¹²⁹ Innstillingen 1887, s. 42 – 44 og 69 – 72. St. prp. nr. 25, 1899 – 1900, s. 5.

¹³⁰ Winge, 1915, s. 57 og 285 - 286. Forhandlinger ved det 7de norske legemøte, s. 32. Forhandlinger ved Den norske kriminalistforenings 5. møte, 1898, s. 103 – 104.

¹³¹ St. prp. nr. 25, 1899 – 1900, s. 4 -5. Winge, 1915, s. 57.

¹³² Innstillingen 1897, s. 59 – 60. St. prp. nr. 25, 1899–1900, s. 4 -5.

¹³³ St. prp. nr. 25, 1899 – 1900, s. 4 -5. Winge, 1915, s. 57. Forhandlinger ved Den norske kriminalistforenings 5. møte, 1898, s.107, 118 – 119, 123 - 124

¹³⁴ St. prp. nr. 25, s. 4. Forhandlinger ved Den norske kriminalistforenings 5. møte, 1898 s. 106.

ner,¹³⁵ autorisert av Kongen,¹³⁶ som de skulle bruke i forbindelse med rettsmedisinske undersøkelser.¹³⁷

4.2.2 Kommisjonens rolle

Etter flertallets og mindretallets oppfatning måtte Den rettsmedisinske kommisjon være et veiledende og kontrollerende organ.¹³⁸

Den skulle gi råd og veiledning¹³⁹ til sakkyndige, påtalemyndigheten, retten, forsvarerne og administrasjonen, fortrinnsvis overfor Justisdepartementet og medisinalstyrelsen. Sakkyndige skulle kunne henvende seg til kommisjonen for å få generell veiledning i den enkelte sak og i teoretiske eller praktiske spørsmål vedrørende rettsmedisinsk sakkyndighet for øvrig. Påtalemyndigheten, retten og forsvareren skulle kunne henvende seg til kommisjonen dersom de var i tvil om det var behov for en rettsmedisinsk undersøkelse i det enkelte tilfellet. De skulle også kunne få opplysning om hvilke sakkyndige de kunne henvende seg til. På daværende tidspunkt hadde ikke noe annet offentlig organ slik veiledningsplikt.

Den viktigste funksjonen til kommisjonen skulle være å utøve kontroll med rettsmedisinske sakkyndigerklæringer ved å gjennomgå disse. Sakkyndige skulle pålegges å innsende beskrivelse av de foretatte rettsmedisinske undersøkelser, og kopi av den avgitte erklæringen. Dersom kommisjonen fant vesentlige mangler i de gjennomgåtte erklæringene skulle den gjøre retten eller påtalemyndigheten oppmerksom på dette.¹⁴⁰

¹³⁵ Innstillingen 1897, s. 47 – 56.

¹³⁶ Innstillingen 1897, s. 56.

¹³⁷ Innstillingen 1897, s. 47

¹³⁸ Innstillingen 1897, s. 24 og 34.

¹³⁹ Innstillingen 1897, s. 24, 25.

¹⁴⁰ Innstillingen 1897, s. 24.

Den gjennomgåelse og kontroll av sakkyndigerklæringer som kommisjonen skulle foreta ble antatt å ville bli langt mer effektiv og inngående enn det som kunne utøves av medisinaldirektøren og det medisinske fakultet. Etter opprettelsen av kommisjonen ville det ikke lenger være behov for det medisinske fakultets og medisinaldirektørens befatning med sakkyndigerklæringer.¹⁴¹

Kommisjonen skulle avgi en årlig beretning om sin virksomhet til Justisdepartementet, der resultatene av kommisjonens virksomhet skulle fremgå. Slik ville resultatene bli tilgjengeliggjort for legestanden.¹⁴² I samvirkning med kommisjonens veiledende, rådgivende og kontrollerende funksjon overfor sakkyndige ville dette sikre enhet og ensartethet i sakkyndigheten og den videre utviklingen.

Den rettsmedisinske kommisjons medlemmer skulle anses som faste sakkyndige,¹⁴³ men flertallet og mindretallet foreslo ikke dette regelfestet som en del av kommisjonens oppgaver.

Winge ønsket en bredere regulering av det rettsmedisinske sakkyndighetsfeltet som skulle bygge på prinsippet om ”den spesielle kompetanse”. Dette prinsippet preget også hans forslag i forhold til kommisjonens organisering og sammensetning. Han ville at kommisjonen skulle deles inn i flere faggrupper som skulle ledes av universitetsprofessorer.

Winges forslag hadde hovedvekten på at kommisjonen som sådan skulle kunne oppnevnes og fungere som sakkyndig under straffesakers behandling i tillegg til å være et rådgivende og kontrollerende organ.¹⁴⁴ Etter sin kontroll av erklæringer skulle den ikke bare ”nøye seg” med å gjøre retten eller påtalemyndigheten oppmerksom på mangler ved erklæringen.

¹⁴¹ Innstillingen 1897, s. 24.

¹⁴² Innstillingen 1897, s. 24.

¹⁴³ Innstillingen 1897, s. 31.

¹⁴⁴ St. prp. nr. 25, s. 4 – 5.

I slike tilfeller skulle kommisjonen oppnevnes som sakkyndig, og avgjøre saken med endelig virkning for domstolene.¹⁴⁵ Kommisjonen skulle være en ” ... Institution med en vis begrænset Autoritet og Magt, og den indtager en Stilling i Samfundet, der til en vis Grad er analog med Domstolenes.”¹⁴⁶ Denne oppgaven var avhengig av at hver faggruppe i kommisjonen hadde faste undersøkelsessteder.¹⁴⁷ ”Enhed i [den psykiatriske] bedømmelsen” kunne bare oppnås ved at ” ... der skabes en retspsykiatrisk institution, som har ret og pligt til med endelig kompetence at belære domstolene, og en saadan institution maa have en retspsykiatrisk station til sin raadighed. En psykiatrisk observationsanstalt er derfor en nødvendighed.”¹⁴⁸

4.2.3 Den rettsmedisinske kommisjons organisering og sammensetning

4.2.3.1 Inndeling i faggrupper

Flertallet anså det som tilstrekkelig at fagområdene patologisk anatomi, psykiatri, fødselsvitenskap, kirurgi og toksikologi og medisinsk kjemi hadde hvert sitt faste medlem i kommisjonen. Mindretallet var uenig med flertallet på dette punkt. De foreslo at kommisjonen skulle bestå av to faggrupper, en alminnelig gruppe med tre medlemmer og en psykiatrisk gruppe med to medlemmer. De ville ikke at kommisjonen skulle inndeles i spesifiserte faggrupper for å unngå at kommisjonen kun ble ansett som sakkyndig innenfor de fagområder den var inndelt etter.

Flertallet mente derimot at inndeling i en alminnelig og psykiatrisk gruppe ville gi et inntrykk av at kun psykiatrien var et spesialfag og den egentlige rettsmedisin. Rettsmedisin var etter flertallets mening ikke et eget medisinsk vitenskapelig fag som man skulle kreve sær-

¹⁴⁵ St. prp. nr. 25, 1899 – 1900, s. 4 -5. Winge, 1915, s. 57.

¹⁴⁶ Winge, 1915, s. 60.

¹⁴⁷ Innstillingen 1897, s. 47 – 57.

¹⁴⁸ Winge, 1915, s. 244.

skilt representasjon av i kommisjonen. Det var tilstrekkelig at hvert enkelt medlem hadde rettsmedisinsk innsikt i tillegg til kyndighet i ett av de fem foreslåtte fagområdene.

Mindretallet anså rettmedisin som en spesialitet både i vitenskapelig, undervisningsmessig og litteraturmessig sammenheng. De ønsket at medlemmene av kommisjonen hadde utdannelse i og full fortrolighet med rettsmedisin, i tillegg til å ha spesialkunnskap innenfor de fagområder der de fleste rettsmedisinske spørsmål oppstod, men de foreslo dog ikke at rettsmedisinsk utdannelse skulle være et krav for å bli antatt som medlem i kommisjonen.

Winges forslag var mer i tråd med flertallets. Han foreslo at kommisjonen skulle bestå av fem faste avdelinger ordnet etter fagområdene:

1. patologisk anatomi og bakteriologi,
2. psykiatri,
3. fødselsvitenskap og kvinnesykdommer,
4. kirurgi og
5. toksikologi og medisinske kjemi.

Hver avdeling skulle ha to medlemmer, hvorav det medlemmet som skulle lede avdelingen skulle være universitetslæreren i henholdsvis patologisk anatomi, psykiatri, fødselsvitenskap, kirurgi og farmakologi.

4.2.3.2 Kommisjonsmedlemmer

Etter flertallets forslag skulle det i tillegg til de fem faste medlemmene oppnevnes fem tilforordnede medlemmer innenfor de samme fag. De tilforordnede medlemmene skulle ta sete i kommisjonen hvis noen av de faste medlemmene hadde forfall, og ellers når det var påkrevet.¹⁴⁹ I tillegg skulle det oppnevnes supplerende medlemmer som skulle tre inn der-

¹⁴⁹ Påkrevet kunne det være der saksbehandlingen krevde det. Der kommisjonen hadde til behandling en sak innenfor et av de faste fagene, kunne det faste medlemmet for det aktuelle fagområdet kreve at det tilforord-

som det tilforordnede medlemmet hadde forfall. Dersom det var en sak som krevde spesiell sakkyndig kompetanse som ingen av de faste eller tilforordnede medlemmene hadde, skulle det kunne oppnevnes ekstraordinære medlemmer for den enkelte sak. Mindretallet anså dette forslaget som for komplisert og ønsket kun fem faste medlemmer og fem tilforordnede medlemmer. Noen av de tilforordnede medlemmene kunne gjerne ha kompetanse innen andre medisinske fagområder enn de faste medlemmene hadde. For de tilfeller det var nødvendig med spesiell kompetanse skulle det kunne oppnevnes ekstraordinære medlemmer. Winge foreslo ikke noen tilforordnede eller supplerende medlemmer oppnevnt, men Justisdepartementet kunne oppnevne stedfortredere i forfallstilfeller. Videre kunne departementet oppnevne en ekstraordinær avdeling med to medlemmer dersom en sak krevde spesiell behandling.

Alle ønsket at kommisjonsmedlemmene skulle oppnevnes av kongen, og at et av de faste medlemmene skulle være kommisjonsleder.

Winge ville at kommisjonsmedlemmene skulle ansettes på ubestemt tid, og nærmest være uavsettelige, for å sikre deres uavhengighet og upartiskhet. Gruppeledere, der medlemskapet var tilknyttet stillingen som universitetslærer, skulle fungere som faste kommisjonsmedlemmer så lenge de hadde stillingen som universitetslærer.

Flertallet og mindretallet var uenig med Winge i at rollen som kommisjonsmedlem skulle være en nødvendig følge av en bestemt stilling. De ønsket at medlemmene skulle oppnevnes for en periode på 10 år for å sikre både kontinuitet og fleksibilitet.

4.2.4 Kommisjonens arbeidsmåte

Alle fraksjoner forutsatte at kommisjonsbehandlingen av en sak alltid ble gjort av minst to

nede medlemmet innenfor vedkommendes fagområde skulle tre inn ved behandlingen av saken.

medlemmer. Flertallet mente at alle rettsmedisinske spørsmål i utgangspunktet skulle kunne behandles av ethvert medlem av kommisjonen. Mindretallets forslag innebar at de alminnelige rettsmedisinske spørsmål skulle behandles av alminnelig gruppe, eller av alle dens medlemmer samlet dersom det var nødvendig. Psykiatriske spørsmål skulle behandles av psykiatrisk gruppe. Etter Wingses forslag skulle behandlingen av saken starte i et plenarmøte, for deretter å bli oversendt til den eller de avdelinger¹⁵⁰ som skulle behandle saken videre. Fungerte kommisjonen som sakkyndig i den foreliggende sak,¹⁵¹ skulle saken behandles i plenarmøte dersom ikke en av vedkommende fagkyndige medlem fremsatte begjæring om at saken skulle behandles i avdelingen. Der ingen av kommisjonsmedlemmene var kompetente på saksområdet, skulle det oppnevnes en ekstraordinær avdeling for å behandle saken.

Winge forutsatte at kommisjonen skulle kunne oppnevnes som sakkyndig. De nødvendige rettsmedisinske undersøkelser i slike tilfeller, og ellers ved behov, skulle etter hans forslag foregå på faste undersøkelsessteder. Han ønsket at universitetslærerne skulle være faste medlemmer i kommisjonen. De fasiliteter disse som universitetslærere hadde tilgang til, slik som rikshospitalet og universitetets farmakologiske institutt, skulle være tilgjengelige også for kommisjonen, og være faste undersøkelsessteder. Han ønsket at det skulle opprettes en egen psykiatrisk observasjonsanstalt som skulle brukes som fast undersøkelsessted i rettspsykiatriske undersøkelser.

Alle i komiteen forutsatte at kommisjonen skulle ha adgang til selv å foreta ytterligere undersøkelser i den enkelte sak ved behov. Wingses forslag om at undersøkelsene skulle foregå på faste undersøkelsessteder fikk ikke støtte fra noen i komiteen. De var av den oppfatning at de allerede bestående laboratorier og institusjoner ved universiteter og andre offentlige institusjoner ville kunne brukes dersom det var aktuelt.

¹⁵⁰ Hver avdeling skulle etter hans forslag ha to medlemmer.

¹⁵¹ I sine motiver uttaler Winge at kommisjonen alltid skulle oppnevnes som sakkyndig dersom den hadde funnet vesentlige mangler ved en innsendt sakkyndigerklæring.

Dersom kommisjonen fant mangler ved den rettsmedisinske erklæringen, skulle kommisjonen gjøre påtalemyndigheten eller retten oppmerksom på manglene. Winge forutsatte at kommisjonen alltid skulle oppnevnes som sakkyndig i de tilfeller den fant vesentlige mangler i erklæringen, og avgjøre de rettsmedisinske spørsmål i saken med endelig og bindende virkning for domstolen i alle de tilfeller kommisjonen opptrådte som sakkyndig.

4.3 Siste høringsrunde – hørings svar fra Det medisinske fakultet¹⁵² og medisinaldirektøren¹⁵³

Fakultetsmedlemmene var enige om at det burde opprettes en rettsmedisinsk kommisjon, og at dennes hovedoppgave skulle være kontrollerende og rådgivende. Videre var det enighet om at de faste sakkyndiges kompetanseområder burde begrenses på en hensiktsmessig måte, da det var enighet om at ikke alle leger var kompetente til å avgi rettsmedisinske erklæringer i alle typer av rettsmedisinske spørsmål. Den primære sakkyndigheten burde styrkes ved utvidet undervisning i rettsmedisin, psykiatri og rettspsykiatri. Angående kommisjonens sammensetning gikk de fleste inn for flertallets forslag.

Medisinaldirektøren fremhevet det uheldige ved at leger uten tilstrekkelig kompetanse avga rettspsykiatriske erklæringer. Han foreslo dette løst ved at det ble opprettet særlige utvalg av faste sakkyndige med spesiell kompetanse. Angående sammensetningen av Den rettsmedisinske kommisjon var han enig med mindretallet. Han anså mindretallets forslag som det økonomisk mest lønnsomme samtidig som det ivaretok behovet for spesiell kompetanse i rettspsykiatri i kommisjonen. Opprettelse av en psykiatrisk observasjonsanstalt kunne han ikke gå inn for på daværende tidspunkt, men anså det som ønskelig med en nærmere utredning før man eventuelt besluttet at det skulle opprettes slik anstalt.

¹⁵² St. prp. nr. 25, s. 5 – 7.

¹⁵³ St. prp. nr. 25, s. 7 – 11.

4.4 Den rettsmedisinske kommisjon i år 1900¹⁵⁴

Før saken ble fremlagt til vedtakelse ble det holdt et foredrag der Justisdepartementet anbefalte at forslaget fra Heiberg og Vogt, med de endringer medisinaldirektøren hadde foreslått, ble lagt til grunn ved gjennomførelsen av en ny ordning.¹⁵⁵

Departementet ville ikke anbefale at Wings forslag om at kommisjonens undersøkelser skulle foregå i faste autoriserte undersøkelsessteder. Man ville heller ikke anbefale en ordning der kommisjonens erklæringer skulle tillegges endelig virkning, noe som ville forutsette at man endret straffeprosessloven. Departementet antok at kommisjonen ad administrativ vei kunne gis adgang til de allerede bestående laboratorier og institutter dersom den måtte ha behov for det i forbindelse med rettsmedisinske undersøkelser. Selv om dette ikke kunne gjelde rettspsykiatriske undersøkelser, antok man ikke at opprettelse av en særegen psykiatrisk observasjonsanstalt var en nødvendig betingelse for at kommisjonen skulle kunne utføre de oppgaver som den var tiltenkt.

Med Kongelig resolusjon av 30. juni 1900 ble det vedtatt at det skulle opprettes en rettsmedisinsk kommisjon med sete i Kristiania. Resolusjonen, som stort sett var i samsvar med mindretallets forslag, inneholdt bestemmelser om hvem som kunne fungere som faste sakkyndige, kommisjonens sammensetning, arbeidsoppgaver og sakkyndiges innsendingsplikt av erklæringer.

