

Rettsmedisin i Norge

Organisering av rettspatologi og klinisk rettsmedisin i Norge sammenliknet med Sverige og Danmark

En dokumentstudie

Gerd Jorunn Møller Delaveris



Masteroppgave

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet
UNIVERSITETET I OSLO

01.12.2020

© Gerd Jorunn Møller Delaveris

2020

Rettsmedisin i Norge. Organisering av rettspatologi og klinisk rettsmedisin i Norge sammenliknet med Sverige og Danmark.

Forfatter Gerd Jorunn Møller Delaveris

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo universitetssykehus

Sammendrag

Bakgrunn: Rettsmedisin er medisinsk og biologisk kunnskap om menneskekroppen brukt i rettens tjeneste. Studien omhandler rettspatologi og klinisk rettsmedisin, selv om rettsmedisin i videre forstand også inkluderer en rekke andre fagområder. I Norge har organisering av rettsmedisinske tjenester utviklet seg parallelt i universitetsstrukturen og i helsevesenet. Det er ingen myndighetskrav til hvilken kompetanse man må ha for å utøve rettsmedisin i motsetning til Danmark og Sverige. Der er rettsmedisin en egen legespesialitet, og rettsmedisin er knyttet til egne institusjoner utenfor helsevesenet.

Problemstilling: Hvordan er organiseringen av rettsmedisinske virksomhet og tjenester i organisert i Norge, og hvordan skiller Norge seg fra de skandinaviske landene når det gjelder myndighetsstyrt organisering for å produsere, utvikle, kvalitetssikre og levere rettsmedisinske tjenester for politi og rettssystemet? Hva kan være mulige implikasjoner for tilgjengelighet og kvalitet av ulike måter å organisere virksomhetene på?

Metode: Studien er en kvalitativ dokumentstudie. Målrrettede søk, gjennomgang og tekstanalyse av offentlige dokumenter fra blant annet sentralforvaltningen, lov- og forskrifter, nettsider for faglig relevante institusjoner og organisasjoner med tanke på å besvare studiens problemstilling er blitt gjort. Analyse av funnene er gjort på grunnlag av noen grunnleggende organisasjonsteoretiske dimensjoner. Sammenlikning med Sverige og Danmark utføres for bedre å kunne vurdere den norske organisasjonsmodellen opp mot eksisterende modeller for organisering.

Resultat: Norge har en svak og fragmentert styring av rettsmedisinske tjenester fra sentralforvaltningen. Selve tjenestene er spredt på ulike nivåer og enheter innenfor helsevesenet og universitetsstrukturen. Det er lite etablert samordning innenfor fagområdet, og det mangler faglige kompetansekrav. Både Sverige og Danmark har sentral styring av rettsmedisinsk kompetanse og tjenesteutøvelse, men har løst det på ulik måte i henholdsvis et forvaltningsorgan og i en universitetsmodell. Kvalitetskontroll i Norge skjer i Den rettsmedisinske kommisjon og er fagfellebasert. I Sverige og Danmark er virksomhetene akkrediterte.

Diskusjon og sammenlikning: I Norge synes manglende myndighetsstyring og koordinering å medføre redusert mulighet til å kalibrere kompetanse og fordele lik tjeneste nasjonalt. Norge mangler koordinerende metoder for å samordne tjenestene, slik Sverige og Danmark gjør, eksempelvis tydelig arbeidsdeling (oppdrag), standardisering av kunnskap og kompetanse (legespesialitet og samlet fagmiljø) og tilgjengelighet som tilfredsstillende krav til offentlig forvaltning og tjenesteytelse på nasjonalt plan.

Konklusjon: Sentral organisering og koordinering er viktig for styring av tjenesteproduksjon for å sikre kvalitet og tilgjengelighet. Studien gir ikke grunnlag for å si noe sikkert om hvordan kvaliteten på de rettsmedisinske tjenestene påvirkes av eksisterende organisasjonsmodell. Likevel er det mulig på grunnlag av denne studien å påpeke noen svakheter med den norske organisasjon modellen som skaper utfordringer med hensyn til å styre og kalibrere kvaliteten på de rettsmedisinske tjenestene. Videre studier og utredninger må til for å øke kunnskapen både om effekten av gjeldende organisasjonsmodell og mulige alternative organisasjonsmodeller som i større grad legger til rette for å kunne sikre at offentlige myndigheter oppnår de mål som gjelder for de rettsmedisinske tjenestene.

Forord

Jeg har i mange år arbeidet innen fagfeltet rettspatologi og klinisk rettsmedisin inkludert legearbeid ved akuttundersøkelser på overgrepsmottak.

Rettsmedisinske obduksjoner og klinisk rettsmedisinske undersøkelser er et viktig samfunnsoppdrag og bidrar til å opplyse etterforskning og rettsaker i straffesaker som omhandler vold eller annen ytre påvirkning på kropp. Å omsette sin medisinske kompetanse i rettens tjeneste på en måte som mottaker kan nyttiggjøre seg – er ikke uten videre enkelt. Det inkluderer evne til å påvise og sikre funn, tolke omstendigheter og funn inn i en sammenheng, forklare å begrunne sine funn og vurderinger på en for legmann forståelig måte slik at erklæringer og sakkyndig vitneutsagn blir forstått av mottakeren i politiet, påtalemyndigheten eller retten. Oppdraget må utføres med høy grad av kvalitet på innhold og form.

Når man har vært litt tid i fagfeltet oppdager man at det rettsmedisinske fagmiljøet i Norge er lite og fragmentert. Dette inntrykket ble ytterligere bekreftet ved deltakelse i Helsedirektoratets utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinske kompetanse i Norge (publisert i 2020). Tjenesteproduksjonen er ulikt fordelt både i helsevesenet og i universitetsstrukturen og det finnes ingen nasjonal mal for verken kompetansekrav eller hvordan man skal utføre arbeidet. Det er ingen åpenbar, klar fordeling av verken ansvarsområder eller konkrete arbeidsoppgaver mellom enheter som utfører rettsmedisinske tjenester. Dette betyr også at det er leger med svært ulik kompetanse som kan bli satt til liknende oppdrag. Som mellomleder i et helseforetak med ansvar for en enhet som utøver nesten utelukkende rettsmedisinsk tjenesteproduksjon er det vanskelig å orientere seg og finne hvilke krav man skal levere etter. Det gjelder både hva som defineres som arbeidsoppgavene våre, hvordan disse skal utøves og hvilken kompetanse legene må ha for de ulike oppdragene. Videre savnes det bedre kontakt på tvers av fagmiljøene i Norge for mer robust fagmiljø, samarbeid og utvikling av tjenestenes kvalitet.

Helseforetaket eller helseregionene tolker og løser oppgavene på ulike måter. I fagmiljøet stilles jevnlig spørsmål om hvorfor ikke samfunnet via de politiske styringsorganene tar ansvar for et nasjonalt system for disse tjenestene for å sikre kvalitet og tilgjengelighet.

Jeg har benyttet denne oppgaven til å studere hvordan den del av rettsmedisinske virksomheten i Norge som jeg kjenner best, er styrt fra sentralforvaltningen og sammenliknet med hvordan andre skandinaviske land har organisert seg.

Takk til familie og kolleger for tålmodighet og oppmuntring mens arbeidet har pågått. Størst takk til min veileder Frode Veggeland som har kommet med uvurderlige og konstruktive innspill underveis og tøyd sin fleksibilitet langt for at oppgaven skulle komme i havn i tide.

Gerd Jorunn Møller Delaveris

Oslo, 01.12.2020

Begrepsforklaringer

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) Kommisjonen (1) er underlagt sivilrettsforvaltningen med medlemmer bestående av fagpersoner. Kommisjonens primære oppgave er å kvalitetssikre de innkomne erklæringene i straffesaker samt ha en veiledende rolle både overfor sakkyndige og retten.

Klinisk rettsmedisin omfatter rettsmedisinske undersøkelser og sakkyndiguttalelser som gjelder levende personer og skjer oftest på oppdrag fra politi og påtalemyndighet. Formålet med undersøkelsen og vurderingen er prinsipielt forskjellig fra diagnostikk og behandling og skal tjene som dokumentasjon og vurderinger i straffesaksbehandling.

Liksyning er en utvendig undersøkelse og inspeksjon av avdød utført av lege.