4.4.1 Sakkyndige

Ordningen med faste sakkyndige ble beholdt. Gjennom bestemmelsen om dette i kommisjonens reglement fikk man en form for kompetansekrav til hvem som kunne fungere som fast sakkyndig.

¹⁵⁴ Kilden til kapittel 4.4 er i hovedsak kgl. res. av 30. juni 1900.

¹⁵⁵ St. prp. nr. 25, s. 12 – 13.

Etter kgl. res. 30. juni 1900 § 1 skulle følgende fungere som fast sakkyndig:

- a) I medisinsk kjemiske spørsmål: de som måtte bli beskikket av Justisdepartement
- b) I psykiatriske spørsmål: direktører (bestyrere) og underordnede leger (som var ansatt for lenger enn et år) ved sinnsykeasylene, amtsleger og av Justisdepartementet ansatte politi- og fengselsleger, og i tillegg andre leger som Justisdepartement skulle måtte beskikke.
- c) I andre rettsmedisinske spørsmål: universitetslæreren i rettsmedisin, stadsfysikus, distriktslæger og de av Justisdepartementet ansatte politi- og fengselsleger, og i tillegg andre leger som av departementet måtte bli beskikket

Den rettsmedisinske kommisjons faste eller tilforordnede medlemmer skulle også kunne oppnevnes som sakkyndige, etter henstilling fra kommisjonen selv.

4.4.2 Kommisjonens organisering og sammensetning

I følge kgl. res. 30. juni 1900 §§ 3 og 4 skulle kommisjonen ha to grupper¹⁵⁶ bestående av henholdsvis tre og to faste medlemmer, og det skulle i tillegg beskikkes fem tilforordnede medlemmer, alle for et tidsrom på ti år. Et av de faste medlemmene skulle fungere som kommisjonsleder.

Ved beskikkelsen av medlemmene til den alminnelige gruppen skulle man ta hensyn rettsmedisinsk utvikling, samt utdanning i patologisk anatomi, fødselsvitenskap eller kirurgi. For medlemmene til psykiatrisk gruppe skulle det legges spesielt vekt på erfaring og kyndighet i psykiatri. Beskikkelsen av tilforordnede medlemmer skulle skje etter de samme hensyn som for de faste medlemmene.

¹⁵⁶ I resolusjonen omtales gruppene som 1. gruppe og 2. gruppe. I kommisjonens innstilling og årsrapportene omtales gruppene som alminnelig gruppe og psykiatrisk gruppe.

Hvis en sak nødvendiggjorde annen spesialsakkyndighet, kunne kommisjonen i henhold til § 5 begjære at Justisdepartementet beskikket inntil to ekstraordinære medlemmer.

4.4.3 Kommisjonens rolle

Etter kgl. res. 30. juni 1900 § 2 skulle enhver som fungerte som rettsmedisinsk sakkyndig i strafferettslige saker sende en beskrivelse av den foretatte forretning, ledsaget av den avgitte rettsmedisinske erklæringen, til kommisjonen. Så vidt mulig skulle de nødvendige preparatene og de tilgjengelige bevismaterialene også sendes inn sammen med erklæringen.

Kommisjonen skulle gjennomgå de innkomne rettsmedisinske beskrivelser og erklæringer, jf. § 8 bokstav a. Dersom kommisjonen fant vesentlige mangler ved den innsendte beskrivelsen eller erklæringer, skulle den ifølge § 8 siste ledd gi rekvirenten meddelelse om dette.

Resolusjonen inneholdt ikke noen bestemmelser angående muntlige erklæringer sakkyndige eventuelt måtte avgi under hovedforhandling, selv om dette var et problem som var trukket frem i motivene til komiteen.

I følge § 8 b skulle kommisjonen bistå retten, påtalemyndigheten, offentlig beskikkede forsvarere samt sakkyndige med råd og opplysninger angående rettsmedisinske spørsmål som disse måtte ønske å få. Ifølge § 8 c skulle den også bistå Justisdepartement og medisinalstyrelsen i spørsmål av rettsmedisinsk art.

Dersom kommisjonen anså at det var påkrevet med ytterligere undersøkelser, kunne den selv foreta de nødvendige undersøkelser, og i dette øyemed benytte sakkyndig hjelp. Den endelige behandlingen av en sak kunne overlates til to faste, tilforordnede eller ekstraordinære medlemmer dersom saken var av en spesialfaglig art og de to som saken skulle overlates til ble antatt å besitte nødvendig kyndighet. Slik spesialbehandling skulle finne sted i psykiatriske spørsmål dersom medlemmene i den psykiatriske gruppe fremsatte begjæring

om det, og ellers når det ble begjært av to av medlemmene i den alminnelige gruppe.

Kommisjonen skulle være beslutningsdyktig når minst tre medlemmer var tilstede. I psykiatriske spørsmål måtte begge medlemmene være tilstede. I øvrige saker måtte to av de i den alminnelige gruppe være tilstede.

En siste oppgave kommisjonen skulle ha var å avgi en årlig beretning om virksomheten til Justisdepartementet, noe den har gjort frem til i dag.

5 Den rettsmedisinske kommisjons arbeid

5.1 Innledning – kort historikk

Det fremgår av straffeprosessloven § 146 at det for hele riket skal være en rettsmedisinsk kommisjon. Kommisjonens funksjon ble, i samsvar med majoritetens og minoritetens forslag, et kontrollerende og rådgivende organ overfor strafferettspleiens aktører, hvis arbeid og resultater skulle tilgjengeliggjøres gjennom årlige rapporter. Winge fikk ikke noe gjennomslag for sine forslag, unntatt for prinsippet om ”den spesielle kompetence” ved at kretsen av de som kunne fungere som fast sakkyndig ble bestemt ut i fra deres kompetanse.¹⁵⁷

Regler om kommisjonen ble første gang gitt i kgl. res. 1. juli 1900. Resolusjonen inneholdt bestemmelser om at kommisjonen skulle ha to faggrupper¹⁵⁸ med fem faste medlemmer for en periode på ti år. Ved beskikkelsen av medlemmene skulle man ta hensyn til relevant kompetanse.¹⁵⁹ Enhver som avga erklæring i anledning av en straffesak skulle i følge § 2 sende den skriftlige erklæringen til kommisjonen,¹⁶⁰ som skulle kontrollere innkomne erklæringer.¹⁶¹ Videre skulle kommisjonen gi råd om rettsmedisinske spørsmål og gi årlige rapporter om sin virksomhet. I resolusjonen ble det også inntatt regler om hvem som kunne fungere som fast sakkyndig i straffesaker.¹⁶²

Reglementet for kommisjonen ble endret ved flere anledninger.¹⁶³ Første endring skjedde i

¹⁵⁷ Se om dette under kapittel 4. Innstillingen 1897, s. 70 – 72 og St. prp. nr. 25, s. 4 – 5.

¹⁵⁸ Jf. §§ 3 og 4. De het da alminnelig gruppe og psykiatrisk gruppe, slik det kommer frem av årsrapportene.

¹⁵⁹ Se nærmere om dette under kapittel 4.4.2

¹⁶⁰ Erklæringen skulle være ledsaget av en beskrivelse av “den foretagne forretning”, og så vidt mulig “de fornødne preparater og annet forhåndenværende bevismateriale”.

¹⁶¹ Jf. kgl. res. 30. juni 1900 § 8

¹⁶² Jf. kgl. res. 30. juni 1900 § 1. Se nærmere om faste sakkyndige under kapittel 3.4, 3.5 og 4.4.1

¹⁶³ Kgl. res. 30. juni 1900 ble endret ved kgl. res. av 13. november 1931 (inntatt i Årsrapport 1931 s. 197), og videre endringer ble gjort med kgl. res. av 30. august 1946 (inntatt i Årsrapport 1946 s. 58), kgl. res. av 2. juni

1931,¹⁶⁴ der den vesentligste endringen var at innsendingsplikten ble utvidet til også å gjelde referat av den sakkyndiges muntlige forklaring under hovedforhandlingen dersom den avvek fra, eller på vesentlige punkter utfylte, den skriftlige erklæringen. Videre ble det endringer i bestemmelsen om faste sakkyndige i rettspsykiatriske spørsmål. Etter endringen i 1931¹⁶⁵ var det:

- universitetslæreren i psykiatri,
- direktørene ved statlige, fylkeskommunale og kommunale sinnssykeasylene
- andre leger som hadde tjenestegjort minst et halvt år ved en psykiatrisk klinikk og et år ved sinnssykeasyl og i tillegg hadde hatt en ansettelsestid som lege ved sinnssykeasyl, psykiatrisk klinikk eller psykiatrisk sykehusavdeling i lenger enn ett år.

Ny revisjon ble foretatt i 1946,¹⁶⁶ og gikk ut på at det skulle være tre faste medlemmer i hver gruppe. De etterfølgende revisjoner av kommisjonens reglement skjedde i 1960,¹⁶⁷ der medlemmenes funksjonstid ble redusert til fem år, og i 1972¹⁶⁸ der medlemstallet i alminnelig gruppe ble økt til fire. Medlemstallet i begge gruppene ble satt til tre ved endringen i 1978.¹⁶⁹

Straffeprosesslovkomiteen av 1969 mente at kommisjonen hadde en så sentral rolle i sak-

1960 (inntatt i Årsrapport 1964 s. 90), kgl. res. av 28. juli 1972 (inntatt i Årsrapport 1972 s. 80), kgl. res. av 6. januar 1978 (inntatt i Årsrapport 1978 s. 83), kgl. res. av 4. mars 1988 (inntatt i NOU 2001:12) og kgl. res. av 14. mars 2003 (Lovdata).

¹⁶⁴ Kgl. res. 13. november 1931, i kraft fra 1. januar 1932.

¹⁶⁵ For perioden fra 1900 til 1932, se under kapittel 4.4.1.

¹⁶⁶ Kgl. res. 30. august 1946

¹⁶⁷ Kgl. res. 2. juni 1960

¹⁶⁸ Kgl. res. 28. juli 1972. Ved denne revisjonen ble det også tatt inn bestemmelser om hvem som kunne anses som fast sakkyndig i odontologiske spørsmål.

¹⁶⁹ Kgl. res. 6. januar 1978

kyndighetsvesenet i straffesaker at den burde ha uttrykkelig hjemmel i loven.¹⁷⁰ Uttrykkelig lovhjemmel fikk kommisjonen først i straffeprosessloven av 1981.¹⁷¹ Virksomheten til kommisjonen er dermed i dag regulert av §§ 146 og 147 i straffeprosessloven. I medhold av § 146 ble det i 1988 gitt en forskrift som inneholdt nærmere regulering av kommisjonens virksomhet.¹⁷² Bestemmelsene om faste sakkyndige, som inntil da hadde vært en del av reglementet til kommisjonen, ble etter dette adskilt og tatt inn i egen forskrift.¹⁷³ Forskriften av 1988 for kommisjonen videreførte de tidligere regler uten store endringer. Begge forskriftene av 1988 ble opphevet i 2003. Med dette ble ordningen med faste sakkyndige opphevet.¹⁷⁴ Samtidig ble den siste någjeldende forskriften for Den rettsmedisinske kommisjonen, forskrift av 14. mars 2003 nr. 294,¹⁷⁵ i medhold av straffeprosessloven § 146 gitt.

Den følgende redegjørelsen for kommisjonens arbeid tar utgangspunkt i denne forskriften.

5.2 Årsrapporter og nyhetsbrev

At kommisjonen skulle gi årlige beretninger om sin virksomhet var forutsatt av alle som satt i komiteen av 1896, noe den har gjort siden opprettelsen. Denne plikten fremgår i dag av § 3d i forskrift om den rettsmedisinske kommisjon.

Årsrapportenes innhold har variert med årene. De første 70 årene inneholder rapportene gjengivelse av utvalgte rettsmedisinske erklæringer, i tillegg til statistikk. Erklæringene er

¹⁷⁰ Jfr. (NUT 1969:3) Innstilling om rettergangsmåten i straffesaker fra Straffeprosesslovkomiteen 1969, s. 218. Tilgjengelig på nett på <http://websir.lovdato.no/lex/nou/hut-1969-03.html>

¹⁷¹ Lov 22.05.1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker.

¹⁷² Kgl.res. 4. mars 1988 nr. 188. Nye regler ble gitt i forskriften 14.03.2003 nr. 294, som opphevet forskriften av 4. mars 1988 nr. 187 og 188.

¹⁷³ Kgl.res. 4.mars 1988 nr.187

¹⁷⁴ Ordningen med faste sakkyndige ble opphevet etter anbefaling fra Rognumutvalget i NOU 2001:12 kapittel 11.2.2. Se nærmere om Rognumutvalget i kapittel 6.2.2 og 6.6.2.2.

¹⁷⁵ Forskrift for Den rettsmedisinske kommisjon, FOR-2003-03-14-294.

gjengitt enten i sammendragsform eller som full gjengivelse. I de tilfeller kommisjonen har hatt merknader til erklæringen, er merknadene også gjengitt. Slik gjengivelse av rettsmedisinske erklæringer var antakelig satt pris på av sakkyndige, da det under legemøtet i 1897 fremkom ønske fra noen distriktsleger om at ”responsa medica” skulle bli offentliggjort i kommisjonens beretninger.¹⁷⁶ Noen årsrapporter inneholder også fagartikler som belyser ulike temaer¹⁷⁷ og uttalelser fra Den rettsmedisinske kommisjon om prinsipielle spørsmål.¹⁷⁸

Kommisjonen består i dag av genetisk gruppe, toksikologisk gruppe, psykiatrisk gruppe og gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Hver gruppe er særskilt representert i årsrapportene med sin egen rapport for året.

Rettspsykiatrisk gruppe har hatt en noe mer aktiv profil enn de andre gruppene i tidsperioden fra 1999 til 2008. I tillegg til årsrapporten sin begynte gruppen i 1999 å utgi nyhetsbrev to ganger årlig.¹⁷⁹ Dette gjorde de uten avbrudd frem til 2008. Det eneste og siste nyhetsbrevet som er publisert etter den tid er fra desember 2012. Det uttales i dette siste brevet at man ønsker å ta opp igjen tradisjonen med nyhetsbrevene, men det ser ikke ut til å ha blitt noe mer av.

Noen utvalgte tema fra årsrapportene og nyhetsbrevene skal gjennomgås nedenfor i kapittel 6. Der det er naturlig vil ulike offentlige rapporter og utredninger og andre artikler presenteres i tilknytning til de utvalgte tema.

¹⁷⁶ Forhandlinger ved 7de norske lægemøde, Trondheim, august 1897, s. 38,45,47.

¹⁷⁷ Se for eksempel Årsrapport 1920 s. 41, 1923 s. 279 ff. og 1944 s. s. 353.

¹⁷⁸ Se for eksempel Årsrapport 1927 s. 162 – 163, 1956 s. 11 og 1972 s. 77 – 79.

¹⁷⁹ Alle nyhetsbrev, totalt 21, er publisert på nettsiden, se <http://www.sivilrett.no/nyhetsbrev-for-psykiatrisk-gruppe.306845.no.html> [23.01.14]

5.3 Rådgivning

I følge forskriftens¹⁸⁰ § 3b omfatter rådgivningsansvaret å bistå retten, påtalemyndigheten, forsvarere, bistandsadvokater, sakkyndige, justismyndigheter, helsemyndigheter og andre aktuelle myndigheter i rettsmedisinske spørsmål.

Av merknadene til bestemmelsen fremgår det at kommisjonen kan gi generelle råd om utforming av mandat, gi informasjon på det rettsmedisinske området og være høringsinstans. Rådgivning kan også skje i enkeltsaker, forutsatt at rådene gis på generelt grunnlag.

Siden opprettelsen har kommisjonen hatt regelfestet plikt til å gi råd.¹⁸¹ Ved senere endringer av reglementet¹⁸² er rådgivningsplikten videreført stort sett med sitt opprinnelige ordlyd.¹⁸³ Kretsen som har rett til å få råd er utvidet ved forskriften av 2003, og inkluderer nå forsvarere i sin alminnelighet, bistandsadvokater og andre aktuelle myndigheter.

Frem til 1964 gir årsrapportene informasjon om antallet henvendelser i henhold til bestemmelsen om rådgivningsplikten. Etter 1964 gis informasjon om rådgivningsaktivitet som ”aktiviteter utgått fra kommisjonens leder”¹⁸⁴ og oversikt over saker der kommisjonen har vært høringsinstans i den aktuelle perioden.

¹⁸⁰ Forskrift for Den rettsmedisinske kommisjon, FOR-2003-03-14-294.

¹⁸¹ Kgl. Res. 30. juni 1900, § 8 b og c.

¹⁸² Kgl. Res. 30. juni 1900 ble endret ved Kgl. res. av 13. november 1931 (Årsrapport 1931 s. 197), og videre endringer ble gjort med Kongelige resolusjoner av 30. august 1946 (Årsrapport 1946 s. 58), 2. juni 1960 (Årsrapport 1964 s. 90), 28. juli 1972 (Årsrapport 1972 s. 80), 6. januar 1978 (Årsrapport 1978 s. 83), 4. mars 1988 (NOU 2001:12) og 14. mars 2003 (Lovdata).

¹⁸³ En mindre endring som ble gjort ved kgl.res. 4.mars 1988 var endring av ordet ”Medicinalstyret” til ”Helsedirektoratet” i bestemmelsen, og endring av paragrafnummeret slik at rådgivningsplikten etter det fremgikk av § 6.

¹⁸⁴ Se for eksempel Årsrapport 2002 – 2006 s. 4.

5.4 Kvalitetssikring og kontroll

Enhver som tjenestegjør som sakkyndig i rettsmedisinske spørsmål skal straks sende kopi av sin skriftlige erklæring til kommisjonen for kontroll, jf. straffeprosessloven § 147 (1).¹⁸⁵

Innsendingsplikten omfatter også referat av uttalelser sakkyndige gir under hovedforhandlingen dersom disse avviker fra eller på vesentlige punkter utfyller den skriftlige erklæring.

Etter § 3a i forskriften skal kommisjonen gjennomgå innsendte erklæringer og uttalelser. Dersom kommisjonen anser det som nødvendig har den adgang til å be den sakkyndige om tilleggserklæring. Av straffeprosessloven § 147 (3) fremgår det at kommisjonen skal gjøre retten eller påtalemyndigheten oppmerksom på vesentlige mangler ved erklæringen dersom den finner slike mangler. Kommisjonen skal i følge § 3 a i forskriften gi underretning til retten, påtalemyndigheten og den sakkyndige om sin vurdering av erklæringen. I praksis gis det underretning i alle tilfeller. Denne praksis har kommisjonen fulgt siden 1934.¹⁸⁶ Om kommisjonen ikke har noen bemerkninger til erklæringen, vil underretningen være at det er ”ingen vesentlige mangler” i erklæringen.

Høsten 2012 besluttet kommisjonen at alle gruppene i kommisjonen i størst mulig grad skulle utarbeide og bruke felles maler for sine uttalelser, og basere uttalelsene i større grad på straffeprosesslovens ordlyd. Kommisjonen bruker dermed nå begrepene ”ingen vesentlige mangler”, ”ingen vesentlige mangler, men kommentarer” og ”vesentlige mangler” i sine vurderinger av sakkyndigerklæringer.¹⁸⁷ De to sistnevnte reaksjonsformene følges alltid av en nærmere redegjørelse for kommisjonens innvendinger til den sakkyndige erklæringen.¹⁸⁸ I følge forskriftens § 5 skal hver sak behandles av minst to medlemmer, og eventuelle dissenser skal komme til uttrykk og begrunnes.

¹⁸⁵ Dette gjelder likevel ikke ved foreløpige erklæringer etter straffeprosessloven § 165 (4), jf. § 147 (1).

¹⁸⁶ Årsrapport 1930 – 1934 s. 325 note 1.

¹⁸⁷ Årsrapport 2012 s. 6.

¹⁸⁸ Årsrapport 2012 s. 6.

På dette vis er det utviklet et enhetlig system med kontroll og “godkjenning” av erklæringer ved en nasjonal kommisjon.¹⁸⁹ Man antar at dette har bidratt til at man i Norge har unngått en rettsutvikling der retten får ulike presentasjoner fra partsengasjerte sakkyndige,¹⁹⁰ for så å måtte bestemme seg for hvilken rettsmedisinsk forståelse den vil legge til grunn.¹⁹¹ Dette systemet med partsoppnevnte sakkyndige, omtalt som “the battle of the experts”, er mer vanlig i angelsaksiske land, og åpner muligheten for ”battle” mellom ekspertene.

Ved sin kontroll av erklæringene foretar DRK en vurdering av om:¹⁹²

- mandatet er godt og klart formulert,
- den sakkyndige har kompetanse til å besvare mandatet,
- faktum som er inntatt i erklæringen er sporbar slik at man kan se hvor de kommer fra,
- de nødvendige undersøkelser er gjennomført,
- den medisinske vurderingen den sakkyndige foretar har god sammenheng med de øvrige opplysninger og undersøkelser som foreligger,
- konklusjonen er rimelig ut fra den øvrige delen av erklæringen og

¹⁸⁹ Årsrapport 2007-2008 s. 34.

¹⁹⁰ Parten(e) kan fritt engasjere sakkyndige til å utføre oppdrag som sakkyndig. Slike sakkyndige som parten(e) fremstiller for retten kan være til stede under hele hovedforhandlingen og avgir forklaring etter de samme regler som gjelder for vitner, jf. straffeprosessloven § 149. De har som regel ikke adgang til å legge frem skriftlig erklæring, jf. straffeprosessloven §§ 133, 296 og 297. Et annet forhold som er uklart er om partsengasjerte sakkyndige har plikt til å sende inn en eventuell skriftlig erklæring til DRK for kvalitetssikring. Denne plikten påhviler bare sakkyndige som er oppnevnt av påtalemyndigheten, jf. § 148 tredje setning, og av retten, jf. § 147. At partsengasjerte sakkyndige går frem på samme måte som rettsoppnevnte, med skriftlig mandat og skriftlig erklæring som sendes inn til DRK for kvalitetssikring fremstilles som det ønskelige i Rosenqvist 2009, se s. 28 – 29.

¹⁹¹ Årsrapport 2007-2008 s. 34.

¹⁹² Vedlegg 1 til Årsrapport 2007 – 2008, s. 34 – 37.

- besvarer alle punktene i mandatet

Det må komme klart frem av mandatet hva den sakkyndige skal utrede, og dette må ligge innenfor den sakkyndiges kompetanse. Dersom kommisjonen finner at mandatet er uhen-siktsmessig formulert eller på annet vis uklart, vil dette fremgå av kommisjonen bemerk-ninger.

Den sakkyndiges reelle kompetanse kan vanskelig kontrolleres av kommisjonen, men den formelle kompetansen kan kontrolleres. Om den formelle kompetansen er adekvat i forhold til mandatet vil være en del av kommisjonens vurdering.

Det er viktig at sakkyndige dokumenterer kildene til sine opplysninger. Om opplysningene i erklæringen er riktig kan DRK ikke kontrollere. Dette må partene kontrollere selv. Kilde-angivelse er viktig for å sikre at partene har mulighet for å kontrollere at opplysningene er riktige. DRK kan heller ikke vurdere om det er de relevante opplysningene som er tatt inn i erklæringen. Dette må den sakkyndige vurdere selv. Likeledes er det den sakkyndige som må vurdere om det er nødvendig å innhente supplerende opplysninger fra komparenter, og eventuelt helseopplysninger. Det DRK kan vurdere er om den sakkyndiges konklusjon og vurdering underbygges av de øvrige opplysningene i erklæringen.

Nødvendigheten av supplerende undersøkelser er i utgangspunktet opp til den sakkyndige å vurdere. I den etterfølgende kontrollen kan DRK anse at det er nødvendig med ytterligere undersøkelser, og har i slike tilfeller adgang til å be den sakkyndige om å foreta flere un-dersøkelser og eventuelt gi en tilleggserklæring, jf. § 5 i forskriften. At den sakkyndige er kompetent er en viktig forutsetning for at undersøkelsene skal kunne utføres på en korrekt måte. Dette er unntatt fra DRKs kontroll. Det er i den senere tid fremkommet noen me-ninger om innføring av standardiserte tester, skjemaer og måleinstrumenter. DRK har erfart at det kan være mangel på kompetanse hos noen sakkyndige som bruker slike tester. Se mer om utfordringer i forhold til dette under kapittel 6. DRKs generelle anbefaling er at slike tester brukes i tillegg til den kliniske undersøkelsen, ikke i stedet for den.

Det mest sentrale i erklæringen og i kommisjonens vurdering er det sakkyndige skjønn. Sakkyndiges skjønn og medisinske vurdering må underbygges av premissene i erklæringen. Premissene er alle relevante opplysninger i saken og resultatene av de utførte undersøkelsene. Hvilke fakta som til syvende og sist skal legges til grunn i saken er det retten som må avgjøre i lys av de øvrige bevisene i saken. Dersom retten legger sakkyndiges premisser til grunn uten å vurdere dette selv, kan dette medføre feilaktige dommer.

Konklusjonen i erklæringen må være rimelig og dekkende ut i fra de øvrige delene og vurderingene av erklæringen. I tillegg må den besvare alle mandatets punkter. Besvarelsen må gjøres med det faktum for øyet at erklæringen produseres for andre som ikke har medisinske bakgrunn. Konklusjonen bør derfor så langt mulig være uten vanskelige faglige uttrykk. Dersom det er foretatt sannsynlighetsvurderinger, må den sakkyndige presentere dette på en pedagogisk måte slik at de øvrige aktørene får en mest mulig korrekt oppfatning av hva den sakkyndige mener. Usikkerhetsmomenter må komme frem på en klar og tydelig måte.

DRK kan ikke pålegge de sakkyndige å ha samme vurdering og oppfatning av erklæringens premisser og konklusjoner. Dersom det er uenighet mellom DRK og de(n) sakkyndige etter eventuelle tilleggsundersøkelser og tilleggserklæring, vil dette komme frem av DRKs bemerkninger. I slike tilfeller kan DRK anmode at det blir oppnevnt nye sakkyndige,¹⁹³ men en eventuell oppnevning er opp til retten å beslutte. Det er sjelden DRK ber om nye sakkyndige i en sak.¹⁹⁴ Som regel vil imidlertid de sakkyndige enten revurdere eller utdype sin erklæring, slik at kommisjonen og de sakkyndige blir enige.¹⁹⁵

¹⁹³ At DRK kan anmode om nye sakkyndige fremgår implisitt av reaksjonene i forhold til erklæringer der vurderingen er ”vesentlige mangler, ber om nye sakkyndige”. Se tabell over ”Reaksjoner fra psykiatrisk gruppe” i Årsrapport 2012 s. 23.

¹⁹⁴ Årsrapport 2010 s. 21.

¹⁹⁵ Årsrapport 2007 – 2008 s. 37.

5.4.1 Rettspsykiatriske erklæringer

Periode	1900 – 1915	1916 – 1931	1932 - 1947	1948 – 1963	1964 - 1975	1980 – 1995	1996 – 2012
Antall erklæringer	1283	1479	3240	4005	2287	3098	7361
Antall bemerkninger	121	241	447	652	438	591¹⁹⁶	1510¹⁹⁷

Tabell 1. Antall saker innkommet til psykiatrisk gruppe, og antall merknader gruppen har hatt til erklæringene fra 1900 til 2012. Økningen i den siste perioden skyldes i hovedsak en generell økning i antall regulære erklæringer, men også at det er flere typer erklæringer som sendes inn til DRK, slik som foreløpige erklæringer og erklæringer vedrørende fornærmede.¹⁹⁸

Totalt antall saker per år til psykiatrisk gruppe har siden 2008 ligget i overkant av 500. Antallet regulære rettspsykiatriske erklæringer har årlig ligget på rundt 300 siden 2005. Fremstillingen i årsrapportene har med tiden endret seg. Alle gruppene har etter hvert begynt å føre mer detaljert statistikk over hvilke typer saker og erklæringer som kommer inn. Man kan nå av årsrapportene til psykiatrisk gruppe se hvor mange av de innkomne sakene som er regulære rettspsykiatriske erklæringer, tilleggserklæringer, erklæringer i tilknytning til undersøkelse av fornærmede eller foreløpig erklæring o.a.¹⁹⁹ Gruppen har erfart en stigning

¹⁹⁶ Fra 1980 endrer gruppen måten informasjonen fremstilles på i årsrapportene, slik at man fra da av kan se hvilke type reaksjoner bemerkningene innebærer. Totalt antall bemerkninger på 591 fordeler seg på følgende reaksjonsformer: 281 tilfeller av anmodning om tilleggsopplysninger, 291 tilfeller av anmodning om revurdering av konklusjonen og 19 tilfeller der kommisjonen ber om at det oppnevnes nye sakkyndige.

¹⁹⁷ For perioden 2002-2006 foreligger det ikke eksakte tall. Dette er regnet ut manuelt med utgangspunkt i antall bemerkninger på ca 30,95 % i gjennomsnitt (i Årsrapport 2002 – 2006 oppgis det at kommisjonen har hatt merknader på mellom 22,3 % og 39,6 % i perioden, se s. 24 i Årsrapport 2002 - 2006)

¹⁹⁸ Se for eksempel Årsrapport 2007 – 2008, s. 23.

¹⁹⁹ Det er flere kategorier. Se for eksempel Årsrapport 2012. Slik detaljert presentasjon begynte så smått i 1997 med oversikt over erklæringer om fornærmede. Flere kategorier er kommet til etter hvert. Det siste nye fra 2009 er oversikt over erklæringer i forbindelse med overprøving av særreaksjonsdommer. Årsrapport

i antall sakkyndigvurderinger av fornærmede. Dette gjelder i det alt vesentligste erklæringer av rettsoppnevnt sakkyndig i straffesaker i forbindelse med borgerlige rettskrav.²⁰⁰

Rettspsykiatri er det rettsmedisinske fagfeltet med størst grad av skjønn. Fagfeltet mangler en felles standard for rettspsykiatriske undersøkelser og erklæringer.²⁰¹ På grunn av dette har kommisjonen gjennomgående hatt bemerkninger til flere rettspsykiatriske erklæringer enn til de øvrige erklæringene.²⁰²

I 2011 gikk psykiatrisk gruppe gjennom sin statistikk over hvilke sakkyndige som ikke får bemerkning, får bemerkning eller det utbes en tilleggserklæring.²⁰³ Det viste seg at det er stor variasjon blant de sakkyndige, både blant de med liten eller ingen erfaring i sakkyndigoppdrag og de mer erfarne sakkyndige. Man oppdaget at de samme manglene gikk igjen hos en liten gruppe sakkyndige. Disse kunne være alt fra mangler i forhold til formkrav til mangler som vanskeliggjorde muligheten for i det hele tatt å kvalitetssikre de sakkyndiges resonnement opp mot kriteriene i straffeloven.

5.5 Sakkyndigutdannelse²⁰⁴

I følge § 3c i forskriften har kommisjonen ansvar for sakkyndigutdannelse. Dette ansvaret har kommisjonen hatt siden 2003, noe som gjennomføres ved såkalte B-kurs i kommisjonens regi. Se nærmere om dette under kapittel 6.

2009, s. 18.

²⁰⁰ Årsrapport 2011, s. 21.

²⁰¹ Årsrapport 2007-2008, s. 37.

²⁰² Årsrapport 2007-2008, s. 37. Se nærmere om enkelte utfordringer knyttet til rettspsykiatriske undersøkelser og erklæringer under kapittel 6.

²⁰³ Årsrapport 2011, s. 25.

²⁰⁴ At kommisjonen fikk dette ansvaret har også sin bakgrunn i anbefalingene fra Rognumutvalget. Se NOU 2001:12 kapittel 4.6 og 13. Se nærmere om dette under kapittel 6.6.

6 Utvalgte tema

6.1 Innledning

”Selv om man ikke kan si at dagens rettspsykiatriske virksomhet i Norge er dårlig, er det klart rom for betydelig kvalitetsheving”²⁰⁵

Det har med tiden utviklet seg en tradisjon for hvordan en rettspsykiatrisk erklæring skal bygges opp. Denne tradisjon er også utgangspunktet for DRKs vurdering av erklæringene. Erklæringene må tilfredsstillende de betingelser som i følge denne tradisjon stilles til erklæringene. Noen ytre forutsetninger må også være oppfylt for at erklæringene skal ha god kvalitet. Oppdragsgiver må kunne formulere mandatet på en hensiktsmessig måte. Den sakkyndige må være oppdatert på det medisinske fagfeltet for at den faglige vurderingen og det sakkyndige skjønnets mest mulig skal være basert på vitenskapelig anerkjente prinsipper. Da erklæringer skrives for et juridisk formål må den sakkyndige også ha kunnskap om og forståelse av de juridiske rammene og vurderingstemaene. Det finnes utfordringer knyttet til disse ytre betingelsene. Andre utfordringer som påvirker det sakkyndige arbeidet i rettspsykiatri er mangel på egnede observasjonssteder, manglende tilknytning til et akademisk miljø, lite standardiserte metoder for undersøkelser og det offentliges manglende ansvar for organisering av rettspsykiatriske tjenester.

Utfordringer eller mangler i de nevnte ytre betingelser har ikke direkte stor betydning for DRKs kvalitetskontroll, men det har betydning for hvilken standard man setter for rettspsykiatrisk arbeid og erklæringer. Uten formelle krav til rettspsykiatriske undersøkelser og erklæringer havner vi i den situasjon hvor vi er nå – et fagfelt som stort sett er overlatt til seg selv og en kommisjon som selv må prøve å sette en standard innen feltet.

²⁰⁵ Rosenqvist, 2009, s. 77.

6.2 Tidligere utredninger og rapporter

Det har vært utført mange utredninger og rapporter som berører den rettsmedisinske sakkyndigvirksomheten. Noen av de mest sentrale skal presenteres kort nedenfor. Se også kapittel 6.6.2.