Mandat Skriftlig formelt oppdrag til oppdragstaker (person eller institusjon) fra oppdragsgiver (politi, påtalemyndighet, rettsinstans) om hva som ønskes utført og vurdert.

Obduksjon er en systematisk utvendig og innvendig undersøkelse av avdøde med tanke på sykdom og skader. Medisinsk obduksjon rekvireres av leger for å få medisinsk informasjon om sykdomsfunn og dødsårsak med den hensikt å lære mer/yte bedre behandling etc.

Rettsgenetikk er anvendt kunnskap om genetisk variasjon hos mennesket og hvordan slik variasjon kan benyttes til å belyse problemstillinger av sivil- og strafferettslig karakter (2).

Rettsmedisinske obduksjon er det samme som sakkyndig likundersøkelse (se sakkyndig likundersøkelse)

Rettsmedisinsk produkt eller *tjeneste* slik begrepene brukes i denne studien, dreier seg om selve undersøkelsen, dokumentasjonen eller den rettsmedisinske erklæringen som blir produsert.

Rettsmedisinske virksomhet slik begrepet brukes i denne studien, representerer det den strukturelle organiseringen rundt det å utøve rettsmedisinske undersøkelser og vurderinger og skrive sakkyndige erklæring på oppdrag fra politi, påtalemyndighet eller retten samt arbeid som utføres med tanke på å kunne brukes i rettsmedisinske erklæring (undersøkelser og

sporsikring utført før eller uten mandat fra politiet). Betegnelsen benyttes hovedsakelig om organisatoriske enheter som driver slik virksomhet.

Rettspatologi omfatter i hovedsak rettsmedisinske obduksjoner på oppdrag for politiet. Det inkluderer også likskuer, bistand til åstedsundersøkelser og undersøkelser av levninger.

Rettsstoksikologi omfatter analyser og fortolkning av legemidler, rusmidler og andre kjemiske stoffer i kroppen der analysesvaret kan ha strafferettslige eller sanksjonære konsekvenser (3).

Sakkyndig lege (4) En sakkyndig er fagperson som i kraft av sin kompetanse blir bedt om å utrede, undersøke, analysere noe og deretter gi en begrunnet vurdering av funnene opp i mot et mandat/oppdrag. Sakkyndige brukes ofte i straffesaker for å belyse noe retten ikke har egen kompetanse til å vurdere eller utrede (5).

Sakkyndig erklæring/rapport Sakkyndig erklæring er i denne oppgaven det samme som sakkyndig rapport. Den avgis som sluttprodukt i utførelsen av et mandat (oppdrag) om å foreta nærmere spesifiserte beskrivelser, beregninger eller vurderinger, basert på nødvendige innhentede opplysninger eller undersøkelser og skal oppfylle visse krav (5, 6).

Sakkyndig likundersøkelse er det samme som rettsmedisinsk obduksjon, rekvirert etter Straffeprosessloven § 228 om sakkyndig likundersøkelse (7), Påtaleinstruksen (8) eller § 7 i Obduksjonsloven (9). Sistnevnte lov pålegger rettsmedisinsk undersøkelse av alle som blir drept i trafikken uavhengig av straffeprosesslovens § 228. Rettsmedisinsk obduksjonen rekvireres av politiet. Pårørende har ikke mulighet til å nekte slik undersøkelse. En sakkyndig likundersøkelse skal først og fremst gi informasjon om dødsårsak, dødstidspunkt, avklare identitet (hvis ukjent) og bidra til å avklare dødsårsak (naturlig eller unaturlig død).

Sosialpediatere er barneleger med spesialkompetanse innen klinisk rettsmedisin og bidrar ved Statens barnehus (Barnehusene) ved å gjennomføre rettsmedisinske undersøkelser av barn og ungdom når det foreligger mistanke om at de har blitt utsatt for fysisk vold og/eller seksuelle overgrep.

Sosialpediatri (10) er den delen av medisinen som beskjeftiger seg med fysisk mishandling, akutte seksuelle overgrep eller omsorgssvikt. Dårlig helse hos barn og unge kan også skyldes psykososiale faktorer som er en følge av mangelfullt sosialt nettverk.

Innholdsfortegnelse

1	Rettsmedisinens rolle	1
1.1	Mål med oppgaven	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning av begrepet rettsmedisin	2
1.4	Om valg av fokusområder i studien.....	3
1.5	Opgavens struktur.....	4
2	Bakgrunn: Rettsmedisinens utvikling i Norge	5
3	Teoretisk ramme for studien	7
3.1	Innledning.....	7
3.2	Myndighetsstyring og myndighetshierarki: Vertikal akse.....	8
3.3	Koordinering og samarbeid på tvers av myndighetsstrukturer: Horisontal akse.....	9
3.4	Organisasjonsnivå.....	10
3.5	Instrumentelt perspektiv	10
3.6	Oppsummering av teoretisk perspektiv	11
4	Metode og data	13
4.1	Kvalitativ dokumentstudie.....	13
4.2	Utvelgelse av dokumenter og informasjon	13
4.3	Tolkning og komparativ analyse av data.....	14
4.4	Diskusjon av metode	15
5	Organisering av rettsmedisin i Norge.....	17
5.1	Innledning.....	17
5.2	Organisering av tjenesteproduksjon	17
5.2.1	Innledning: Hvordan oppstår oppdrag og hvem mottar dem?.....	17
5.2.2	Klinisk rettsmedisinske tjenester for barn (0-18 år).....	18
5.2.3	Klinisk rettsmedisinske tjenester for voksne.....	19
5.2.4	Rettspatologi.....	21
5.3	Kompetanse og fagutvikling.....	22
5.3.1	Innledning.....	22
5.3.2	Legespesialiteter og kompetansekrav i spesialistforskriften	22
5.3.3	Kompetansehevende kurs.....	23
5.3.4	Fagutvikling og forskning	23

5.3.5	Fagforening og felles fagutvikling	24
5.4	Kvalitetskontroll av virksomheten.....	25
5.4.1	Innledning.....	25
5.4.2	Den rettsmedisinske kommisjon	25
5.5	Oppsummering av organisering av rettsmedisin i Norge	26
6	Rettsmedisin i andre skandinaviske land	28
6.1	Innledning.....	28
6.2	Organisering av rettsmedisin i Sverige.....	28
6.2.1	Organisering av tjenesteproduksjon	28
6.2.2	Kompetanse og fagutvikling	29
6.2.3	Kvalitetskontroll av virksomheten	30
6.3	Organisering av rettsmedisin i Danmark	30
6.3.1	Organisering av tjenesteproduksjon.....	30
6.3.2	Kompetanse og fagutvikling	31
6.3.3	Kvalitetskontroll av virksomheten	31
6.4	Oppsummering av organiseringen av rettsmedisin i Sverige og Danmark	32
7	Sammenlikning og diskusjon	33
7.1	Innledning.....	33
7.2	Myndighetsstyring og organisering	34
7.2.1	Vertikale styringslinjer og koordinering	34
7.2.2	Koordinering av tjenestene, horisontal akse	38
7.3	Kompetanse og fagutvikling.....	42
7.4	Kvalitetskontroll av rettsmedisinsk virksomhet	43
8	Konklusjon	45
9	Litteraturliste	46
10	Appendix A	51

1 Rettsmedisinens rolle

Temaet for denne oppgaven er rettsmedisin i Norge og hvilken betydning organisering av de rettsmedisinske tjenestene kan ha for kvalitet og tilgjengelighet av disse. Rettsmedisin er medisinsk og biologisk kunnskap om menneskekroppen brukt i rettens tjeneste (11, 12). Begrepet omfatter et bredt spekter av kompetanse innen flere ulike fagområder som rettsgenetikk, retts toksikologi og farmakologi, rettsantropologi, rettsodontologi, rettspatologi og klinisk rettsmedisin samt rettspsykiatri (12). Rettsmedisinsk sakkyndighet er viktige tjenester for politiets etterforskning og beslutning om påtale (saksbehandling) i mange straffesaker som omfatter etterforskning av plutselig og uventede dødsfall av ulik art samt og ved mistanke om påført ytre påvirkning mot kropp. Sakkyndige vurderinger kan benyttes i alle faser av en straffesak og oppdrag kan komme fra både politi, påtalemyndighet og ulike rettsinstanser (1, 4, 5, 7, 8).