6.2.1 Arbeidsgruppen 1992

I 1992 ble det i samarbeid med kommisjonen nedsatt en arbeidsgruppe som blant annet skulle vurdere behovet retningslinjer for rettspsykiatriske erklæringer. Gruppen avga sin rapport i 1994,²⁰⁶ og utarbeidet der forslag til retningslinjer for rettspsykiatriske erklæringer. Retningslinjene ble ikke utgitt i etterkant av rapporten. Psykiatrisk gruppe omarbeidet retningslinjene,²⁰⁷ og sendte det ut til sakkyndige og inntok det også som vedlegg til årsrapporten for 2001.²⁰⁸

6.2.2 Rognumutvalget,²⁰⁹

Dette er den mest omfattende utredningen. Mange senere utredninger og rapporter henviser til de utfordringer og forslag til tiltak som kom til uttrykk i denne utredningen. Utvalget ble nedsatt for å utrede kvalitetssikringen og organiseringen av den rettsmedisinske sakkyndig-

²⁰⁶ 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. Det har ikke vært mulig å finne den fysiske rapporten. Kilden her er NOU 2001:12, kapittel 4.3.

²⁰⁷ Retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser av siktede, tiltalte og domfelte i straffesaker

²⁰⁸ Årsrapport 2002 – 2006, s. 31.

²⁰⁹ NOU 2001:12 - Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker. Utvalget, som var ledet av professor dr. med. Torleiv Ole Rognum, skulle blant annet gi en beskrivelse og vurdering av den rettsmedisinske virksomhet i Norge, redegjøre for DRKs organisering, sammensetning og regelverk, fremme forslag til organisering av det rettsmedisinske kontrollarbeidet og utarbeide forslag til lovbestemmelser om dette. NOU 2001:12, kapittel 2.2. Utvalgets øvrige medlemmer var Ingunn Fossgard, Anne Kristin Herse, Tor Langbach, Bjørnar Olaisen, Randi Rosenqvist, Hans-Jacob Sandsberg og Frode Sulland.

virksomheten. Bakgrunnen var et ønske fra kommisjonen om en slik bred utredning,²¹⁰ samt en del kritikk av sakkyndigrapporter som fremkom i forbindelse med noen straffesaker.²¹¹

Utvalget hadde forslag knyttet til, blant annet, utformingen av mandatet til de sakkyndige, retningslinjer for rettsmedisinske undersøkelser og sakkyndigerklæringer, sakkyndigutdanning og tre ulike modeller for organisering av rettsmedisinske tjenester. Den gjeldende forskriften for kommisjonen²¹² ble vedtatt på bakgrunn av utredningen fra denne gruppen. Utredningsgruppens forslag til organisering av rettsmedisinske tjenester medførte ingen endringer.

6.2.3 Graverrapporten²¹³

”Graver-gruppen” ble nedsatt etter at det fremkom påstander om utstedelse av falske erklæringer til domfelte som ville slippe fengselsstraff.²¹⁴ Arbeidsgruppens mandat var, blant annet, å gjennomgå ulike typer sakkyndigerklæringer helsepersonell avgir til justissektoren, beskrive og vurdere regelverket for bruk av helsepersonell som sakkyndige inn mot justissektoren. Videre skulle gruppen fremme forslag til eventuelle endringer i regelverket for bruk av sakkyndige, vurdere hvilke overordnede regler som bør gjelde for utarbeidelse, innhold og avlevering av sakkyndige erklæringer og vurdere tiltak som kan sikre at bestiller avgir et hensiktsmessig mandat.²¹⁵ Gruppens rapport resulterte i forskrift om krav til helse-

²¹⁰ NOU 2001:12, kapittel 3 og 4.2. Årsrapport 1995 s. 8 og 1998 s. 14.

²¹¹ Utredningen viser til Bjugn-saken, Liland-saken og Rødseth-saken. NOU 2001:12, kapittel 3.

²¹² Forskrift for Den rettsmedisinske kommisjon, FOR-2003-03-14-294

²¹³ Arbeidsgruppen, som avga sin rapport, ”Varsom, nøyaktig og objektiv – krav til attester og erklæringer fra helsepersonell”, 16. mai 2006, var ledet av dr. juris. Hans Petter Graver, og øvrige medlemmer var Magne Fladby, Ingunn Fossgard, Randi Grøndalen, Even Hagelien, Jan Emil Kristoffersen, Marit Krohg, Olav Lund, Kari Meling, Anne-Kari Torgalsbøen, Ina E. Strømstad, Yngve Ystad.

²¹⁴ Graverrapporten, s. 17.

²¹⁵ Graverrapporten, s. 16. Gruppen avgrenset sitt mandat til erklæringer som ble utstedt til bruk for andre

personells attester, erklæringer o.l.²¹⁶

6.2.4 Hareiderrapporten²¹⁷

Prosjektgruppen, ledet av Bjørn Hareide, ble nedsatt for å vurdere hvordan man kunne oppnå en mer enhetlig og rasjonell organisering av analyser og undersøkelser på det kriminaltekniske området.²¹⁸ Rapporten omfattet i hovedsak rettspatologi, retts toksikologi, rettsgenetikk innen rettsmedisin. Gruppen foreslo at det skulle etableres et Statens rettssakkyn- dige institutt²¹⁹ som skulle stå for behandlingen av DNA-saker, men at de øvrige rettsmedi- sine feltene, herunder også rettspsykiatri, etter hvert kunne knyttes til dette instituttet.²²⁰

Rettspsykiatrisk sakkyndighet var ikke en del av Hareide-gruppens mandat. Til tross for det sendte daværende kommisjonsleder Rosenqvist et brev til arbeidsgruppens prosjektleder der hun fremmet ønske om at også rettspsykiatrien innlemmes i det faglige og organisato- riske løftet prosjektgruppen går inn for i forhold til øvrige rettssakkyndige miljøer. Selv om gruppen fant det unødvendig å drøfte rettspsykiatriens vilkår og organisering, så den beho-

organer enn domstolene, og rettsmedisinske erklæringer i forbindelse med en (straffe)rettssak var ikke direkte omfattet. Graverrapporten, s. 17, 18. Gruppen omtaler likevel slike erklæringer i sin rapport der det er natur- lig.

²¹⁶ Forskrift av 18.12.2008 nr. 1486 om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. Se nærmere om den- ne forskriften under kapittel 6.3.1.

²¹⁷ Rapporten, som ble avgitt i september 2006, var oppfølging av NOU 2005:19 - Lov om DNA-register til bruk i strafferettspleien. Mandatet var å gi en vurdering av hvordan utvidet DNA-registrering i strafferetts- pleien kunne organiseres på en mer enhetlig og rasjonell måte der sentrale hensyn i vurderingen skulle være rettssikkerhet, kvalitet, saksbehandlingstid og kostnader. Videre skulle man vurdere nåværende og fremtidig ordninger for å sikre og kontrollere kvaliteten. Gruppen var ledet av politimester Bjørn Hareide, og bestod for øvrig av medlemmene Ivar Husby, Hans-Christian Holdt, Guri Lenth, Gunn-Elin Aa. Bjørneboe, Bjørn Hol, Kjerstin A. Kvande.

²¹⁸ Hareiderrapporten, kapittel 2.1.

²¹⁹ Hareiderrapporten, kapittel 7.1.6.

²²⁰ Hareiderrapporten, kapittel 7.1.8 og 7.1.9.

vet for et bedre organisert fagmiljø i rettspsykiatrien. Gruppen mente at det burde tas hensyn til synspunktene fra Rognumutvalget og leder av Den rettsmedisinske kommisjon.²²¹

6.2.5 Mælandrapporten²²²

Mælandutvalgets mandat var, blant annet, å vurdere om tilgangen på kvalifiserte sakkyndige og kvaliteten på sakkyndigvurderingene var tilfredsstillende. Utvalget sluttet seg til forslagene fra Rognumutvalget knyttet til både organisering av rettspsykiatrisk virksomhet, utdanning av sakkyndige og kvalitetssikring av det rettspsykiatriske arbeidet, dog uten spesifikt å ta stilling til hvilken av Rognumutvalgets foreslåtte organisasjonsmodell for DRKs fremtidige ordning som ville være mest hensiktsmessig.²²³

6.2.6 Mæland II - rapporten²²⁴

Mandatet til gruppen var å utrede hvilke organisatoriske rammer som kan bidra til standardiserte betingelser for de rettspsykiatriske observasjonene, høy faglig kvalitet i det rettspsykiatriske arbeidet, behovet for intern kvalitetssikring av utredningene og rettspsykiatrisk forskning og utdanning. Gruppen konstaterte at mangelfull oppfølging av ulike forbed-

²²¹ Hareiderrapporten pkt 7.1.9

²²² Gruppen, som var oppnevnt av Justisdepartementet og ledet av Øystein Mæland, avga sin rapport, ” Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring”, avga sin rapport i april 2008. Øvrige medlemmer av gruppen var Berit Sagfossen og Emmanuel Revis. Mandatet i forhold til rettspsykiatri var å innhente oversikt over bruken av rettspsykiatrisk sakkyndige i saker om overføring til tvungent psykisk helsevern og overføring til tvungen omsorg, og utrede om tilgangen på kvalifiserte sakkyndige og kvaliteten på vurderingene er tilfredsstillende. Mælandrapporten, punkt 2.6, s. 23.

²²³ Mælandrapporten, kapittel 7.1, s. 221.

²²⁴ Rapporten ”Rettspsykiatri - organisering, forskning og utdanning” ble avgitt 25.6.2013 av en arbeidsgruppe under ledelse av Helse-og omsorgsdepartementet (HOD), med deltakelse fra Justis- og beredskapsdepartementet (JD) og Helsedirektoratet (HDIR). Øystein Mæland har ledet arbeidet, og Siv Lunde (HOD), Geir Helgeland (HOD), Anne Lene Staib Knudsen (JD) og Anne-Grete Kvanvig (HDIR) var de øvrige deltakerne i gruppen.

ringsforslag som var fremmet i ulike utredninger hadde hatt negative konsekvenser både for rekruttering og fagutvikling i det rettspsykiatriske fagfeltet. Arbeidsgruppens forslag om ny organisering går i hovedsak ut at på de tre regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri²²⁵ skal brukes som grunnlag for å bygge opp en landsdekkende struktur for den rettspsykiatriske tjenesteproduksjonen. Forslaget innebærer at noen av oppgavene som ivaretas av DRK flyttes over til disse sentrene.²²⁶

På bakgrunn av forslagene i rapporten er det nå igangsatt et toårig prøveprosjekt ved Kompetansesenteret på Brøset i Trondheim, der det vil arbeides med videreutvikling av de regionale kompetansesentrenes ansvar innen forskning, fagutvikling, undervisning og veiledning.²²⁷

6.3 Kvalitetssikring og kontroll

6.3.1 Rettspsykiatriske erklæringer

Formålet med kommisjonens kontroll er å sikre at det sakkyndige skjønnnet til enhver tid har best mulig vitenskapelig forankring, og at like saker vurderes likt i hele landet.²²⁸

²²⁵ Kompetansesentrene i Bergen, Trondheim og Oslo for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ble etablert som en del av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). De tre Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri fungerer sammen som et nasjonalt kompetansenettverk innenfor de tre fagområdene. Kompetansesentrene er organisatorisk, administrativt og økonomisk underlagt de regionale helseforetakene. <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/sikkerhets-fengsels-og-rettspsykiatri/Sider/default.aspx> [22.4.2014]. De regionale kompetansesentrene er samordnet under SIFER, som da er et nasjonal kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

²²⁶ Mæland II – rapporten, s. 5 – 6.

²²⁷ Se kunngjøring på <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/jd-2/nyheter-og-pressemeldinger/nyheter/2013/vil-satse-pa-rettspsykiatrien.html?id=734098> [10.2.14] og <http://sifer.no/nyheter/detalj/stas-at-pilotprosjektet-gar-her> [10.2.14]

²²⁸ NOU 2001:12, pkt. 10.5.2.

Det er ikke mange lovbestemmelser som stiller krav til utformingen av en sakkyndigerklæring. Der en (rettsmedisinsk) gransking²²⁹ er overlatt til sakkyndige heter det i straffeprosessloven § 153 (3) at det av erklæringen skal fremgå hvordan granskningen er utført, hvilke resultater de sakkyndige er kommet til, og hvilket grunnlag de har bygd på. Av § 143 (2) fremgår at de(n) sakkyndige som regel skal avgi skriftlig erklæring.²³⁰

Med hjemmel i helsepersonelloven²³¹ § 15 ble det i 2008 gitt en forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.²³² Forskriften gjelder, i følge § 2 (2), enhver skriftlig vurdering eller lignende avgitt av helsepersonell som ledd i yrkesutøvelsen for å dokumentere pasienters helseopplysninger, helsetilstand eller behandlingsforhold, og hvor erklæringen er ment å skulle benyttes overfor andre enn pasienten selv. I følge merknadene til bestemmelsen legger forskriften ikke opp til noen sontring mellom ”behandlererklæringer” og ”sakkyndigerklæringer”. Videre anfører merknadene at begrepet ”pasient” må forstås som ” pasienten og/eller den som attesten eller erklæringen gjelder”. Ut i fra dette vil forskriften gjelde all helsepersonell som utfører sakkyndigoppdrag, herunder også psykiatere og psykologer som utfører sakkyndigoppdrag i straffesaker.²³³ Hvilke krav som stilles til innholdet i slike erklæringer er nærmere regulert i forskriftens § 4. Denne bestemmelsen stiller ikke noen ytterligere ”krav” til sakkyndigerklæringer enn det som DRK har gjort i henhold til den utviklede tradisjonen.²³⁴

²²⁹ Retten har adgang til å oppnevne en sakkyndig til å bistå ved gransking etter straffeprosessloven § 151, eller overlate granskningen, helt eller delvis, til den sakkyndige etter straffeprosessloven § 152.

²³⁰ Etter § 143 siste ledd kan de sakkyndige kan innkalles til å gi muntlig forklaring for retten, enten i stedet for å avgi skriftlig erklæring eller for å utrede den nærmere, men hovedregelen er at de avgir skriftlig erklæring.

²³¹ Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64

²³² Forskrift av 18.12.2008 nr. 1486 om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.

²³³ Prop. 141 L (2009-2010) pkt 7.2.3 s. 69

²³⁴ Årsrapport for psykiatrisk gruppe 1994 s. 19, Årsrapport 1998 – 1999 s. 57.

Denne tradisjon formidles til de sakkyndige først og fremst ved den kontrollen kommisjonen foretar, men den er også formidlet gjennom Eitinger og Retterstøls lærebok i rettspsykiatri.²³⁵ Den psykiatriske gruppen har innenfor sine tilgjengelige ressurser prøvd å formidle den standard og kvalitet den ønsker overholdt ved slike erklæringer. I noen av sine årsrapporter og i nyhetsbrevene har gruppen tatt inn fagartikler,²³⁶ råd og anbefalinger rettet mot sakkyndige som påtar seg rettspsykiatriske oppdrag. Gruppen har også forsøkt å lage noen retningslinjer,²³⁷ men disse er i utgangspunktet ikke bindende for sakkyndige fordi kommisjonen ikke har instruksjonsmyndighet.

I henhold til retningslinjene²³⁸ skal en rettspsykiatrisk erklæring inneholde gjengivelse av mandatet, dokumentutdrag,²³⁹ supplerende opplysninger dersom slike er innhentet, informasjon om supplerende undersøkelser som er utført og sammendrag av opplysningene. Disse utgjør premissene i erklæringen, og skal etterfølges av den sakkyndige vurderingen og konklusjon. Vurderingen og konklusjonen er det mest sentrale i kommisjonens kvalitetssikring. Det er av disse kapitlene kommisjonen skal kunne se om den sakkyndiges vurdering og konklusjon er rimelig i forhold til rettspsykiatrisk standard og om de underbygges av de foreliggende premissene som er presentert i erklæringen.²⁴⁰

Siden 1999 krever kommisjonen nå at de sakkyndige diagnostiserer observanden etter ICD-

²³⁵ Eitinger og Retterstøl, 1990, s. 61 ff.

²³⁶ Rosenqvist, 1994: Årsrapport for psykiatrisk gruppe 1994 s. 19, Rosenqvist og Hamnes 1999: Årsrapport 1998 – 1999 s. 57.

²³⁷ Etterforskning og rettsmedisinsk utredning i straffesaker der siktede kan ha vært bevisstløs på handlingstiden, Rettsmedisinske erklæringer vedrørende fornærmede i straffesaker, Retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser av siktede, tiltalte og domfelte i straffesaker.

²³⁸ Retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser av siktede, tiltalte og domfelte i straffesaker, vedlegg til Årsrapport 2001.

²³⁹ Dette refererer seg til opplysninger / materiale fra politidokumenter og lignende som den sakkyndige får sammen med mandatet. Se retningslinjene s. 15 under punkt 7.4.2.

²⁴⁰ Vedlegg 1, Årsrapport 2007 – 2008 s. 36 – 37.

10,²⁴¹ og begrunner diagnosen(e) i vurderingskapitlet,²⁴² for at retten og kommisjonen skal kunne skjønne hva slag psykiatrisk tilstand de sakkyndige har diagnostisert.²⁴³ Denne kliniske diagnosen skal så ”oversettes” til de rettspsykiatriske begrep. Også denne juridiske subsumsjonen vil kommisjonen kontrollere for å sikre at disse strafferettslige begrepene blir forstått ensartet og i tråd med lovgivers intensjon.²⁴⁴ De sakkyndiges forståelse og bruk av de rettspsykiatriske begrep kan kommisjonen fange opp, og eventuelt prøve å endre ved sine vurderinger og tilbakemeldinger i forbindelse med kvalitetskontrollen. Uriktig forståelse og bruk som måtte forekomme hos lovgiver eller rettsanvender vil kommisjonen ha manglende muligheter til å fange opp og til å kunne påvirke.