Rettsmedisinsk virksomhet som helhet, samt hvordan det utøves sakkyndige tjenester, er nært knyttet til lovgrunnlag og rettssystemet i det enkelte land da det blant annet er relatert til lover for straff, straffeprosess og bevisføring (7, 13, 14). Formell strukturell organisering antas å ha betydning for hvordan rettsmedisinsk virksomhet og tjenesteproduksjon fungerer, herunder tilgjengeligheten av og kvaliteten på slike tjenester. De skandinaviske landene har sammenliknbare rettssystemer for strafferett og bevisføring, men svært ulik strukturell organisering av rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Der Norge mangler en tydelig, gjennomført nasjonal ordning, har Sverige og Danmark i mange år hatt hvert sitt system for hvordan rettsmedisin er organisert (14-16).

Rettsmedisinens formelle rolle er lik i de skandinaviske landene, men hvordan virksomheten og tjenestene er organisert i myndighetsstrukturen er svært forskjellig. Det er derfor interessant å belyse organisering av rettsmedisin i Norge ved å sammenlikne med andre eksisterende myndighetsstyrt organiseringsformer for samme type tjenester. I forlengelsen av en slik sammenlikning kan det utledes noen antakelser om hvordan ulike organisasjonsformer kan påvirke tjenesteproduksjonen.

1.1 Mål med oppgaven

Målet med oppgaven er å studere den nåværende, overordnede organisasjonsstrukturen og myndighetenes styring av rettsmedisinske tjenester og ved hjelp av forvaltnings- og organisasjonsteori diskutere funnene opp mot mål om tilgjengelighet og kvalitet av slike tjenester. Organiseringen i Norge ønskes illustrert og vurdert ved å sammenlikne med organisering av tilsvarende typer virksomhet og tjenester i de andre skandinaviske landene.

1.2 Problemstilling

Hvordan er rettsmedisinske virksomheter og tjenester organisert i myndighetsstrukturen i norsk offentlig forvaltning, og hvordan skiller Norge seg fra de skandinaviske landene når det gjelder myndighetsstyrt organisering for å produsere, utvikle, kvalitetssikre og levere rettsmedisinske tjenester for politi og rettssystemet? Hva kan være mulige implikasjoner for tilgjengelighet og kvalitet av ulike måter å organisere virksomhetene på?

1.3 Avgrensning av begrepet rettsmedisin

I denne oppgaven benyttes begrepet rettsmedisin i snever forstand og begrenser seg til rettspatologi og klinisk rettsmedisin (12). I det videre vil begrepsbruken være avgrenset til sakkyndig legearbeid innen rettspatologi og klinisk rettsmedisin utført på oppdrag for politi, påtalemyndighet og retten, eller der leger samler systematisk dokumentasjonsgrunnlag for slik sakkyndighet. Eksempelvis på overgrepsmottak utføres klinisk rettsmedisinsk dokumentasjon uten at politiet er oppdragsgiver. Rettsmedisinbegrepet i studien inkluderer rettsmedisinske obduksjoner, likskuer og klinisk rettsmedisinske undersøkelser og vurderinger av kroppslige funn og skader på levende mennesker i alle aldre. Faget omfatter kunnskap om skademekanismer, kroppslige reaksjoner på ytre påvirkning og sykdom og kompetanse til å tolke funn i forhold til ytre omstendigheter.

Alle leger, uansett spesialisering, kan i prinsippet bli bedt om å bistå som sakkyndige via erklæringer og rapporter eller som sakkyndige i rettslig sammenheng (4). Det er i hovedsak leger som er sakkyndige i dette fagområdet av rettsmedisinen. I tillegg til leger vil rettsodontologer (tannleger med rettsmedisinsk kompetanse) kunne være sakkyndige innenfor sitt fagområde som vurdering av identifikasjon på bakgrunn av tenner, samt i spørsmål om

bittskader og spesielle skader og funn på tenner og kjeve. Innen rettsantropologi finnes sakkyndige eksperter på skjelettet som ikke nødvendigvis er legeutdannet, eksempelvis arkeologer med spesialkompetanse på vurdering av blant annet historisk og fysiologisk alder på skjelettfunn.

1.4 Om valg av fokusområder i studien

Styring og organisering er valgt som fokusområde fordi organisasjonsmodell antas å ha stor betydning for hvordan de offentlige tjenestene fungerer (17, 18). Alle offentlige organisasjoner og tjenester er underlagt politisk styring og kontroll på et eller annet nivå. Offentlig forvaltning og organisasjoner må ta hensyn til et bredere sett av mål og verdier enn organisasjoner i privat sektor. Mange hensyn må veies opp mot hverandre. Videre vil rettsstatlige prinsipper, demokratiske og fellesskapets hensyn veie svært tungt i offentlige organisasjoner, så vel som likebehandling, åpenhet, upartiskhet, forutsigbarhet og ansvarlighet (17). På grunn av de åpenbare forventningene til rettsmedisinske tjenester som nasjonalt anliggende tjeneste som skal være tilgjengelig ved behov og av god og forutsigbar kvalitet, er det viktig å studere hvordan denne virksomheten er organisert for å møte disse forventningene. Tilgang til rettsmedisinske tjenester ansees viktige for rettsikkerheten.

Rettspatologi og klinisk rettsmedisin er valgt ut som fokusområde fordi det peker seg ut som en av rettsmedisinens mest ressurs- og arbeidskrevende tjenester per produserte rettsmedisinske rapport. Rettspatologi og klinisk rettsmedisin er kompetansekrevede tjenester som i mange tilfeller krever høy og langvarig grad av spesialisering (legeutdanning og erfaring). Tjenestene er i tillegg ressurskrevende ved at arbeidet krever tilstedeværelse av den sakkyndige, og enkelte av oppgavene (eksempelvis obduksjon) krever spesielle bygningsmessige og utstyrmessige fasiliteter. Rettsmedisinske tjenester av type som denne oppgaven omhandler, medfører derfor store personalressurser, der mesteparten av utførelse og tolkning gjøres av den enkelte sakkyndige fremfor laboratorieinstrumenter og algoritmer. I tilfeller med fysisk undersøkelse av kropp hos levende eller død, krever dette logistiske tiltak og ressursbruk for at tjenesteytende lege fysisk bringes sammen med undersøkelsesobjektet under egnete og forsvarlige forhold. Andre tilfeller der det dreier seg om undersøkelse av allerede foreliggende dokumentasjon, må dokumentasjonen bringes til den som skal vurdere dem på tilsvarende egnet og forsvarlig måte. Slike betingelser for tjenesteytelse skiller seg ikke vesentlig fra andre spesialiserte områder i helsevesenet, der nærhet og spesialisering til

stadighet er gjenstand for debatt og diskusjon i politiske, offentlige, faglige grupperinger. Kombinasjon av best mulig tilgjengelighet kombinert med tilstrekkelig kompetanse, er sentralt når nødvendige offentlige tjenester skal fordeles. Det gjelder også innen rettsmedisin.

Organiseringsform og styringslinjer antas å ha stor betydning for tilgjengelighet av og kvalitet på de rettsmedisinske tjenestene. Følgende tre forhold er valgt ut som mest relevante å studere for å diskutere og vurdere hvordan organiseringsform og styring kan virke inn på tilgjengelighet og kvalitet av rettsmedisinske tjenester:

- Myndighetsstyrt organisering
Hvordan tjenestene er organisert og styrt i offentlig forvaltning
- Kompetanse og fagutvikling
Hvordan tjenestene sikres riktig kompetanse
- Kontroll og kvalitetssikring
Hvordan virksomhetene og produksjonen kontrolleres og kvalitetssikres

1.5 Oppgavens struktur

I det videre vil kapittel 2 beskrive bakgrunn for rettsmedisinsk organisering og virksomhet i Norge. Kapittel 3 redegjør for og avgrenser den teoretiske rammen for studien. Kapittel 4 beskriver og diskuterer metoder og data benyttet i oppgaven. De to neste kapitlene beskriver organiseringen av rettsmedisin i Norge (kapittel 5) og i Sverige og Danmark (kapittel 6) med oppsummering av funn på slutten av hvert kapittel. Alle landene beskrives med den samme hovedinndelingen: Organisering, kompetanse og fagutvikling, samt kvalitetskontroll. I kapittel 7 diskuteres og sammenliknes organiseringen i Norge med Danmark og Sverige. Kapittel 8 avslutter med konklusjon.

Litteratur benyttet i oppgaven er listet avslutningsvis i oppgaven og angis med referansetall i teksten (Vancouver referansestil). I appendix A finnes utdypende informasjon om den norske spesialistforskriftens læringsmål for rettsmedisinske kompetanse.

2 Bakgrunn: Rettsmedisinens utvikling i Norge

I lærebok for rettsmedisin (12) kan man lese at faget rettsmedisin har blitt undervist for medisinerstudenter i over 200 år, fra oppstart ved det medisinske fakultet ved universitetet i Oslo i 1813 (den gang Christiania universitet). Det undervises fortsatt i faget rettsmedisin for medisinerstudenter ved alle universiteter som tilbyr legeutdanning i Norge. Den første norske læreboken i emnet ble skrevet i 1838 av professor Michael Skjelderup og etter det har det med ujevne mellomrom kommet flere norske rettsmedisinske lærebøker, sist i 2016 (12).

Lov og forskrift har dreid seg om presisering av hvilke omstendigheter som utløser pålegg om eller mulighet for rettsmedisinske tjenester, og hvem som eventuelt kan utføre dem. Lærebok i rettsmedisin beskriver at plikt til å foreta rettsmedisinsk obduksjon i drapssaker har vært lovfestet siden 1751 (12). Spesialiseringen av legene medførte at det etter hvert utover på 1800-tallet ble patologer som utførte de aller fleste rettsmedisinske obduksjonene.

Jurieloven (nå Straffeprosessloven) av 1887 forpliktet enhver lege til å fungere som sakkyndig i rettsmedisinske spørsmål. Kvaliteten på de sakkyndiges bidrag varierte, og Den rettsmedisinske kommisjon ble opprettet i 1900 (1) på grunn av behov for kontroll og kvalitetskontroll av de sakkyndige legenes bidrag, samt for å gi veiledning i rettsmedisinske spørsmål. Denne myndighetsorganisasjonen eksisterer fortsatt (1) og legers plikt til å være sakkyndige er fortsatt omtalt i straffeprosessloven (7).

Rettsmedisinske obduksjoner og vurdering av dødsfall har historisk dels vært organisert direkte under universitetsstrukturen, dels i kombinasjonsstillinger og dels ved kliniske patologi-avdelinger (12). I 1938 ble Rettsmedisinsk institutt ved det medisinske fakultet ved universitetet i Oslo opprettet. Rendyrkede akademiske vitenskapelige stillinger der de ansatte også utførte rettsmedisinske oppdrag for politi og påtalemyndigheten, eksisterte her til virksomhetsoverdragelsen av hele Rettsmedisinsk institutt til Folkehelseinstituttet i 2011 (19). Universitetstilknytningen ble videreført i Folkehelseinstituttet som bistilling kombinert med legestillinger. Fra 2017 ble det på ny gjennomført en virksomhetsoverføring av hele Divisjon for rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus (20) der rettspatologi og klinisk rettsmedisin utøves i en egen seksjon i Avdeling for rettsmedisinske fag. I Bergen har det også vært en lang universitetstradisjon for at heltids universitetsansatte

leger ved Gades institutt har utført rettsmedisinske obduksjoner i regionen og utøvd rettsmedisinske oppdrag innen klinisk rettsmedisin (21).

Det har vært og er fortsatt ingen formelle avgrensinger når det gjelder hvilke leger som kan utøve sakkyndighet i strafferettslig sammenheng (4, 12). Klinisk rettsmedisin kan i prinsippet foregå hvor som helst og av hvilken lege som helst, men har innenfor helsevesenet i tydeligst grad utviklet seg som viktig tillegg til helsetilbudet ved overgrepsmottak, barneavdelinger og Statens barnehus.

Den myndighetsstyrte strukturelle organiseringen av rettsmedisinsk virksomhet og tjenester har således aldri vært helt enhetlig i Norge. Tjenestene har utviklet seg innenfor helsevesenet og universitetsstrukturen parallelt og i noe ulik takt og form i ulike deler av landet (11, 12). Manglende enhetlig og klar organisering av rettsmedisin blitt adressert i flere tiår (22) og har direkte eller indirekte vært tema for flere offentlige utredninger og rapporter, der Nasjonal offentlig utredning (NOU) fra 2001 om rettsmedisinske sakkyndighet i straffesaker (11) er den mest omfattende. Flere øvrige større utredninger og handlingsplaner som (NOU 2017 *Svikt og svik* og *Opptrappingsplan vold og overgrep*) (23, 24) påpeker at det er behov for å bedre organisere kompetanse og oppgavestyring innen rettsmedisin, dette for å møte behovene og nå målene myndighetene har. Utredningen fra Helsedirektoratet fra 2020, *Utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinske kompetanse i Norge* (21), anbefaler at det blir opprettet en legespesialitet i rettsmedisin. Lovgrunnlag for å tydeliggjøre ansvar og oppgaver for rettsmedisinske tjenester foreslås også.

Rettsmedisinske tjenester har på øverste myndighetsnivå blitt anerkjent som viktige tjenester. Dette fremkommer i ulike utredninger og rapporter og over flere tiår. Tjenestene nevnes da som viktig nøkkelfaktor for å bidra til rettssikker straffesaksbehandling i voldssaker. Tross at rettsmedisinske tjenester løftes høyt og det er enighet om at dette er tjenester som må være tilgjengelig nasjonalt, har man inntil nå ikke landet på noen tydelig eller enhetlig strukturell organisering. Det har i utredninger og rapporter blitt tydeliggjort at måten tjenesten har vært organisert på, medfører at man ikke på god nok måte sikrer tjenestene man trenger på nasjonalt plan. Det gjelder både tilgjengelighet, kvalitet og utvikling av tjenestene. Offentlig tjenester er et politisk ansvar. Rettsmedisinske tjenester er knyttet til rettsikkerhet. Rettsikkerheten skal være lik i hele landet. Rettsmedisinske tjenesters tilgjengelighet og kvalitet er dermed et nasjonalt anliggende og relevant å styre fra øverste myndighetsnivå for å sikre forutsigbar tilgang og kvalitet.

3 Teoretisk ramme for studien

3.1 Innledning

Rettsmedisin er offentlige tjenester som både produseres og benyttes i offentlig forvaltning. Målet med rettsmedisinske tjenester er å bidra til rettsikkerheten i straffesaker. For å oppfylle rettssikkerhetskravet må blant annet tilgjengelighet og kvalitet av slike tjenester være svært god.

Ulike deler av den offentlige myndighetsstrukturen og forvaltningen er henholdsvis oppdragsgiver, produsent, utvikler og forbruker av tjenesten. I selve tjenesteproduksjonen kreves eksempelvis spesiell kompetanse, arbeidsdeling, utstyr og nærhet til objektet som skal undersøkes. Tjenesteproduksjon skal ideelt sett organiseres med tanke på effektiv måloppnåelse, det vil si at organiseringen er tilpasset de vedtatte målene for tjenesten (25). Rettsmedisin er komplisert tjenesteyting (26,s.40-41), både som enkeltoppdrag og som samfunnsoppdrag. Ved komplisert tjenesteyting er det ofte vanskelig å vite hvordan man skal organisere seg for å nå målet, fordi mål-middelsammenhengen ofte er uklar (26, s. 40-41). Med mål-middelsammenheng menes sammenhengen mellom de virkemidler man anvender (herunder organisering, kompetansekrav og kvalitetskontroll), og de mål man vil oppnå (herunder god tilgjengelighet og kvalitet). En klar mål-middel sammenheng (26, s 40-41) tilsier at beslutningstakere har god innsikt i alternative virkemidler og deres effekter og har tilstrekkelig kunnskap til å velge de virkemidler som best er i stand til å oppnå de mål man har. Uklar mål-middelsammenheng kan eksempelvis ha sin årsak i mange ulike faktorer involvert i produksjonen, mange mulige veier til målet, vanskelig å definere hva man behøver for å komme til mål, eller eventuelt mange motstridende interesser som må ivaretas på en gang. Som i andre offentlig tjenester, må rettsmedisinske tjenester ta hensyn til og organisere seg etter blant annet politisk styring, mulighet for kontroll, tilgjengelighet, tilstrekkelig kvalitet på tjenestene, likebehandling og innsyn i prosesser og beslutninger (17).