I perioden fra 2002 til 2006 hadde kommisjonen en økning i antall bemerkninger til rettspsykiatriske erklæringer som skyldtes at man stilte høyere krav til slike erklæringer.²⁴⁵ Rettspsykiatrisk gruppe så et behov for en modernisering av de rettspsykiatriske tradisjoner, og benyttet de nye straffelovsbestemmelsene²⁴⁶ som anledning til å sette krav om kvalitetsheving av rettspsykiatriske utredninger.²⁴⁷ De nye kravene var også i tråd med anbefalinger i NOU 2001:12.²⁴⁸ I henhold til disse anbefalingene har kommisjonen påpekt habilitetsproblemer, manglende kildeangivelse for siterte/innhentete opplysninger, manglende

²⁴¹ ICD – forkortelse for International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, er et klassifikasjons- og diagnosesystem som er utgitt av WHO. I Norge settes somatiske og psykiatriske diagnoser etter dette systemet. ICD blir periodisk oppdatert, og er nå i sin tiende utgave, derav nåværende betegnelse ICD-10.

http://no.wikipedia.org/wiki/International_Statistical_Classification_of_Diseases_and_Related_Health_Problems [25.3.14]

²⁴² Nyhetsbrev nr. 2, 1999, s. 1.

²⁴³ Årsrapport 2002 - 2006 s. 32.

²⁴⁴ Årsrapport 2002 - 2006 s. 32.

²⁴⁵ Årsrapport 2002 - 2006 s. 24

²⁴⁶ Lov av 15. juni 2001 nr. 64, i kraft 1. januar 2002.

²⁴⁷ Årsrapport 2002 - 2006 s. 31.

²⁴⁸ NOU 2001:12, særlig kapittel 11.11.2.

kvalitetssikring av de kliniske funn (ikke gjentatte undersøkelser), manglende dokumentasjon av de diagnostiske og differensialdiagnostiske vurderinger og manglende dokumentasjon av usikkerhetsmomenter i vurderingen.²⁴⁹

I gjennomsnitt blir ca 70 % av erklæringene ”godkjent” ved første gangs behandling uten noen bemerkninger eller kommentarer. Underretningen fra kommisjonen i henhold til § 3 a i forskriften vil da kun angi at det er ”ingen vesentlige mangler”²⁵⁰ i erklæringen. Denne måten å gi tilbakemelding på kan neppe karakteriseres som konstruktiv, og er heller ikke blitt problematisert i noen offentlige utredninger eller rapporter. I artikkelen ”En tipunktsplan for bedre rettspsykiatri”²⁵¹ (heretter kalt Tipunktsplanen) foreslår en tverrfaglig forfattergruppe at kommisjonen ved sin tilbakemelding gir en kortfattet, men tydelig vurdering av innholdet og konklusjonen i erklæringen. Forslaget innebærer at kommisjonens vurdering skjer etter eksplisitte kriterier og på en standardisert måte. Det anføres at slik praksis vil bidra til at retten får en innsikt i hvordan kommisjonen har tenkt, at en eventuell uenighet i kommisjonen kommer til syne²⁵² og at fagfolk kan lære av og justere sine vurderinger på grunnlag av tilbakemeldingene fra kommisjonen. Det vises til praksis i Danmark der Rettslegerådet gir en skriftlig vurdering når de gjennomgår erklæringene, men de gjennomgår kun erklæringene der de sakkyndige konkluderer med at observanden er utilregnelig. Det utdypes ikke nærmere i artikkelen om den foreslåtte endringen skal omfatte alle erklæringene, uavhengig av om erklæringen konkluderer med at observanden er tilregnelig eller utilregnelig. Ressurshensyn kan tilsi at man velger erklæringene med en bestemt type konklusjon.

²⁴⁹ Årsrapport 2002 - 2006 s. 24.

²⁵⁰ Siden november 2012 vil kommisjonens underretning bestå av fem ”kategorier”: ”ingen vesentlige mangler”, ”ingen vesentlige mangler, men kommentarer”, ”vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring”, ”vesentlige mangler, ber om tilleggserklæring” og ”vesentlige mangler, ber om nye sakkyndige”. Årsrapport 2012, s. 6 og 23.

²⁵¹ Grøndahl ...[et. al.], 2012.

²⁵² I følge § 5 annet ledd i kommisjonens forskrift skal eventuelle dissenser i kommisjonen komme skriftlig til uttrykk, og i følge kommentaren til bestemmelsen skal mindretallets synspunkter begrunnes på lik linje med flertallets standpunkt.

sjon, men hvis hovedformålet skal være læringseffekter – både for juristene og sakkyndige, bør alle erklæringer uansett konklusjon være omfattet.

Dette forslaget forutsetter at de sakkyndige er positive til tilbakemeldinger fra kommisjonen, og at det ikke oppleves som unødvendig kritikk.²⁵³

6.3.2 Mandatet

Hovedformålet i en sakkyndigerklæring er å besvare mandatet. Der sakkyndig blir engasjert på etterforskningsstadiet for å avgi en foreløpig psykiatrisk erklæring, jf. straffeprosessloven § 165 (4), er mandatet å avklare om det er behov for en full psykiatrisk undersøkelse. Også ellers når påtalemyndigheten engasjerer sakkyndig, fastsettes mandatet av påtalemyndigheten, jf. straffeprosessloven § 148. Dersom den sakkyndige skal foreta full rettspsykiatrisk undersøkelse, som bare kan besluttes av retten, jf. straffeprosessloven § 165 første til tredje ledd, er det retten som fastsetter mandatet. I alle tilfeller skal mandatet, og eventuelle endringer av mandatet, være skriftlig, jf. § 142 a. At mandatet burde være skriftlig var påpekt allerede i NOU 2001:12,²⁵⁴ (og gjentatt i NOU 2007:7),²⁵⁵ men det gikk altså hele ti år, til 2010, før dette kravet ble lovregulert.²⁵⁶

Retten har etter § 142 a adgang til å pålegge partene å utarbeide forslag til mandat, samt mulighet for å henvende seg til DRK for å få råd og veiledning vedrørende utforming av mandat. Kommisjonen har i følge § 3 b i forskriften²⁵⁷ plikt til å bistå med veiledning.

²⁵³ Et eksempel på at dette kan være tilfellet gir brevet som Melle sendte til Justissekretariatene i 2007. I brevet gis det uttrykk for irritasjon over økningen i kommisjonens aktivitet når det gjelder å kommentere de ulike deler av de rettspsykiatriske erklæringene og deres innhold. Brevet er tilgjengelig på http://nrk.no/contentfile/file/1.8225764%21melle_brev.pdf [22.4.2014]

²⁵⁴ NOU 2001:12, pnkt. 7.4.1.5.

²⁵⁵ NOU 2007:7 pnkt. 13.4.7.3.

²⁵⁶ Paragrafen ble tilføyd ved lov 10. desember 2010 nr. 76.

²⁵⁷ Forskrift for Den rettsmedisinske kommisjon, FOR-2003-03-14-294

Merknadene til bestemmelsen angir at kommisjonen ved slike henvendelser kan gi generell veiledning.²⁵⁸

I forbindelse med kvalitetssikring av sakkyndigerklæringer, vil kommisjonen også foreta en vurdering av om mandatet er rimelig formulert i forhold til det man kan forvente utredet av en rettsmedisinsk sakkyndig.²⁵⁹ At kommisjonen foretar en vurdering av mandatet i sitt kvalitetssikringsarbeid er ikke noe nytt fenomen. I rapporten for 1923²⁶⁰ gjengis en oppfordring om at de sakkyndiges mandat kun skal omfatte besvarelse av spørsmålet om det foreligger bevisstløshet eller sinnssykdom. Mandatet bør heller ikke formuleres på en slik måte at det begrenser og legger ensidige føringer på den sakkyndiges gjennomføring av den judisielle observasjonen.²⁶¹ Det er et klart behov for kunnskapsøkning og bevisstgjøring rundt utforming av mandat til de sakkyndige. I senere år har rettspsykiatrisk gruppe i samarbeid med Riksadvokaten arbeidet for en bedring i forhold til utforming av mandatet. Arbeidet har resultert i rundskriv fra Riksadvokaten med forslag til mandat til de sakkyndige.²⁶²

I Tipunktspanen²⁶³ foreslås det i punkt ni at mandatet til de sakkyndige endres. Forfatterne mener mandatet bør endres på en slik måte at det blir et klarere skille mellom det de sak-

²⁵⁸ At kommisjonen ikke kan gi forslag om et presist mandat i forhold til den spesifikke saken er av hensyn til dens rolle som kontrollorgan, da den også skal kontrollere / kvalitetssikre sakkyndigerklæringen som avgis i saken.

²⁵⁹ Vedlegg 1, Årsrapport for 2007 – 2008, s. 34.

²⁶⁰ Årsrapport 1920 – 1924, s. 273 (1923). Oppfordringen var foranlediget av et par tilfeller der mandatet forutsatte besvarelse av spørsmål om observanden var utilregnelig. Dette skyldtes at straffeloven på det tidspunkt, frem til 1929, anvendte et blandet prinsipp der det var opp til dommeren å avgjøre om personer med mangelfull utviklede, svekkede eller sykkelig forstyrrede ”sjælsevner” var utilregnelige. Langfeldt, 1947, s. 14.

²⁶¹ Årsrapport 1965 s. 36, NOU 2001:12 pkt. 11.5.

²⁶² Rundskriv fra Riksadvokaten nr. 4/2001 – Ra 01-34 623.3. Skriv fra Riksadvokaten, Ra 07-130 KHK/kun 623.3. Dette siste rundskrivet er også publisert som vedlegg til Nyhetsbrev nr. 17, mars 2007.

²⁶³ Grøndahl ...[et. al.], 2012

kyndige skal svare på og det retten skal svare på. Dette kan gjøres ved at de sakkyndiges oppgave blir ”(...) å vurdere om observanden oppfyller et sett med kliniske kriterier knyttet til de mest alvorlige sinnslidelsene i ICD-10, uten å skulle oversette inn i straffelovens juridiske begreper slik det er i dag”. Det blir dermed rettens oppgave å oversette de psykiatriske begreper til juridiske kategorier som passer inn i straffelovens utilregnelighetskriterier. Et skille kan også oppnås ved å ”(...) beholde dagens mandat, men endre spørsmålet retten skal besvare (...)”. Artikkelen henviser til praksis i Danmark, der de sakkyndiges oppgave er å gi råd om spesifikke tilstander er til stede, for eksempel i form av sinnssykdom, og så er det opp til retten å avgjøre om de anser tiltalte for å være tilregnelig eller utilregnelig. Et slikt skille finnes i følge forfatterne ikke i Norge, siden retten hos oss angir om den er *enig med de sakkyndige* i at vedkommende var psykotisk på handlingstiden eller ikke etter å ha vurdert bevisverdien i de sakkyndiges råd [min kursivering].

6.4 Rettspsykiatriske undersøkelser

6.4.1 Rettspsykiatriske undersøkelser

Ved kvalitetssikringen av erklæringene vil kommisjonen vurdere om de(n) sakkyndige har utført de nødvendige undersøkelsene og om undersøkelsene er utført etter aksepterte metoder.²⁶⁴

Det finnes ikke formelle retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser som de sakkyndige er pålagt å følge. Dersom sakkyndige har behov for råd og veiledning i rettspsykiatriske undersøkelser kan de henvende seg til kommisjonen, som i følge forskriftens § 3 b har veiledningsplikt. Kommisjonens rettspsykiatriske gruppe har i noen årsrapporter gitt generelle råd angående rettspsykiatriske undersøkelser.²⁶⁵ I den perioden gruppen hadde en mer

²⁶⁴ Vedlegg 1, Årsrapport 2007 – 2008, s 36.

²⁶⁵ Se for eksempel artikkel av Evensen ” Veiledning i rettspsykiatriske undersøkelser i straffesaker”, Årsrapport 1923, s. 315, og oppfordring til sakkyndige om alltid å ha samtaler med observandens nærmeste pårørende

tydelig fagutviklingsprofil, jobbet gruppen mer aktiv og systematisk for å etablere generelle retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser. Den ga ut ”Retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser av siktede, tiltalte og domfelte i straffesaker” som veileder til alle sakkyndige de hadde registrert.²⁶⁶ I samarbeid med Riksadvokaten ble det nedsatt en arbeidsgruppe som i 2005 avga en veiledning om ”Etterforskning og rettsmedisinsk utredning i straffesaker der siktede kan ha vært bevisstløs på handlingstiden”.²⁶⁷ Videre utarbeidet gruppen i 2006 en veiledning for sakkyndige som skal foreta vurderinger i forbindelse med ”Overprøving av løpende særreaksjonsdommer”.²⁶⁸ Utover dette har gruppen også omtalt ulike sider av rettspsykiatriske undersøkelser i mange av nyhetsbrevene sine.²⁶⁹ Da sakkyndige ikke er pålagt å følge disse retningslinjene, kan disse formelt kun anses som anbefalinger fra kommisjonen.

DRK foretar den eksterne kontrollen av sakkyndigerklæringer. Det finnes heller ingen rutiner som sakkyndige er pålagt å følge for å sikre ”intern kvalitetssikring”. Det er i hovedsak opp til den enkelte sakkyndige selv å etablere de kvalitetssikringsrutiner vedkommende finner nødvendig. I mangel av slike etablerte rutiner har DRK prøvd å formidle noen kvalitetssikringstiltak den anser som nødvendig at de sakkyndige overholder ved rettspsykiatriske undersøkelser. Disse tiltak er en form for minstestandard som DRK foretar sine vurderinger ut i fra. Noen av de mest sentrale skal kort gjennomgås i det følgende.

6.4.1.1 Antallet sakkyndige

Selv om hovedregelen i straffeprosessloven § 139 første ledd er at retten skal oppnevne en

de i forbindelse med rettspsykiatriske undersøkelser, Årsrapport 1965, s. 36.

²⁶⁶ Årsrapport 2002 – 2006, s.31. retningslinjene er også inntatt som vedlegg til Årsrapport 2001.

²⁶⁷ Dette skrevet ble sendt ut som rundskriv fra Riksadvokaten, Riksadvokatens publikasjoner nr. 1/2005, og inntatt som vedlegg til psykiatrisk gruppes nyhetsbrev nr.13 mars 2005.

²⁶⁸ Vedlegg til nyhetsbrev nr. 15 mars 2006.

²⁶⁹ Nyhetsbrev nr. 4 november 2000, nr. 8 mars 2003, nr. 9 oktober 2003, nr. 12 oktober 2004, nr. 14 november 2005, nr. 17 mars 2007, nr. 18 august 2007, nr. 21 oktober 2012.

sakkyndig, er praksis slik at det for fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser oppnevnes to sakkyndige.²⁷⁰ Dette er i tråd med Riksadvokatens²⁷¹ og kommisjonens anbefalinger.²⁷² Kommisjonen anser dette som et kvalitetssikringstiltak som bør opprettholdes.²⁷³

Muligens kan det i fremtiden bli en endring hva gjelder antallet sakkyndige. Riksadvokaten uttaler i sitt brev av 27. februar 2013 at det i noen tilfeller kan være en fordel å få oppnevnt tre sakkyndige, og da fortrinnsvis to psykiatere og en psykolog.²⁷⁴

6.4.1.2 Samtaler med observanden

Et annet nødvendig kvalitetssikringstiltak er, i følge DRK, at de sakkyndige har minst to samtaler med observanden hver der de sakkyndige foretar den første samtalen hver for seg.²⁷⁵ Dette for at de sakkyndige skal kunne danne seg en mening om observanden uavhengig av hverandre og bedre forutsetningene for riktig diagnose. DRK forutsetter at det i erklæringen redegjøres for eventuelle avvik fra denne minstenormen.²⁷⁶ Det hender at dette ikke gjøres, enten at sakkyndige nøyer seg med en samtale eller at de foretar samtale sammen.²⁷⁷ Slike avvik vil DRK bemerke i sine vurderinger.²⁷⁸

²⁷⁰ NOU 2001:12 kapittel 7.4.1.2.

²⁷¹ Riksadvokatens publikasjoner nr. 1/2005 s. 16, Skriv fra Riksadvokaten Ra 07-130 KHK/kun 623.3 s. 3.

²⁷² Årsrapport 1994 s. 16, 2000 s. 38, Nyhetsbrev nr. 4, nr. 9, nr. 17, Retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser s. 4.

²⁷³ Nyhetsbrev nr. 9, s. 2.

²⁷⁴ Riksadvokatens brev 27. februar 2013 s. 7.

²⁷⁵ Årsrapport 1994 s. 21, Årsrapport 2000 s. 38; Nyhetsbrev nr. 4, nr. 8, nr. 9, nr. 12, nr. 14 og nr. 18; Retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser s. 13.

²⁷⁶ Årsrapport 2000 s. 38, Nyhetsbrev nr. 18 s. 3.