3.2 Myndighetsstyring og myndighetshierarki: Vertikal akse

Rettsmedisinsk tjenesteproduksjon er på en måte styrt av alle de tre statsmakter, den lovgivende (Stortinget), den utøvende (regjeringen) og den dømmende (Domstolene). Stortinget er involvert i å vedta lover og kontrollere at regjeringen følger dem opp. Den dømmende makt benytter tjenestene i rettsbehandlingen. Flere departementer er involvert som utøvere eller oppdragsgivere og mottakere av rettsmedisinske tjenester, så vel som utarbeidelse av forskrifter, lover, retningslinjer og normerende produkter relevant for disse. Offentlig organisering kan inndeles i en myndighets- eller styringshierarkisk akse, den vertikale akse. I den vertikale aksen er det et tydelig styrings og myndighetshierarki fra sentrale myndigheter (regjering) og videre nedover i statlig forvaltning og statlige foretak. Studien skal identifisere i hvilken grad rettsmedisinske tjenester har enhetlig styring og hvorvidt de rettsmedisinske tjenestene er underlagt en overordnet myndighet. Hvor sterk er denne styringen, det vil si hvor klare og entydige er styringssignalene og hvilke virkemidler for slik styring eksisterer og anvendes? Den vertikale aksen av myndighetsstrukturen kan sees på som myndighetslinjer, der et overordnet myndighetsnivå har mulighet til å instruere et lavere nivå. Vertikal koordinering vil i denne sammenheng innebære koordinering mellom myndighetsnivåer, slik at de samordnes og knyttes tettere sammen. Dette kan skje gjennom strukturelle reformer, for eksempel ved at oppgaver overføres fra et direktorat til et departement, og det kan skje gjennom andre mekanismer, for eksempel gjennom koordineringsmøter, dialog, retningslinjer eller instruksjoner (18).

De ulike vertikale myndighetsstrukturene har regjeringens departementer som øverste myndighet for hver sine offentlige ansvarsområder. Både formål, prosess, klientgrunnlag og geografi er eksempler på prinsipper som organisering av de ulike departementene kan springe ut fra (17). Departementsstrukturen er eksempler på hvordan regjeringsarbeidet organiseres innenfor prinsippet om at hvert sitt departement har ansvar for en avgrenset del av den offentlige forvaltningen. Eksempelvis er regjeringens Helse- og omsorgsdepartement øverste organ for helsevesenet og har dermed et fagansvar for rettsmedisinske tjenester produsert der. Under helse- og omsorgsdepartementet er det underliggende etater med delegert myndighet og oppgaver. Helsedirektoratet er eksempel på et slikt organ. Helse- og omsorgsdepartementer er eier av de regionale helseforetakene (RHFene), og hvert RHF har myndighet over sine helseforetak som igjen styrer sine enheter.

Spesialisering eller sektorisering av departmentsansvaret, der man fordeler ansvar for en avgrenset del av de offentlige oppgavene, legger til rette for god samordning i vertikal akse (overordnet-underordnet hierarkisk nivå), men kan vanskeliggjøre samordning med andre sektorer som har sin egen myndighetsstruktur (17).

Betydningen av sentralisert versus desentralisert organisering av beslutningsmyndighet vil også bli studert langs den vertikale aksene. Dersom viktige beslutninger tas lengre ned i den vertikale myndighetsaksen, har man en desentralisert struktur og omvendt, tas beslutninger høyere opp i myndighetsstrukturen har man sentralisering. Hvor i organisasjonen beslutningsmakten er plassert, har innvirkning på en rekke faktorer som ansvar, praksis, kvalitet, fleksibilitet og forutsigbarhet (26, s.88-90).

3.3 Koordinering og samarbeid på tvers av myndighetsstrukturer: Horisontal akse

Regjeringens utøvende arbeid er fordelt i ulike departementer. Hvert departement håndterer temaer og problemstillinger innenfor et mer eller mindre avgrenset felt og ansvarsområde. Hvordan disse departementene er inndelt og avgrenset varierer med hvilke regjeringer man har. De ulike departementene og underetatene har ulik myndighetsstruktur og organisering. Mange problemstillinger krever at departementene samarbeider og koordinerer sin virksomhet. Ved behov for å løse en oppgave som gjelder eller inkluderer flere departementer oppstår behov for samhandling og koordinering. De ulike departementene og underetatene må samarbeide på tvers av den vertikale styringslinjen og koordinere sine aktiviteter med hverandre langs en horisontal akse. Koordinering innebærer i denne sammenhengen at det eksisterer mekanismer som kan sørge for at de ulike departementenes aktiviteter samlet bidrar til å oppnå de mål som er satt opp for de rettsmedisinske tjenestene, eller i det minste at de ulike aktivitetene ikke undergraver slike mål. Den horisontale aksene representerer samhandling mellom organisasjoner som ikke har myndighet over hverandre. De kan befinne seg i ulike vertikale myndighetsstrukturer (eksempelvis politidistrikter og helseregioner) eller befinne seg på samme nivå i den samme vertikale aksene (eksempelvis ulike helseforetak innenfor en helseregion). Koordinering og samarbeid langs horisontale akser kan foregå på mange måter. Eksempler på typer samordning og koordinering kan være arbeidsdeling, ulike former for standardisering (av arbeidsoppgaver, resultater, kunnskap og normer) og instrumentelle ordninger for samarbeid, som kontrakter og ulike typer avtaler. De ulike

mekanismene har ulike egenskaper (26, s.87). Koordineringsbehovet øker med horisontal differensiering av eksempelvis enheter, lokasjon, arbeidsoppgaver og spesialisering. Det er oftest større differensiering mellom de ulike offentlige sektorene/departementsstruktur enn innenfor en og samme departementsstruktur. Organisasjoner benytter seg ofte av flere mekanismer for koordinering. Studien skal identifisere hvilke hovedmekanismer som benyttes for koordinering av de rettsmedisinske tjenestene i Norge.

3.4 Organisasjonsnivå

Denne oppgaven studerer hovedtrekkene ved organiseringen og styringen av rettsmedisin i Norge. Både den vertikale strukturen, dvs. fordeling av myndighet og ansvar på ulike beslutningsnivåer, og den horisontale strukturen, det vil si fordeling av myndighet og ansvar mellom ulike sektorer, organisasjoner etc. Nasjonalt nivå, regionalt nivå og lokalt nivå vil i denne oppgaven tilsvare følgende nivåer når anvendt på organisering av rettsmedisin: Nasjonalt nivå tilsvare sentralforvaltningen/de sentrale myndigheter (departementer, direktorater o.l.), regionalt nivå (de regionale helseforetakene, politidistrikter, fylker o.l.) og lokalt nivå i betydningen av den enkelte institusjon (universitet, helseforetak etc.).

Langs den horisontale aksene studeres eksempelvis koordinering mellom utdanningssektoren og helsesektoren, mellom ulike ansvarlige departementer, mellom universiteter og regionale helseforetak foretak og mellom ulike helseforetak.

3.5 Instrumentelt perspektiv

Det er det instrumentelle perspektivet ved organisering som legges til grunn i denne oppgaven (17). Det instrumentelle perspektivet vektlegger betydningen av formell strukturell organisering av virksomhet og tjenesteproduksjon for de mål og resultater man ønsker å oppnå. Den grunnleggende antakelsen er at valg av organisasjonsmodell påvirker atferden i en organisasjon som igjen vil påvirke potensialet for måloppnåelse. Det instrumentelle inkluderer blant annet styringslinjer og organisasjonsplassering i offentlig forvaltning, organisasjonsstrukturer, fysiske strukturer (som lokalisering), demografisk struktur (trekk ved de ansatte, som type utdanning), oppgave- og rollefordeling, og formelle normer og regler for hvem som gjør hva og hvordan dette skal gjøres. Kompetansekrav kan knyttes til demografisk struktur. Kvalitetskrav og kontroll kan knyttes til formelle forventninger til organisasjonen og

hvordan disse følges opp gjennom organisering av kontrollmekanismer. Videre vil spesialisering og koordinering langs både vertikal og horisontal akse inngå som sentrale elementer i den formelle strukturelle organiseringen av rettsmedisin i myndighetsapparatet.