²⁷⁷ Nyhetsbrev nr. 8 s. 2, Nyhetsbrev nr. 9 s. 2, Nyhetsbrev nr. 12 s. 2, Nyhetsbrev nr. 14 s. 2. Nyhetsbrev nr. 18 s. 3.

²⁷⁸ Nyhetsbrev nr. 18 s. 3.

6.4.1.3 Supplerende opplysninger

Kommisjonen kan ikke kontrollere om den informasjon som er inntatt i erklæringen er riktig. Riktigheten av informasjonen må partene kontrollere selv. Dette forutsetter at den sakkyndige er nøye med kildehenvisning.²⁷⁹

Om det er nødvendig å innhente ytterligere informasjon om observanden fra helseinstitusjoner eller observandens pårørende må den sakkyndige vurdere selv. Innhenting av informasjon fra observandens pårørende kan gjøres uten tillatelse fra observanden, forutsatt at de pårørende selv gir informert samtykke.²⁸⁰ Helseopplysninger derimot er underlagt taushetsplikt, og kan kun innhentes med observandens samtykke.²⁸¹

Ved en rettspsykiatrisk undersøkelse kan man i Sverige²⁸² og Danmark²⁸³ innhente nødvendige helseopplysninger uten hinder av taushetsplikten. I punkt seks i Tipunktsplanen²⁸⁴ foreslås det at sakkyndige i alvorlige saker, der strafferammen er over seks år, får automatisk tilgang til journaler og helseopplysninger vedrørende observanden. Dette forutsetter en endring av gjeldende regler. En eventuell endring må avgjøres etter en overveiling av de hensyn som ligger bak helsevesenets taushetsplikt og de hensyn som gjør seg gjeldende ved utarbeidelse av rettspsykiatriske erklæringer i straffesaker. Et overordnet viktig hensyn i strafferetten er å hindre uriktige domfellelser. At sakkyndigerklæringer har mest mulig riktig diagnostisering og konklusjon vil bidra til å hindre uriktige domfellelser, og dermed

²⁷⁹ Nyhetsbrev nr. 4 s. 2.

²⁸⁰ Nyhetsbrev nr. 17 s. 5, Nyhetsbrev nr. 20 s. 1.

²⁸¹ Dette gjelder ikke for observander som allerede er dømt til tvungent psykisk helsevern og de helseopplysninger som er fremkommet etter dette tidspunkt, jf psykisk helsevernlov §§ 5-6a, 5-6b. Innhenting av helseopplysninger i slike tilfeller vil kunne være aktuelt ved rettspsykiatriske vurderinger i forbindelse med overprøving av særreaksjonsdommer, jf strl § 39 b.

²⁸² § 14 i Lag (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning.

²⁸³ Innhenting uten samtykke kan skje med hjemmel i Sundhedsloven § 43 annet ledd.

²⁸⁴ Grøndahl ...[et. al.], 2012

forhindre at personer som trenger behandling dømmes til fengselsstraff. En annen mindre vidtgående løsning kan være at retten får adgang til å beslutte at nødvendige opplysninger kan innhentes i de mest alvorlige sakene der observanden nekter å gi samtykke.

6.4.1.4 Den rettspsykiatriske undersøkelsen

6.4.1.4.1 *Stedet for undersøkelsen*

Rettspsykiatrisk undersøkelse kan gjennomføres på psykiatrisk sykehus eller annet egnet undersøkelsessted dersom retten foretar en beslutning om dette i medhold av straffeprosessloven § 167 første ledd. Utover dette finnes det ikke regler for hvor en rettspsykiatrisk undersøkelse i straffesaker skal foregå.

Sakkyndige kan be retten om å beslutte innleggelse etter straffeprosessloven § 167, men dette benyttes i begrenset grad. I sitt brev oppfordrer Riksadvokaten påtalemyndigheten om oftere å vurdere muligheten for døgnkontinuerlig observasjon av siktede enn praksis har vært til nå.²⁸⁵ Man kan antakelig forvente en økning av døgnobservasjoner etter straffeprosessloven § 167. Dette kan muligens medføre kapasitetsutfordringer fordi det siden 2005 har skjedd nedtrapping av døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien.²⁸⁶

Det vanlige i dag er at undersøkelsen foregår i fengselet, i observandens hjem eller den sakkyndiges kontor. I Sverige, Finland og Danmark²⁸⁷ foregår rettspsykiatriske undersøkelser ved observasjoner i egne klinikker.²⁸⁸ I Tipunktsplanens punkt fem foreslås det at man også i Norge utfører slike observasjoner i rettspsykiatriske klinikker. Et lignende psykiat-

²⁸⁵ Riksadvokatens brev 27. februar 2013, s. 7.

²⁸⁶ Rapport februar 2014, tabell 4 s. 27.

²⁸⁷ Rettspsykiatrisk undersøkelse i klinikk eller annet helseinstitusjon kan skje etter at retten har truffet beslutning om dette etter retsplejeloven § 809 annet ledd.

²⁸⁸ Norsk Psykiatrisk forenings rapport 2014, s. 11 – 16.

risk undersøkelsessted var også en del av Wingses forslag i 1897.²⁸⁹ Kanskje er det på tide å ta en ny titt på dokumentene fra 1890-tallet. Den gang var det økonomiske hensyn som gjorde at man ikke gikk inn for forslaget. Det gjenstår å se om man kan få til en løsning på dette innenfor den modellen som er foreslått i Mæland II - rapporten, og pilotprosjektet som er satt i gang ved kompetansesenteret på Brøset. Den erfaring man har samlet i 113 år tilsier kanskje at det er på tide å la andre hensyn enn penger styre beslutningen.

6.4.1.4.2 *Selve undersøkelsen*

Hvordan den rettspsykiatriske undersøkelsen skal gjennomføres er opp til den sakkyndige selv. I Norge er det tradisjon for å gjennomføre undersøkelsen ved kliniske samtaler med observanden. Om de sakkyndige bruker standardiserte verktøy og tester, i hvor stor grad de bruker slike verktøy og hvilke tester de eventuelt bruker varierer blant de sakkyndige.

I punkt en i Tipunktsplanen²⁹⁰ foreslår forfatterne å innføre bruk av mer standardiserte og vitenskapelig aksepterte utrednings- og testmetoder, slik som sjekklister, personlighetsundersøkelser og evneundersøkelser. Bruk av slike verktøy er langt mer vanlig i Sverige og Danmark.²⁹¹ Dermed vil man metodemessig nærme seg praksis slik den er i Sverige og Danmark. DRK maner til forsiktighet hva gjelder bruk av slike tester fordi de ikke nødvendigvis gir et riktig resultat siden de ikke er validert for norske forhold.²⁹² Den generelle anbefalingen er å bruke slike tester som supplement til, ikke erstatning for, den kliniske undersøkelsen.²⁹³

²⁸⁹ Se om dette i kapittel 4.

²⁹⁰ Grøndahl ...[et. al.], 2012

²⁹¹ Grøndahl 2010.

²⁹² Nyhetsbrev nr. 6 s. 2, Nyhetsbrev nr. 7 s. 2.

²⁹³ Nyhetsbrev nr. 15 s. 2, "Overprøving av særreaksjonsdommer" s. 10: Vedlegg til Nyhetsbrev nr. 15, Nyhetsbrev nr. 17 s. 4, Nyhetsbrev nr. 21 s. 3.

Av nyhetsbrev nummer 21 fremgår det at det er variasjoner i de sakkyndiges bruk av slike instrumenter. Det påpekes at det er en tendens til at ulike "(...) testbatterier benyttes i sin helhet, selv om det hadde vært tilstrekkelig med utvalgte deltester for å besvare mandattet".²⁹⁴ Noe senere uttales det at "(...) enkelte sakkyndige synes å bruke samme utredningsverktøy / måleskjema eller strukturerte intervju uansett hvilken problemstilling som gjelder" og at det av og til kan være "indikasjon for å benytte sjeldent brukte eller ukjente måleskjema som ikke er validert for norske rettspsykiatriske populasjoner".²⁹⁵

Som det fremgår av nyhetsbrevene er det ikke enhetlig praksis i bruken av de ulike instrumenter og tester i forbindelse med rettspsykiatriske undersøkelser. Den norske rettspsykiateren trenger råd og veiledning. Dette i seg selv er et godt argument for å se nærmere på punkt to i Tipunktsplanen. Der foreslår forfatterne at det etableres fagfelleråd bestående av medlemmer som har god kompetanse på utredning og vurdering innen rettspsykiatri, spesielt diagnostikk, personlighetsvurdering og risikovurdering. Rådets oppgave skal være å undersøke hvilke egnede utredningsverktøy som finnes, foreslå standarder for rettspsykiatriske utredninger og lage jevnlig justerte veiledninger til de sakkyndige over anbefalt bruk av utredningsmetoder. Dette tiltaket kan muligens gjennomføres innenfor prøveprosjektet på Kompetansesenteret på Brøset. Mæland- II rapporten foreslår at Helsedirektoratet gir kompetansesentrene oppdrag om å utarbeide en anbefaling om hvilke undersøkelsesverktøy som anses mest relevante i det rettspsykiatriske arbeidet.²⁹⁶ I forlengelsen av dette foreslås det at kompetansesentrene får ansvar for at anbefalingene til enhver tid har best mulig vitenskapelig forankring.²⁹⁷

²⁹⁴ Nyhetsbrev nr. 21 s. 3.

²⁹⁵ Nyhetsbrev nr. 21 s. 6.

²⁹⁶ Mæland- II rapporten s. 18.

²⁹⁷ Mæland- II rapporten s. 18.

6.5 Begreper som har skapt hodebry

6.5.1 Innledning

Et av straffbarhetsvilkårene er at gjerningsmannen er tilregnelig. Straffeloven § 44 sier at den som var psykotisk, bevisstløs eller høygradig psykisk utviklingshemmet på handlingstidspunktet ikke straffes. En gjerningsmann som faller innenfor en av disse gruppene anses som utilregnelig.²⁹⁸ Selve kravet om at gjerningsmannen må være tilregnelig for å kunne straffes, og begrepene ”tilregnelig” eller ”utilregnelig”, nevnes ikke i någjeldende straffelov, men begrepene har hevd i den juridiske terminologi.²⁹⁹

6.5.2 ”Psykotisk”

De juridiske begrepene i straffelovgivningen som angir utilregnelighet på grunn av en sinnslidelse har variert. Som regel har de ikke vært samsvarende med de psykiatriske diagnosene. Frem til 1848 var de ”galne” og ”afsindige” som var straffri, og etter 1848 ble be-

²⁹⁸ Dette er det såkalte medisinske prinsipp. En gjerningsmann som faller innenfor bestemte tilstander i straffeloven, slik som psykose eller bevisstløshet, være utilregnelig. Andre måter å avgrense utilregnelighetsgrunnene på er etter det psykologiske prinsipp og det blandede prinsipp. Etter det psykologiske prinsippet vil det i tillegg angitte tilstander kreves at tilstanden hadde betydning for lovbruddet. Hvor stor betydning tilstanden må ha hatt kan reguleres i lovgivningen. Det blandede systemet vil ha elementer både av det medisinske og det psykologiske prinsipp. Siden 1929 har vi det medisinske prinsipp i Norge. Andenæs, 2011, s. 288 – 289.

²⁹⁹ Andenæs, 2010, s. 286. Den nye straffeloven av 20. mai 2005 nr. 28, som enda ikke er trådt i kraft, har brukt denne terminologien i paragraf 20, som lyder slik:

For å kunne straffes må lovbrøyteren være tilregnelig på handlingstidspunktet. Lovbrøyteren er ikke tilregnelig dersom han på handlingstidspunktet er

- a) under 15 år,
- b) psykotisk,
- c) psykisk utviklingshemmet i høy grad, eller
- d) har en sterk bevissthetsforstyrrelse.

Bevissthetsforstyrrelse som er en følge av selvforskyldt rus, fritar ikke for straff

grepene erstattet med ”sindssyg”.³⁰⁰ Begrepet ”sinnssyk” var i bruk frem til den i 2002 ble erstattet av ”psykose”. Hensikten med den siste endring var ikke å endre innholdet i regelen, men å ta i bruk en terminologi som er mer anerkjent i psykiatrien.³⁰¹

I NOU 1990:5 foreslo man at det sentrale kjennetegn for en psykose, ”manglende evne til realistisk vurdering av ens forhold til omverdenen”, skulle bli tatt inn i paragrafen for å klargjøre hva som menes med ”psykotisk”.³⁰² Justisdepartementet støttet ikke forslaget fordi presiseringen for folk flest kunne virke forvirrende snarere enn opplysende, og at jurister og psykiatere nok var klar over hvilke tilstander som omfattes av begrepet ”psykose”.³⁰³

Forutsetningen om at det måtte være klart for jurister og psykiatere hva som skal forstås med ”psykose” i straffeloven har nok ikke helt slått til. I nyhetsbrev nr. 13³⁰⁴ fra den psykiatriske gruppe omtales en tingrettsdom der domstolen mente at psykosebegrepet i straffeloven skulle være identisk med psykosed diagnoser i det til enhver tid gjeldende diagnosesystem.³⁰⁵ Dette er etter gruppens mening en klar misforståelse da det finnes psykosed diagnoser som ikke kommer inn under utilregnelighetsbestemmelsen.

Selv lovgiver kan ha vanskeligheter med å holde styr på et begrep som medisinsk sett har et annet innhold enn det juridiske. I forarbeidene til den nye straffeloven uttaler departementet at psykose i strafferettslig forstand er ”de tilstander som psykiatrien til enhver tid regner

³⁰⁰ Begrepsendringen skjedde etter vedtakelsen av Sinnssykeloven i 1848. Langfeldt, 1947, note 1 på s.12.

³⁰¹ NOU 1990: 5 kapittel VII pkt. 1.2 og pkt. 3.1, Ot.prp. nr. 87 (1993 - 1994) pkt. 5.3.2.4.

³⁰² NOU 1990:5 pkt. 3.1.1. Det er med andre ord ikke nok å ha en psykosed diagnose. Det kreves i tillegg at gjerningsmannen var så psykotisk i gjerningsøyeblikket at han ikke hadde evne til en realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen. Rosenqvist, 2004, s. 57.

³⁰³ Ot.prp. nr. 87 (1993 - 1994) pkt. 5.3.2.4

³⁰⁴ Nyhetsbrev nr 13, mars 2005, s. 2.

³⁰⁵ Siden 1992 er det ICD-10 som brukes.

som psykose.”³⁰⁶

I sin uttalelse til Mælandutvalget i 2006 mener DRK at formuleringen *psykotisk, og derved uten evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen* burde bli tatt inn i lovteksten. Dette vil bidra til en klargjøring for retten og sakkyndige at ikke alle med en psykose-diagnose skal komme inn under utilregnelighetsregelen, at man *både* må ha en psykose og at denne tilstanden er så omfattende at evnen til vurdering av forholdet til omverden mangler.³⁰⁷

6.5.3 Bevisstløs

”Det vanskeligste begrepet i utilregnelighetsregelen er «bevisstløs»”³⁰⁸

Også bevisstløshet har vært et vanskelig begrep for de sakkyndige å forholde seg til, særlig fordi begrepet har et bestemt juridisk innhold som er en annen enn den gjengse og medisinske betydningen av begrepet.

Begrepet ble innført i Kriminalloven av 1842, og videreført i straffeloven 1902. I straffelovrådets innstilling NOU 1974:17 var det foreslått å fjerne begrepet ”bevisstløs” som absolutt straffritaksgrunn. I stedet foreslo man å ta i bruk begrepet ”sterk bevissthetsforstyrrelse” som en fakultativ straffritaksregel.³⁰⁹ DRK var en av høringsinstansene i den etterfølgende høringen om innstillingen. I årsrapport 1974 er kommisjonens høringssvar gjengitt. Det fremkommer av denne at kommisjonen var positiv til forslaget om å få ”(...) det omstridte og praktisk lite anvendelige begrep ”bevisstløshet” fjernet fra nevnte para-

³⁰⁶ Ot. prp. nr. 90 (2003-2004), pkt. 15.3.

³⁰⁷ Mælandrapporten, 2006, Vedlegg 7, s. 16.

³⁰⁸ Rosenqvist, 2009, s. 73.

³⁰⁹ NOU 1974:17, s. 56

graf”.³¹⁰ Endringsforslag til bestemmelsen er blitt fremsatt flere ganger senere. Straffelovkommisjonen argumenterte i NOU 1990:5³¹¹ og NOU 2002:4³¹² for avskaffelse av begrepet ”bevisstløs”, og innføring av en fakultativ straffritaksregel for bevissthetsforstyrrelsene. I Ot. prp. nr. 90 (2003 – 2004) gikk DRK igjen inn for at begrepet skulle fjernes som absolutt straffrihetsgrunn, og uttalte:

”I vårt arbeide innen Den rettsmedisinske kommisjon finner vi bevissthetsforstyrrelsene vanskeligst å ta stilling til. Det rettspsykiatriske begrep «bevisstløs på handlingstiden» har ingen fornuftig medisinsk begrunnelse. I ethvert gjerningsøyeblikk vil en handlende person ha en viss grad av bevissthet. Det juridiske begrep er ikke synonymt med det medisinske begrep bevisstløs = komatøs. (...) Vi finner det derfor klart mer hensiktsmessig fra et rettspsykiatrisk synspunkt at de sakkyndige utreder lovbrüterens sannsynlige bevissthetsforstyrrelse og årsaken til den, og så overlate til retten å ta endelig stilling til om den sannsynlige bevissthetsforstyrrelse er straffefrihetsgrunn.”³¹³

Forslagene medførte ikke noen endring.

I årsrapporten 2002 – 2006 uttales det at dette er den rettspsykiatriske konklusjon som både kommisjonen og retten har overprøvd i flest tilfeller.³¹⁴ Samme sted uttales det at det er vanskelig for de sakkyndige og kommisjonen å få mengdeerfaring i slike saker da slike konklusjoner er sjeldne, i gjennomsnitt ca to saker i året. Temaet er også tatt opp i ulike artikler. Hartvig, Rosenqvist og Stang har i en artikkel redegjort for at mange av de rettspsykiatriske erklæringene avgitt i årene 1981 – 2000 med konklusjonen bevisstløshet ikke hadde god nok kvalitet.³¹⁵ De viser at dette også gjenspeiles av kommisjonens behandling

³¹⁰ Årsrapport 1974, s.60.

³¹¹ NOU 1990:5, kapittel 2.4 og 3.1.2

³¹² NOU 2002:4, kapittel 8.3.16 og 8.3.17

³¹³ Ot. prp. nr. 90 (2003 – 2004), pkt. 15.5.3.

³¹⁴ Årsrapport 2002 – 2006, s. 34 og 39

³¹⁵ Hartvig, Rosenqvist, Stang, 2003, Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:1831 – 4.

av slike erklæringer, der kommisjonen hadde bemerkninger til 52 % av disse erklæringene, i motsetning til bemerkninger på mellom ca 15 og 30 % for alle saker sendt til psykiatrisk gruppe. I 33 % av disse sakene fant retten at det likevel ikke forelå straffritakende bevisstløshet.³¹⁶

I en artikkel argumenterer Rosenqvist og Hartvig for at bevisstløshet fjernes fra den absolute straffefrihetsregel.³¹⁷ DRK gjentok sitt syn også i sin uttalelse til Mælandutvalget.³¹⁸ At bevissthetsforstyrrelser ekskluderes fra straffeloven § 44 foreslås også i Tipunktsplanens punkt sju. Det gjenstår å se om Utilregnelighetsutvalget nå hører en enstemmig fagkrets om å fjerne bevisstløshet som absolutt straffrihetsgrunn.

6.6 Om utdanning og rekruttering av rettspsykiatriske sakkyndige og deres kompetanse

6.6.1 Utfordringene sett fra kommisjonens side

Av årsrapportene til DRK fremkommer det at rekvirenter har vanskeligheter med å få tak i rettspsykiatrisk sakkyndige.³¹⁹ I årsrapporten 2007 – 2008 gir kommisjonen uttrykk for bekymring med hensyn til tilgangen på kompetente sakkyndige i fremtiden dersom det ikke tas noen organisatoriske grep fra sentralt hold.³²⁰

I rapporten for 2002 – 2006 gis det uttrykk for mangel på ”tung” instans som tar ansvar for fagutviklingen innen rettspsykiatri.³²¹ Derfor har psykiatrisk gruppe i større grad enn de

³¹⁶ Hartvig, Rosenqvist, Stang, 2003, Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:1831 – 4, på s.1833.

³¹⁷ Rosenqvist og Hartvig, 2004.

³¹⁸ Mælandrapporten, 2006, Vedlegg 7, s. 18 og 21.

³¹⁹ Årsrapport 1948 s. 104, Årsrapport 1964 s. 81 – 82, Årsrapport 2007 – 2008 s. 29, Nyhetsbrev nr.18 s. 4.

³²⁰ Årsrapport for 2007 – 2008, s. 30

³²¹ Årsrapport for 2002 – 2006, s. 31

andre gruppene engasjert seg i fagutvikling ved å lage retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser og gi råd og veiledning om diverse rettspsykiatriske tema i sine årsrapporter og nyhetsbrev. Videre har psykiatrisk gruppe siden 2008 samarbeidet med kompetansesentrene for å utarbeide en kurspakke for rettspsykiatrisk sakkyndige.³²² I rapporten for 2009 uttales at det ble startet C-kurs i rettspsykiatri i regi av Kompetansesenteret Helseregion Sør-Øst.³²³ SIFER opplyser at situasjonen nå er slik at det er utdannet flere sakkyndige enn det er oppdrag til. Derfor ser man ikke grunn til for tiden å avvikle flere C-kurs i sin nåværende form.³²⁴

Utfordringer og forslag til forbedringstiltak er kommet til uttrykk også i mange offentlige utredninger og rapporter. De mest sentrale skal presenteres i det følgende.

6.6.2 Utfordringer og forslag til tiltak i utvalgte offentlige utredninger og rapporter

6.6.2.1 Arbeidsgruppen 1992³²⁵

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.³²⁶

³²² Årsrapport 2007 – 2008, s. 29

³²³ Årsrapport 2009, s. 3

³²⁴ <http://sifer.no/undervisning/detalj/c-kurs-i-rettspsykiatri> [22.4.2014]

³²⁵ Det har ikke vært mulig å finne denne rapporten. Kilden til denne er da NOU 2001:12.

³²⁶ NOU 2001:12, kapittel 4.3.

6.6.2.2 Rognumutvalget, NOU 2001:12

Utvalget gikk inn for en sakkyndigutdannelse etter den såkalte ABC-modellen som var foreslått av Randi Rosenqvist i 1998.³²⁷

Modellen innebærer en kvalifisering av sakkyndige etter ulike kompetansenivåer. Kompetansenivå A forutsetter en faglig godkjent utdannelse, dokumentert ved embetseksamen, autorisasjon eller eventuelt en godkjent spesialitet. B-kurs tilbys siden 2004³²⁸, og kommisjonen har i følge § 3c i forskriften ansvar for sakkyndigutdannelsen på dette nivå.³²⁹ Dette er felles utdannelse for alle som påtar seg oppdrag som rettsmedisinske sakkyndige. Hovedformålet med utdannelsen er å bedre kommunikasjonen mellom sakkyndige og rettens aktører ved å øke sakkyndiges kompetanse i juridiske og etiske forhold av betydning for sakkyndigrollen, forståelse av mandat, skriving av erklæringer og om Den rettsmedisinske kommisjons arbeid.³³⁰ Kompetansenivå C er et faglig fordypningsnivå hvor den sakkyndige kan tilegne seg spisskompetanse innenfor ulike rettsmedisinske disipliner. De ulike fagområder står selv ansvarlig for å utvikle spisskompetanse på C-nivå innen sine fagfelt.

Psykiatrisk gruppe har i samarbeid med de tre Kompetensesentrene utviklet C-kurs.

Et annet tiltak som var foreslått av Rognumutvalget var at det skulle utarbeides en oversikt over kvalifiserte sakkyndige, herunder deres fagkompetanse og informasjon om gjennomført B-kurs, for å gjøre det lettere for retten og partene å finne frem til sakkyndige. Dette ble også nedfelt i § 4 i forskriften.³³¹ Allerede før Rognumutvalgets rapport forelå, og før endring av forskriftene, sendte den psykiatriske gruppe ut sin adresseliste over sakkyndige som vedlegg til nyhetsbrev nr.3 juni 2000. Det har imidlertid vist seg at problemet ikke har

³²⁷ NOU 2001:12 kapittel 4.6 og 13.

³²⁸ Årsrapport 2002 – 2006, s.4

³²⁹ Forskrift for Den rettsmedisinske kommisjon, FOR-2003-03-14-294

³³⁰ Se <http://www.sivilrett.no/informasjon-om-kurs.307105.no.html> for mer informasjon om kurset

³³¹ Forskrift for Den rettsmedisinske kommisjon, FOR-2003-03-14-294 § 4.

løst seg ved at kommisjonen har liste over sakkyndige. Sakkyndiglisten ble senest oppdatert i 2012.³³²

6.6.2.3 Graverrapporten

I rapporten foreslo man å stille bestemte kompetansekrav til den som skal utstede sakkyndigerklæring. Man antok at dette ville kunne oppnås ved en videreføring og styrking av de ulike utdannings- og kurstilbud som allerede finnes, i tillegg til eventuelle kurs og opplæring i regi av instanser eller organer som er ”storforbrukere” av ulike attester/erklæringer.³³³

6.6.2.4 Mælandrapporten

Utvalget peker i sin rapport på at det er et klart behov for å styrke rettspsykiatriens vitenskapelige forankring, og sier seg enig med DRK i at en tydeligere offentlig rolle i det rettspsykiatriske arbeidet er nødvendig. Gruppen gir uttrykk for at utvikling av forskningsmiljøer med universitetstilknnytning vil ha en positiv effekt på rekruttering av rettspsykiatrisk sakkyndige og er en viktig forutsetning for fagutvikling, spesialisering på fagfeltet og økt kvalitet i det rettspsykiatriske arbeidet. En tydeligere offentlig rolle kunne i følge gruppen etableres gjennom rettspsykiatriske poliklinikker i tilknytning til de regionale kompetansesentrene.³³⁴

6.6.2.5 Mæland - II rapporten

Gruppen foreslår at hvert av de tre kompetansesentrene får ansvar for å holde et oppdatert

³³² Årsrapport 2012

³³³ Graverrapporten s.149

³³⁴ Se rapportens kap.7.7. Den rettsmedisinske kommisjon har skrevet et utfyllende notat, som ligger som vedlegg 7 til rapporten, og som beskriver de utfordringer kommisjonens psykiatriske gruppe også ellers har påpekt i mange av sine årsrapporter og nyhetsbrev.

register over sakkyndige innenfor det respektive senters helseregion(er), og at senteret har et tydelig ansvar for bistå med å gi rekvirentene tilgang til sakkyndige. Videre tenker man at rekvirentene skal kunne henvende seg til senteret for å få bistand til å gjøre en faglig vurdering av hvilken type sakkyndighet som er mest egnet eller nødvendig i den enkelte sak og få råd i forholdt til utarbeidelse av mandat.³³⁵ Dette er oppgaver som i dag ivaretas av DRK.

Gruppen anfører at det kan oppfattes som uryddig at DRK som forestår etterfølgende kontroll i den enkelte sak, samtidig har oppgaven med undervisning og utdanning av sakkyndige.³³⁶ Man anbefaler ikke en formell sertifiseringsordning for rettspsykiatrisk sakkyndige på nåværende tidspunkt, men går heller inn for at det stilles noen formalkrav til de som skal operere som sakkyndige. Forslag til formalkrav er at sakkyndige skal ha gjennomgått C-kurs, ha sin hovedstilling i et miljø der det drives klinisk pasientbehandling eller forskning, og at de skal forplikte seg til å delta på faglig oppdateringskurs med jevne mellomrom.³³⁷

I forhold til en egen grenspesialitet i rettspsykiatri henviser gruppen til en gjennomgang av spesialitetsstrukturen Helsedirektoratet har gjennomført der det konkluderes med at Helsedirektoratet på nåværende tidspunkt ikke går inn for opprettelse av nye spesialiteter.³³⁸ Av Helsedirektoratets utredning kan man imidlertid ikke se at det er foretatt en spesifikk vurdering av innføring av en grenspesialitet i rettspsykiatri.

På bakgrunn av Helsedirektoratets utredning foreslår gruppen ”ABC-utdanningen” som obligatorisk utdanning innen rettspsykiatri videreføres, og at de tre kompetansesentrene

³³⁵ Mæland II –rapporten pkt 12.2 og 12.3

³³⁶ Mæland II –rapporten pkt 5

³³⁷ Mæland II –rapporten pkt 12.10

³³⁸ HDIR-utredningen, 2013 IS-2079, pkt 9.12

fortsatt får ansvaret for C-kursene.³³⁹ Hvordan man best kan ivareta behovet for oppdateringskurs, spisskompetansekurs og eventuelle nye C-kurs vil nå bli fortløpende drøftet og vil inngå i vurderingene av pilotprosjektet i følge SIFER.³⁴⁰

Tiltak som er foreslått i rapporten er noe i tråd med tiltak foreslått i Tipunktsplanen om systematisk kursing av sakkyndige. I punkt tre i Tipunktplanen foreslås det at det innføres spesialiteter eller underspesialiteter i sakkyndighet for både psykologer og psykiatere for å sikre høyere standard på sakkyndigarbeid.

³³⁹ Mæland II –rapporten pkt 13

³⁴⁰ <http://sifer.no/undervisning/detalj/c-kurs-i-rettspsykiatri> [22.4.2014]

7 Avsluttende refleksjoner rundt kommisjonen og sakkyndighet – med utgangspunkt i rettspsykiatri

Kommisjonens arbeid og eksistens skulle bidra til ”enhet i og en ensartet utvikling av sakkyndigheten”. Hvorvidt den har gjort det kan diskuteres. Svaret er delvis avhengig av hva som menes med enhet i og ensartet utvikling av sakkyndigheten. I NOU 2001:12 uttales at et sentralt poeng ved opprettelsen av kommisjonen var 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.³⁴¹ Kommisjonens virksomhet bygger på det faktum at det ikke finnes “autoriserte sakkyndige” innen de ulike rettsmedisinske fagfelt i Norge.³⁴² Ulike medisinere og andre med rettsmedisinsk kompetanse påtar seg ulike oppdrag for retten, og arbeider ofte alene eller i små fagmiljøer. Uten et nasjonalt organ som kommisjonen, kan det oppstå risiko for at det etableres ulike tradisjoner i det sakkyndige arbeidet. Dette argumentet slår særlig til i rettspsykiatrien, som ikke er tilknyttet noen sentral faginstitusjon.

I straffesaker kan rettsmedisinske erklæringer være avgjørende i spørsmål som har sentral betydning i saken. Rettspsykiatriske erklæringer om observandens sinnstilstand kan være avgjørende for skyldspørsmålet. Slike erklæringer bør ha høy faglig kvalitet.³⁴³ Rettens aktører har ikke den nødvendige kompetanse for å vurdere kvaliteten av slike erklæringer. På den annen side har ikke rettspsykiatrisk sakkyndige tilstrekkelig juridisk kompetanse til fullt ut å forstå de juridiske begreper og termer. Det samme gjelder juristenes mulighet til å forstå medisinske termer og diagnoser og vurdere om de kvalifiserer til å bedømme en siktet som utilregnelig.³⁴⁴ Kommisjonen danner en bro mellom disse to gruppene aktører i rettsvesenet. Ved kontrollen ser den til at formuleringene av vurderinger og konklusjoner,

³⁴¹ NOU 2001:12 s. 177.

³⁴² Årsrapport 2007-2008 s. 34.

³⁴³ NOU 2001:12 s. 177.

³⁴⁴ Rosenqvist, 2007 s. 107 - 108.

og fremstillingen av ”sannsynligheter” i erklæringene kommuniseres på en slik måte at de øvrige av rettens aktører kan forstå det. Samtidig kontrolleres at sakkyndige virkelig har forstått de juridiske begrepene. Denne ”brobyggerrollen” ivaretas ikke i dag av noe annet organ.

Kommisjonen har bidratt til at vi har unngått et system som det tidligere nevnte ”battle of experts” i våre rettssaler. Dette har vært et selvstendig mål i seg selv og taler for å opprettholde kommisjonsordningen.³⁴⁵

Rettspsykiatri er stort sett et ustandardisert fagområde, og rettspsykiatriske vurderinger forutsetter stor grad av skjønn. Kommisjonen kan ikke pålegge sakkyndige å endre sine vurderinger og konklusjoner, men den kan, dersom den er uenig i det sakkyndige skjønn, ved sine bemerkninger kommunisere denne uenigheten. Generelt vil behovet for ekstern kontroll være sterkere jo større innslag av sakkyndig skjønn erklæringen inneholder.³⁴⁶ Selv om man innen rettspsykiatrien skulle få mer standardiserte undersøkelsesmetoder og flere måleinstrumenter, vil man alltid ha innslag av sakkyndig skjønn ved tolkningen av resultatene fra undersøkelsene. Det er derfor fortsatt behov for den eksterne kontrollen kommisjonen utøver.

Det er enighet om at utilregnelige ikke skal straffes, men hvilket prinsipp man skal anvende for å avgrense hvem som juridisk skal anses som utilregnelig har vært omdiskutert. Det er vanlig å sondre mellom tre ulike systemer for avgrensningen av utilregnelige: det medisinske, det psykologiske og det blandede system.³⁴⁷ I Norge har man siden 1929 et rendyrket medisinsk prinsipp. Fordi vi har det medisinske prinsipp, blir det opp til rettspsykiatrien å bedømme om en gjerningsmann var psykotisk eller bevisstløs på handlingstiden. Vi følger et system der enkeltpersoners skjebner i stor grad er lagt i hånden på rettspsykiatrisk

³⁴⁵ NOU 2001:12 s. 176.

³⁴⁶ NOU 2001:12 s. 179.

³⁴⁷ Andenæs, 5. utgave 2004, s. 288.

sakkyndige. Sakkyndige er til tider blitt omtalt som ”dommere uten kapper”.³⁴⁸ Dette er ikke nødvendigvis en velsignelse for profesjonen. Det er lovgiver som bevisst har tatt valget ved å velge å følge det medisinske prinsipp. Om det da er riktig å bebreide fagfeltet kan diskuteres. Man bør kanskje heller være takknemlig for at de påtar seg et så stort ansvar som er pålagt dem.