3.6 Oppsummering av teoretisk perspektiv

Styring og samordning av rettsmedisinske tjenester blir studert på grunnlag av et instrumentelt organisasjonsperspektiv. Med dette som utgangspunkt studeres hvordan formell strukturell organisering av virksomheten og tjenesteproduksjonen kan påvirke de mål og resultater man ønsker å oppnå. Hvordan de rettsmedisinske tjenestene er organisert, antas å påvirke styring og koordinering av tjenestene med tanke på å oppnå målsettinger knyttet til tilgjengelighet og kvalitet.

Organisering av de rettsmedisinske virksomhetene og tjenestene studeres med tanke på formell og strukturell passering innenfor myndighetshierarki, myndighetssektor, type organisasjoner og institusjoner som skal ivareta tjenesten, samt hvordan tjenestene er spesialisert og koordinert langs både den vertikale og horisontale akse. Vertikal akse representerer myndighetsaksen, hvordan virksomheten og tjenestene er plassert og styrt i hierarkisk nivå, oftest innenfor et departements ansvarsområde. Langs den vertikale myndighetsaksen vil også plassering av beslutningsmyndighet studeres, det vil si om denne er desentralisert eller sentralisert. Betegnelsen horisontal akse blir benyttet for styring og samordning av (koordinering) rettsmedisinsk virksomhet og tjenesteproduksjon mellom sektorer og departementenes ansvarsområder, samt samordningen mellom ulike enheter i samme sektor. Vertikal akse relateres til styrings- og myndighetshierarki, horisontal akse relateres til samarbeid og koordinering mellom ulike organisasjoner på tilsvarende myndighetsnivå i hierarkiet eller mellom offentlige sektorer.

Denne studien legger til grunn tre fokusområder med utgangspunkt i at disse framstår om særlig viktige for organiseringen av de rettsmedisinske tjenestene:

- *Myndighetsstyrt organisering av produksjon og produksjonsfordeling*
Hvordan er tjenestene organisert og styrt i offentlig sektor i dag?
- *Kompetanse og fagutvikling.* Hvordan organiseres kompetanse og fagutvikling?

- *Kontroll og kvalitetssikring.* Hvordan kvalitetskontrolleres virksomhetene og produksjonen?

Det instrumentelle perspektivet benyttes til å identifisere noen hovedtrekk ved styring og organisering av rettsmedisin i Norge og til å sammenlikne styring og organisering av rettsmedisin med de øvrige skandinaviske landene. Videre benyttes det instrumentelle perspektivet til å utlede antakelser om hvorvidt styring og organisering av rettsmedisin i Norge er egnet til å fremme definerte mål for tjenestene knyttet til tilgjengelighet og kvalitet.

4 Metode og data

4.1 Kvalitativ dokumentstudie

Problemstillingen skal belyses gjennom en kvalitativ dokumentstudie. Studien har en deskriptiv ambisjon knyttet til å identifisere hovedtrekk ved organiseringen av rettsmedisin i det norske myndighetsapparatet, en komparativ ambisjon gjennom å vurdere den norske organisasjonsmodellen opp mot organisering av rettsmedisin i Danmark og Sverige, og en hypotesegenererende ambisjon ved å vurdere mulige implikasjoner for måloppnåelse i offentlige styring og benyttelse av rettsmedisinske tjenester.

4.2 Utvelgelse av dokumenter og informasjon

Utvelgelse av datagrunnlaget om styring og organisering av rettsmedisinsk virksomhet er gjort på bakgrunn av både egen erfaring og kjennskap til hvordan fagområdet er organisert i Norge i dag samt Helsedirektoratets statusrapport *Utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i Norge* (21). Rapporten inneholder oppdatert informasjon om organiseringen av rettsmedisinske tjenester i Norge i dag og omhandler også noe av lovgrunnlaget. For å oppnå god reliabilitet er informasjon om formelle organisasjonsrammer søkt hentet fra blant annet offentlig forvaltning. Regjeringens offentlige nettside www.regjeringen.no er søkt med «rettsmedisin» som søkeord. Ut fra søketreff (76 treff ved nyeste søk 20.10.2020) er offentlige utredninger, handlingsplaner, stortingsmeldinger, stortingsproposisjoner og annen dokumentasjon relevant for studiens problemstilling, inkludert og studert. Det er utført tilsvarende internettsøk med «rettsmedisin» som søkeord på www.helsedirektoratet.no, www.politiet.no og www.riksadvokaten.no, med henholdsvis 26, 1 og 38 treff den 20.10.2020. Relevante dokumenter for oppgavens problemstilling ble funnet kun i Helsedirektoratet der det er utarbeidet utredningsrapport og normerende produkter relevant for deler av tjenesten. På bakgrunn av at Universitetet i Bergen er involvert i rettsmedisinsk tjenesteproduksjon, er dokumenter relatert til denne aktiviteten søkt både på www.regjeringen.no og på universitetets nettsider.

Lovgrunnlaget er del av styringsgrunnlaget for rettsmedisinske tjenester og tjenesteutøvelse. Lovgrunnlag for rettsmedisinske tjenester for både oppdragsgiver (politi og påtale) og tjenesteyter (helsepersonell, helsevesen) er søkt i lov og forskrift.

Kompetansekrav er søkt ved å gjennomgå spesialistforskriften i Norge og legespesialiteter i de øvrige skandinaviske landene. Organisasjoner som er nevnt å ha fungerende nasjonalt ansvar eller funksjon innen kompetanse, eksempelvis Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Legeforeningen, er inkludert i søk for relevante dokumenter om kompetanse og organisasjon. Fag- og interesseforeninger spesifikt for rettsmedisin er søkt opp via internett. For svenske forhold er Rättsmedisinalverket sine nettsider benyttet med henvisning til myndighetshetsdokumenter, relevante lov- og regelverk og legespesialitet. Informasjon fra Danmark har tatt utgangspunkt i de tre rettsmedisinske instituttene nettsider og nettsiden for fagorganisasjonen Dansk Selskab for Retsmedicin med henvisning til myndighetshetsdokumenter, relevante lov- og regelverk og legespesialitet..

Norske og nordiske lærebøker i rettsmedisin er studert for å få tilgang til relevant informasjon om organiseringen av rettsmedisin i de skandinaviske landene.

De nasjonale akkrediteringsorganene i Norge (Norsk akkreditering), Sverige (Swedac) og Danmark (DANAK, Den Danske Akkrediteringsfond) sine nettsider er søkt for oppdatert offentliggjøring av akkrediterte organisasjoner virksomheter som har med rettsmedisin å gjøre. Den rettsmedisinske kommisjon sine nettsider samt relevant lov- og forskrift om denne er studert fra sivilrettsforvaltningens nettsider og lov og forskrift.

4.3 Tolkning og komparativ analyse av data

Ved uthenting og systematisering av relevant informasjon er det tatt utgangspunkt i elementer fra organisasjonsteorien (redegjort for i kapittel 3) og de tre fokusområdene myndighetsstyrt organisering av produksjon og produksjonsfordeling, kompetanse og fagutvikling samt kontroll av virksomheten. Informasjonen er systematisert i henhold til de tre valgte fokusområdene. Informasjonen i de utvalgte dokumentene er tolket ved hjelp av kvalitativ metode med tanke på menings- og konsekvensinnhold relevant for problemstillingen.

Denne oppgavens problemstilling retter seg primært mot trekk ved organisering av rettsmedisinske tjenester i Norge og mulige implikasjoner av denne organiseringen. Sammenlikningene med Sverige og Danmark benyttes primært for å identifisere alternative organisasjonsmodeller og vurdere Norges organisering av rettsmedisinske tjenester opp mot disse. Dermed skapes et bedre grunnlag for å kunne vurdere hva som særlig kjennetegner den

norske organisasjonsmodellen - hvordan denne modellen skiller seg fra alternative modeller - og mulige konsekvenser av å benytte en slik modell.

4.4 Diskusjon av metode

Datagrunnlaget i studien er i stor grad offentlige dokumenter fra sentrale myndigheter og forvaltning og lov- og forskrift som må anees å ha høy reliabilitet. Det er i hovedsak søkt på internettsider som forventes å presentere oppdatert informasjon, Problemstillingen i studien, offentlig organisering av en spesialisert tjeneste, er av en slik art at datagrunnlaget ikke forventes å gjennomgå hyppig endring og at endringer i datagrunnlaget vil være mulig å spore. Det kan likevel ikke utelukkes at oppdatering kan være ufullstendig i deler av datagrunnlaget.