Enda det er så klart for oss hvilken rolle sakkyndigerklæringer spiller i strafferettssaker aksepterer vi at det offentlige ikke tar det ansvaret det burde hatt, og nøyer oss med å overlate profesjonen til seg selv. Den rettspsykiatriske delen av en straffesakskjede er helt privatisert da rettspsykiatri utøves av sakkyndige som påtar seg oppdrag i egen praksis. Det stilles ingen krav om at de som skal fungere som sakkyndig skal ha noen form for tilknytning til et klinisk miljø som kan forsikre at de sakkyndige til enhver tid er oppdatert på den faglige utviklingen.

Det er heller ingen store akademiske miljøer som kan sørge for god forskning på området. Også dette fører til at sakkyndige bruker ulike metoder i sine utredninger.³⁴⁹ Ulike rammebetingelser rundt den psykiatriske observasjonen kan også være avgjørende, slik tilfellet var i Breivik- saken³⁵⁰ og Halloween-saken.³⁵¹ Det avgjørende i disse tilfellene var muligheten til observasjon i en psykiatrisk institusjon.

Det offentlige har til nå glimtet med sitt fravær. Ingen andre faglige organer har tatt initiativ til å sette klarere organisatoriske rammer. Ei heller har man gjort så mye for å lage retningslinjer og standarder for rettspsykiatriske erklæringer. I mangel av slik offentlig inn-

³⁴⁸ Halvorsen, 2000.

³⁴⁹ Todal, 2012, <http://old.dagogtid.no/nyhet.cfm?nyhetid=2309> [22.4.2014]

³⁵⁰ Oslo tingrettsdom, OSLO-2011-188627-24 publisert i RG-2012-1153

³⁵¹ Hanssen, 2013, http://www.aftenposten.no/meninger/kommentarer/Rettspsykiatri--en-rettssikkerhet-7282750.html#.U1geLPI_tFI [22.4.2014]

gripen har DRK påtatt seg oppgaven med å utarbeide standarder, retningslinjer, føre lister over sakkyndige og utdanning av fagfolk. Samtidig fører DRK kontroll med kvaliteten av det rettspsykiatriske arbeidet. DRK har vært et en vesentlig bidragsyter i å forbedre kvaliteten på rettspsykiatrisk arbeid – noe det offentlige burde ha påtatt seg ansvaret for. Det kan anses som uheldig at det organet som skal føre kontroll samtidig skal gjøre mye annet i tillegg. Nå kan det se ut som om det kan bli en endring på det med det nye prosjektet som er satt i gang ved kompetansesentret på Brøset. Man kan håpe at prosjektet blir vellykket slik at DRK snart kan rendyrkes som kontrollorgan.

I mange sammenhenger sammenligner vi oss med våre skandinaviske naboland. Grøndahls forskning viser at rettspsykiatri i Sverige og Danmark har klarere retningslinjer der man i større grad tar i bruk standardiserte metoder. Da denne forskningen ble lagt frem uttalte daværende leder av kommisjonen, Tarjei Rygnestad, at en mulig forklaring på denne forskjellen kunne være at Sverige og Danmark manglet et organ som DRK som kunne foreta den eksterne kontrollen av de sakkyndiges uttalelser. Videre uttalte han at dette kan gjøre at ”(...) man der i større grad støtter seg til instrumenter og mindre på skjønn. Her i landet får vi jo overprøvd skjønnen hver gang”.³⁵² Samme sted uttalte daværende leder for psykiatrisk gruppe, Synne Sørheim, at det ikke var noen grunn for å bekymre seg for rettssikkerheten i de erklæringene som kommisjonen hadde godkjent.³⁵³

Å avfeie forslag til tiltak som kanskje kan forbedre kvaliteten på sakkyndigarbeid med å vise til eksistensen av Den rettsmedisinske kommisjonen er antakelig ikke berettiget lenger. I forbindelse med Brevik-saken så vi at også kommisjonen kan feile.³⁵⁴ Er det ikke på tide å

³⁵² Storvik A. G., 2010, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/norske-rettspsykiatere-bruker--farrest-undersokelsesmetoder/> [18.4.2014]

³⁵³ Storvik A. G., 2010, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/norske-rettspsykiatere-bruker--farrest-undersokelsesmetoder/> [18.4.2014]

³⁵⁴ Sandvik, m.fl., 2012, <http://www.nrk.no/227/artikler/kommisjonen-beklager-uklarhet-1.8197387> [18.4.2014]

høre røstene om endringsbehov?

8 Litteraturliste

8.1 Lover, regler, forarbeider og dommer

Breivik-dommen, publisert i RG-2012-1153

Danske Sundhedsloven, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455>

Forordning 21.mai 1751 Anlangende, hvad der ved Delinquent-Sagers Drift og Udførsel udi Danmark og Norge bør iagttages

Forskrift for Den rettsmedisinske kommisjon, FOR-2003-03-14-294, fastsatt ved Kongelig resolusjon av 14.mars 2003 med hjemmel i lov av 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker § 146

Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon 1988, 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. (NOU 2001:12)

Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l., F18.12.2008 nr. 1486, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 18. desember 2008 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. § 15 fjerde ledd

Forskrift 28. juni 1985 nr. 1679 om ordningen av påtalemyndigheten (Påtaleinstruksen)

Frostatingsloven: http://no.wikisource.org/wiki/Den_eldre_Frostatingsloven [22.02.2014]

Gulatingsloven: http://no.wikisource.org/wiki/Den_eldre_Gulatingsloven [22.02.2014]

Indst. S. Nr. 48 - 1899 / 1900 Innstilling fra justiskomiteen angaaende kongelig proposition om bevilgning til opprettelse af en retsmedicinsk kommission

Innst. O. nr. 34 (1996-1997), Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i straffeloven m.v. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/1996-1997/inno-199697-034/?lvl=0#a1>

Kongelig resolusjon 30.juni 1900 om opprettelse av Den rettsmedisinske kommisjon

Lov av 15.juni 2001 nr. 64 Lov om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239)

Ot. prp. nr. 87 (1993 – 1994). Om lov om endringer i straffeloven mv (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner)

Ot. prp. nr. 90 (2003-2004) Om lov om straff (straffeloven), <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/20032004/otprp-nr-90-2003-2004-.html?id=179300>

Reglement for Den rettsmedisinske kommisjon og de rettsmedisinske sakkyndige, fastsatt ved Kongelig resolusjon av 13.november 1931 (Årsrapport 1931 s. 197)

Reglement for Den rettsmedisinske kommisjon og de rettsmedisinske sakkyndige, fastsatt ved Kongelig resolusjon av 30.august 1946 (Årsrapport 1946 s. 58)

Reglement for Den rettsmedisinske kommisjon, fastsatt ved Kongelig resolusjon av 2.juni 1960 (Årsrapport 1964 s. 90)

Reglement for Den rettsmedisinske kommisjon, fastsatt ved Kongelig resolusjon av 28.juli 1972 (årsrapport 1972 s. 80)

Reglement for Den rettsmedisinske kommisjon, fastsatt ved Kongelig resolusjon av 6. januar 1978 (Årsrapport 1978 s. 83)

Straffeprosessloven: Lov om rettergangsmåten i straffesaker LOV-1981-05-22-25

Straffeloven: Almindelig borgerlig Straffelov LOV-1902-05-22-10

St. prp. nr. 25 (1899–1900) Angaaende bevilging til oprettelse af en retsmedicinsk kommission

Svenske Lag (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Svenskforfattningssamling-201_sfs-1991-1137/

8.2 Bøker

Andenæs J., Alminnelig strafferett, Universitetsforlaget, Oslo, (5. utg.) 2010

Eitinger L., Retterstøl N., Rettspsykiatri, 4.utg, Universitetsforlaget, Oslo, 1990

Harbitz F., Lærebok i retsmedicin, Kristiania, 1918

Høyer, G., Dalgard, O. S., Lærebok i rettspsykiatri, Gyldendal, Oslo, 2002

Langfeldt G., Rettspsykiatri for jurister og leger, Oslo, 1947

Robberstad, Knut, År og hendinger i rettssoga, 4. utg., Universitetsforlaget Oslo, 1973, (7.

opplag 1991)

Rosenqvist R., Den rettsmedisinske kommisjon som kontrollinstans i straffesaker: Rettsmedisinsk sakkyndighet i fortid, nåtid og fremtid, Brandtzæg & Eskeland (red.), Oslo 2007, s. 107-111

Rosenqvist R., Rettspsykiatri – en introduksjon, Universitetsforlaget, Oslo, 2009

Schiøtz A., Medisin og juss: ambisjoner og ulikheter – Opptakten til Den rettsmedisinske kommisjon 1880 – 1900: Festskrift til Anne-Lise Seip, Gyldendal, Oslo, 2003

Skålevåg S. A., Drømmenes sakkyndighet – profesjonsinteresser og rettspsykiatri, Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol 42 nr.1, 2005 [nettutgave: http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=286113&a=2]

Winge P., Om behandlingen af sindssyge forbrydere, Indledende foredrag i Den norske kriminalistforenings 2det møde, Kristiania, 1894

Winge P., Hovedtræk i psykiatriens udvikling i de senere 3 – 4 decennier, Kristiania, 1896

Winge P., Samfundet og den sindssyge lovovertræder, Kristiania, 1898

Winge P., Den norske sindssygelovgivning – Forelæsninger, Kristiania, 1901

Winge P., Historisk fremstilling af den norske administrative sindssygerets udvikling, Kristiania, 1911

Winge P., Den norske sindssygeret. Historisk fremstillet. Bind. 1. Kristiania: Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab, 1913

Winge P., Den norske sindssygeret. Historisk fremstillet. Bind 2, Kristiania, 1915

Winge P., Den norske sindssygerett, Historisk fremstillet. Bind3, Kristiania, 1917

8.3 Offentlige utredninger og rapporter

Innstillingen 1897, Indstilling angaaende spøragsmaalet om en reform af ordningen med hensyn til de retsmedicinske sagkyndiges tjenestegjøring under strafferetslige undersøgelser. Afgiven af en af Justisdepartementet i marts 1896 nedsat komite. Kristiania, 1897

Graver-rapporten , Varsom, nøyaktig og objektiv – krav til attester og erklæringer fra helsepersonell, Rapport 16.mai 2006

Hareiderapporten, Rapport 29.september 2006 til politidirektøren: Oppfølging av NOU 2005:19 Lov om DNA register til bruk i strafferettspleien, Organisering og finansiering

Helsedirektoratets utredning, 2013, Fremtidens spesialister. En gjennomgang av legers spesialitetstruktur og – innhold, Utredning juni 2013 IS-2079

Mælandrapporten, Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring. Rapport 30.april 2008.

Mæland II-rapporten, Rettspsykiatri - organisering, forskning og utdanning, Rapport fra arbeidsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, med deltakelse fra Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedirektoratet, 25.6.2013

NOU 1974:17 Strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner. Oslo

NOU 1990: 5 Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner. Straffelovkommisjonens delutredning IV

NOU 1996:15 Lilandsaken

NOU 2001:12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker,
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2001/nou-2001-12.html?id=377603>

NOU 2002:4 Ny straffelov, Straffelovkomisjonens delutredning VII,
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2002/nou-2002-04.html?id=380296>

NOU 2007:7 Fritz Moen og norskstrafferettspleie,
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2007/nou-2007-07.html?id=473769>

NUT 1969:3 Innstilling om rettergangsmåten i straffesaker fra Straffeprosesslovkomiteen,
<http://websir.lovdata.no/lex/nou/hut-1969-03.html>

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.: NOU 2001:12 kap.4.3

8.4 Artikler

Evensen H., Lovbestemmelse om retsmedicinske forretninger: Tidsskr Nor Lægeforen, 1910 nr. 2 – 7

Grøndahl P., Grønnerød C., Stridbeck U., Værøy H. og Brauer H., En tipunksplan for bedre rettspsykiatri: Tidsskr Nor Lægeforen nr 15 – 21 2012; 132:1727 – 8
<http://tidsskriftet.no/article/2815265> [18.4.2014]

Halvorsen P., 2000, Rettspsykiateren – dommer uten kappe? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:859 – 60, <http://tidsskriftet.no/article/24162> [15.4.2014]

Hanssen I. D., 2013, ”Retsspsykiatri – en rettssikkerhet?”, Aftenposten, 16.8.2013, http://www.aftenposten.no/meninger/kommentarer/Rettspsykiatri--en-rettssikkerhet-7282750.html#.U11EAfl_tFJ [22.4.2014]

Hartvig, Rosenqvist, Stang, ”Bevisløshet i strafferettslig forstand i Norge i 1981 – 2000”: Tidsskr Nor Lægeforen nr. 13 - 14, 2003; 123:1831 – 4.

Noreik, K., Grünfeld, B., 1995, Rettspsykiatrisk virksomhet i Norge: Årsrapport for psykiatrisk gruppe, 1995

Rosenqvist R., Den rettsmedisinske kommisjons oppgaver og arbeidsmetoder, vedlegg 1 til Årsrapport for 2007 – 2008

Rosenqvist R., Utilregnelighetsbegrepet ved psykisk utviklingshemming: Årsrapport 1997

Rosenqvist, R., Hartvig, P., Bevisløshet og sterk bevisstetsforstyrrelse, jf strl §§ 44 og 56 litra c: Tidsskrift for Strafferett, nr. 4, 2004

Rosenqvist R., Sakkyndigerklæringer med utradisjonell mandat i straffesaker: Årsrapport for psykiatrisk gruppe, 1993

Sandvik, m.fl., 2012, ”Kommisjonen beklager rot og forvirring”, NRK 13.6.2012, <http://www.nrk.no/227/artikler/kommisjonen-beklager-uklarhet-1.8197387> [18.4.2014]

Skålevåg S. A., Drømmenes sakkyndighet – profesjonsinteresser og rettspsykiatri, Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol 42 nr.1, 2005 http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=286113&a=2) [10.2.2014]

Storvik A. G., 2010, ”Norske rettspsykiatere bruker færrest undersøkelsesmetoder”, Da-

gens Medisin, 17.9.2010, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/norske-rettspsykiatere-bruiker--farrest-undersokelsesmetoder/> [18.4.2014]

Todal P. A., 2012, "Kan vi stole på psykiatraner?" Dag og Tid, 22.6.2012, <http://old.dagotid.no/nyhet.cfm?nyhetid=2309> [22.4.2014]

8.5 Nettsider

<http://www.sivilrett.no/den-rettsmedisinske-kommisjon.304199.no.html> DRK

www.sifer.no SIFER

www.snl.no Store norske leksikon

www.lovdatabasen.no

www.rettsdata.no

www.regjeringen.no

<http://tidsskriftet.no/> - Tidsskrift for Den norske legeförening

8.6 Annet

Grøndahl P., Scandinavian forensic psychiatric practices—an overview and evaluation: A comparative and empirical analysis of practices in Norwegian forensic psychiatry, doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, 2010

Norsk psykiatrisk forening, 2014, "Hvordan bør norsk rettspsykiatri utvikles?", Rapport februar 2014

Nyhetsbrev fra Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe. Totalt 21 stykker, publisert på <http://www.sivilrett.no/nyhetsbrev-for-psykiatrisk-gruppe.306845.no.html>

Årsrapporter / Årsberetninger fra Den rettsmedisinske kommisjon 1900 – 2012

Om sagkydighedsprogsmaalet: Forhandlinger paa det 7de norske lægemøde i Trodhjem 2den – 5te august 1897, Kristiania, 1898 (s. 26 – 49)

Om ordningen af det rettsmedicinske sagkyndighedsvæsen: Forhandlinger ved Den norske kriminalistforenings femte møde i marts 1891, Kristiania, 1898 (s. 71 – 124)

Overprøving av løpende særreaksjonsdommer. En veiledning fra Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe, Vedlegg til nyhetsbrev nr.15 mars 2006

Retningslinjer for rettspsykiatriske undersøkelser av siktede, tiltalte og domfelte i straffesaker, vedlegg til Årsrapport 2002 – 2006

Riksadvokatens publikasjoner nr. 1/2005, Etterforskning og rettsmedisinsk utredning i straffesaker der siktede kan ha vært bevisstløs på handlingstiden

Riksadvokatens rundskriv, Utilregnelighetsregler og særreaksjoner, nr. 4/2001 – Ra 01-34 623.3

Riksadvokatens rundskriv, 27. februar 2013, <http://www.riksadvokaten.no/filestore/Dokumenter/2013/Rundskrivnr1for2013-Mlogpriforstraffesaksbehandlingen.pdf>

Riksadvokatens rundskriv, Rettspsykiatrisk sakkyndige i straffesaker – ”Standardmandat” mv., Skriv fra Riksadvokaten, Ra 07-130 KHK/kun 623.3

Selberg K., Eldre norske rettskilder – en oversikt: Det juridiske fakultetsbiblioteks skriftse-

rie nr. 20, Det juridiske fakultetsbibliotek. Universitetet i Oslo 2010

Årsrapporter fra Den rettsmedisinske kommisjon, 1900 – 2012