Det er ikke gjennomført fullstendige systematiske litteratursøk i denne studien. Søkene i dokumentene har vært spesifikke og målrettet som beskrevet i avsnitt 4.2. Det kan være dokumenter, eksempelvis som er vanskelig tilgjengelig på internett, som mangler i datagrunnlaget. Datagrunnlaget er videre preget av overordnede organisasjonsbeskrivelser som ikke går i detalj på hvordan rettsmedisinske tjenester er organisert og praktisert i de ulike helseforetakene og ved universitetet i Bergen. Denne tilnærmingen har vært i tråd med denne studiens ambisjon om å gjennomføre en første analyse av organisering på systemnivå.

Studiens validitet er avhengig av at datautvalget er tilstrekkelig for å svare ut problemstillingen. I dette tilfellet er datagrunnlaget søkt bredt i forvaltningen for å få med styrende eller koordinerende elementer så vel som mer målrettet i organisasjoner relevant for de ulike fokusområdene. Det har vært viktig å inkludere lov- og forskriftsgrunnlag for tjenestene, fordi dette er del av den styrende rammen for disse. Finansiering og bevilgninger er en viktig faktor i offentlig styring. Denne studien har i liten grad undersøkt finansiering.

Rettsmedisinske tjenester som en målbar tjeneste eller produkt (output), faktisk effekt (outcome) av tjenesten eller betydning (impact) i samfunnet blir ikke studert her. Selve produktet, rettsmedisinsk sakkyndige tjenester, blir ikke tallfestet eller kategorisert, noe som vil være relevant for framtidige studier. Denne studiens ambisjon er primært å identifisere og beskrive noen hovedtrekk ved den norske organisasjonsmodellen, og ved hjelp av organisasjonsteoretiske elementer, utlede antakelser om hvilke implikasjoner en slik modell kan ha for tilgjengelighet og kvalitet i de rettsmedisinske tjenestene.

Det er ulikheter i undersøkelsesmetodikk og krav til fasiliteter og utstyr innen rettspatologi versus klinisk rettsmedisin. Lovmessige, praktiske og innholdsmessige forskjeller på rettsmedisinsk undersøkelse av levende versus døde blir i svært liten grad berørt eller problematisert i dokumentstudien. Slike forskjeller mellom betingelser og krav til undersøkelser av levende og døde er relevante for organisering, men det overordnede perspektivet på organisering av tjenestene i denne studien skiller ikke mellom disse. Det er tjenestenes overordnede oppdragsinnhold og overordnede styring og organisering som er i fokus.

Forfatteren har i denne studien forsket på egen organisasjon og benyttet kvalitativ metode til utvelgelse og tolkning av data. Det er fordeler ved å være kjent med organisasjonen og fagområdet for å kunne være mer målrettet i datautvelgelse og intuitiv i å tolke innholdet i dokumentene. Ulempene kan være at man er forutinntatt og ikke klarer å være objektiv i dokumentsøk og tolkning, og det kan oppstå en form for seleksjonsbias. I denne studien er det overordnede forhold som er undersøkt og forfatterens egen organisasjonsenhet, kolleger eller produksjonsansvar er ikke inkludert i studiens problemstilling.

5 Organisering av rettsmedisin i Norge

5.1 Innledning

I Norge har vi ikke enhetlig organisering av rettsmedisinske tjenester. Nedenfor vil hovedtrekkene ved organiseringen av rettsmedisinske virksomhet og tjenesteproduksjon forsøkes identifisert med tanke på organisatoriske rammer, krav til kompetanse og kvalitet og kvalitetskontroll. Under temaet organisering og produksjon studeres hvor og hvem som utfører rettsmedisinske tjenester og hvordan tjenestene er organisert i den offentlige forvaltningen. Kompetanse og fagutvikling studeres ved å se på myndighetskrav til kompetanse og myndighetsstyrt tilrettelegging for forskning og fagutvikling innen faget. Kvalitetskontroll studeres ved å identifisere myndighetsstyrte, etablerte ordninger for ekstern kontroll av virksomhetene eller produktet.

5.2 Organisering av tjenesteproduksjon

5.2.1 Innledning: Hvordan oppstår oppdrag og hvem mottar dem?

Oppdragene om rettsmedisinske erklæringer eller tjenester kommer fra politi, påtalemyndighet og retten. Oppdragsgiver og mottaker er således fra Justis- og beredskapsdepartementets underliggende forvaltning eller domstolene. Rettsmedisinske tjenester skal benyttes i offentlige oppgaver tillagt Justis- og beredskapsdepartementet og domstolene, det vil si etterforskning og rettsbehandling av straffesaker og erstatningsspørsmål etter slike. Politiet er i noen tilfeller lovpålagt å rekvirere rettsmedisinsk obduksjon. I påtaleinstruksen (8) og i obduksjonsloven (9) angis hvilke dødsfall som *skal* og hvilke som *bør* gjennomgå rettslig obduksjon og dermed en sakkyndig vurdering. Hvor rettsmedisinsk obduksjon skal utføres er ikke forskrifts- eller lovfestet. Bruk av rettsmedisinsk sakkyndige og betingelsene for disse i etterforskning, påtale og øvrig strafferettslig sammenheng, er hjemlet i straffeprosessloven (7) og påtaleinstruksen (8). Det gjelder både rettsmedisinske obduksjoner og klinisk rettsmedisin.

Rettsmedisinske tjenester er oppdrag som utføres etter oppdragsmandat fra politi, påtalemyndighet og retten og er helt atskilt fra helsetjenester. Helsetjenester og rettsmedisinske tjenester er prinsipielt ulike samfunnsoppdrag. Rettsmedisin utføres derimot av legeutdannede sakkyndige. Det meste av rettsmedisinsk tjenesteproduksjon i Norge er i 2020 organisert i helseregionene, først og fremst i spesialisthelsetjenesten gjennom helseforetakene, men hvilke som helst lege kan bli forespurt om å utøve rettsmedisinske tjenester (4-7). Kunnskapsdepartementet er ansvarlig for en andel rettsmedisinsk tjenesteproduksjon via Gades institutt ved Universitetet i Bergen, en institusjon som har en høy andel av rettsmedisinsk obduksjoner og utøver også annen rettsmedisinsk tjenesteproduksjon (21).

Finansieringen for tjenestene går delvis gjennom salærtakster for sakkyndigoppdrag (21, 27) og belastes dermed justissektoren og retten. Politiet er oppdragsgiver ved obduksjoner og må dekke kostnadene ved rekvirering av obduksjon. Honorar for rettsmedisinsk obduksjon og annen sakkyndigvirksomhet er hjemlet i salærforskriften med stykkprisbeløp eller timesats (27). Institusjonen eller den sakkyndige selv faktureres i henhold til denne satsen. For obduksjoner er det ofte med et påslag av administrative kostnader. Det har vært praktisert ulik måte å dekke avlønning til de sakkyndige (21, 27). Noen steder får den enkelte sakkyndige deler av sin lønn via salærtakster eksempelvis for obduksjon, i praksis et næringshonorar etter stykkprisprinsippet (21, 27).

De neste avsnittene redegjør for de viktigste strukturelle organisasjonsnivåer og enheter som utøver rettsmedisin som en del av sin virksomhet og / eller har fått instruks om å ha slik tjeneste tilgjengelig.

5.2.2 Klinisk rettsmedisinske tjenester for barn (0-18 år)

Statens barnehus

Justis- og beredskapsdepartementet ga i 2006 Politidirektoratet i oppdrag å etablere Statens barnehus (Barnehus), som et samarbeidsprosjekt mellom tre departementer (28). Barnehusene skal i henhold til retningslinjene koordinere tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i anmeldte overgrep- og voldssaker mot barn (28). De første Barnehusene ble etablert i 2007 og i dag er det 11 Barnehus fordelt i alle landets politidistrikter bortsett fra Finnmark politidistrikt som

deler Barnehus i Tromsø med Troms politidistrikt. Retningslinjene for Barnehusene er utgitt av Politidirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet (28). Det er politiet som er øverste administrator for Statens barnehus. Politidirektoratet har ansvar for den overordnede oppfølgingen av Barnehusene, mens det enkelte Barnehus er underlagt og styres av politimesteren i det politidistriktet Barnehuset er lokalisert. Medisinske undersøkelser inngår i det tverrfaglige samarbeidet ved Barnehuset og er en spesialisthelsetjenesteoppgave. Den medisinske undersøkelsen omfatter ofte klinisk rettsmedisinsk undersøkelse. I de nasjonale faglige rådene (29) samt i offentlig utredning NOU 2017: 12 *Svikt og svik* (23) presiseres det at det er de regionale helseforetakene som har ansvar for både de klinisk rettsmedisinske undersøkelsene og øvrige medisinske undersøkelser ved Barnehus (29). Undersøkelsene skal som hovedregel gjennomføres ved Barnehuset, men disse har begrenset åpningstid og har ikke døgntilbud. Beslutning om hvorvidt det skal foretas klinisk rettsmedisinsk undersøkelse ligger til påtalemyndigheten i politiet og oppdragene om å utføre disse undersøkelsene kommer således fra politiet. Det gjelder også når undersøkelsen foregår på Barnehus.

Helseforetak

I helseforetakene er barneavdelingene tildelt ansvar for å håndtere rettsmedisinske undersøkelser ved vold, mishandling og overgrep mot barn. I den vedtatte stortingsproposisjonen om *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)* fra 2016 (24) fra Barne- og familiedepartementet, ble det stilt krav til de regionale helseforetakene om å ansette sosialpediatere i alle barneavdelingene noe som gjenspeiles i oppdragsdokumentene til helseregionene fra Helse- og omsorgsdepartementet (30). Barneavdelingene er døgnåpne og er viktig supplement til Barnehusene. Seksuelle overgrep mot de eldste ungdommene (eldre enn 16 år) behandles og undersøkes oftest på overgrepsmottak for voksne, se nedenfor.

5.2.3 Klinisk rettsmedisinske tjenester for voksne

Det finnes ingen tverretattlig tjeneste for voksne som likner Barnehusene. Vold mot voksne behandles og mottas flere steder i helsevesenet, blant annet på legevakt og i akuttmottak (12, 21) og leger her kan bli bedt om å gjøre vurderinger og skrive rettsmedisinske erklæringer. For vold i nære relasjoner for voksne har myndighetene lagt hovedansvaret med identifisering, forebygging og oppfølging til primærhelsetjenesten (31) uten at det er noe

spesifikt rettsmedisinsk oppdrag i dette. Stortingsmelding 15 fra 2013, *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner* (32), nevner at regjeringen ønsker å etablere kompetansenettverk og innføre noen formelle kvalitets- og kvalifikasjonskrav til henholdsvis helsepersonell som skal utføre klinisk rettsmedisinske undersøkelser samt akkreditering av institusjoner slike undersøkelser skal foregå ved. Dette har ikke blitt formalisert (21).

Klinisk rettsmedisinske oppdrag som omhandler levende personer utsatt for vold utøves ved mange ulike instanser og som tidligere nevnt er det ikke regulert hvem som kan forespørres til slike oppdrag. De rettsmedisinske miljøene som arbeider mye med rettspatologi, bortsett fra ved St. Olavs Hospital, utfører også klinisk rettsmedisinske oppdrag etter anmodning fra politiet eller retten (21).

Overgrepsmottak

Overgrepsmottak for medisinsk, rettsmedisinsk og psykososial oppfølging av personer utsatt for seksuelle overgrep er et spesialisthelsetjenesteansvar, noe oppdragsbrevet til Helse Sør-Øst for 2016 illustrer (30). For voksne over 16 år er mottak, behandling og oppfølging av seksuelle overgrep og seksualisert vold organisert gjennom døgnåpne såkalte overgrepsmottak. Siden 2016 har spesialisthelsetjenesten hatt et sørge-for-ansvar for overgrepsmottakene i landet (30). I oppdragsbrev til helseregionene ble det i 2016 rettet et tydelig ansvar til helseforetakene med instruksjoner om at velfungerende kommunale ordninger tilknyttet legevakt kunne videreføres på vegne av helseforetakene. I dag er 11 av de totalt 24 overgrepsmottakene i landet, tilhørende interkommunale eller kommunale legevakter etter avtale med helseforetak (33).

Helsedirektoratet arbeider med ny retningslinje for overgrepsmottak, *Kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak* (34), som høsten 2020 har vært til høring. Den erstatter nåværende retningslinje fra 2007 (35). Overgrepsmottakene i Norge er selvhenvissende. Det vil si at alle som hevder eller mistenker seg utsatt for seksualisert vold og overgrep kan henvende seg der uten at det foreligger straffesak (anmeldelse) eller henvisning fra lege eller annet helsepersonell. Klinisk rettsmedisinsk undersøkelse, sporsikring og dokumentasjon tilbys alltid når det er relevant og er en del av tilbudet ved overgrepsmottak, uavhengig av anmeldelse. Mange klinisk rettsmedisinske undersøkelser og sporsikring utført på overgrepsmottak blir aldri inkludert i rettsmedisinske erklæringer, fordi hendelsene ikke blir anmeldt til politiet og dermed ikke blir straffesak (36, 37). Videre skjer det at enkelte

anmeldte saker henlegges før slik erklæring etterspørres på bakgrunn av andre opplysninger i saken. Det kan også skje at politiet kun bestiller pasientjournal og protokoll uten mandat og vurderingsanmodning. Overgrepsmottak må derfor ha generell beredskap for rettsmedisinsk undersøkelse og dokumentasjon. Det ligger i kravet om hva overgrepsmottak uansett skal tilby (34).

5.2.4 Rettspatologi

Foruten virksomhetsoverføringen av Rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus i 2017 (38), er det fra sentrale myndigheter ingen tydelig spesifiserte ansvarsoppdrag til helseregionene eller helseforetakene vedrørende rettspatologiske tjenester. Helsedirektoratets rapport om status innen rettsmedisin opplyser at en av de rettspatologiske tjenestestedene innen helsevesenet har avtale med det lokale politidistriktet om levering av tjenester, men det er ikke rapportert å være overordnet myndighetsnivå, kun en form for regional leverandøravtale (21).

Den norske patologforeningen fører regnskap med rettsmedisinske obduksjoner (39). Statistikken her viser at rettsmedisinske obduksjoner i hovedsak utføres ved fem institusjoner i Norge; Oslo universitetssykehus, Avdeling for rettsmedisinske fag, St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset Nord Norge (som også i beskjeden grad bistår Nordlandssykehuset i Bodø) (21), Stavanger universitetssjukehus og Gades institutt ved universitetet i Bergen.

Helsedirektoratets rapport *Utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i Norge* (21) fant samme hovedfordeling av rettsmedisinske obduksjoner. Det er således produksjon og tilbud om rettspatologiske tjenester i alle helseregioner, og fire av de fem er lokalisert innenfor helsevesenet. Gades institutt er i universitetsstrukturen og dermed under Kunnskapsdepartementet, men de er fysisk lokalisert ved Haukeland universitetssjukehus.

5.3 Kompetanse og fagutvikling

5.3.1 Innledning

Retten og påtalemyndighet vurderer hvem som er tilstrekkelig kompetent til å være sakkyndige. Det er ingen formelle juridiske krav til spesifikk kompetanse for leger som skal opptre som parts- eller rettsoppnevnte rettsmedisinsk sakkyndige i retten eller på oppdrag for politi og påtalemyndighet. Det er ingen myndighetsstyrte, spesifikke krav til sertifisering eller kursvirksomhet for å utøve klinisk rettsmedisin eller rettspatologiske tjenester (21). Gjennomføring av Den rettsmedisinske kommisjons B-kurs i strafferett og straffeprosess er heller intet krav for å være sakkyndig.

5.3.2 Legespesialiteter og kompetansekrav i spesialistforskriften

Norge har ingen egen legespesialitet i rettsmedisin. Eventuelle krav om rettsmedisinsk kompetanse i de øvrige forskriftsfestede spesialiteter (40) er det som finnes av sentralt myndighetsstyrt kompetanse innen rettsmedisin for leger (21). Utdanningen av legespesialister skal baseres på læringsmål som følger av vedlegg til spesialistforskriften (40). Læringsmål er hva en legespesialist «skal forstå, kunne være i stand til å utføre». Generelle og spesialitetsspesifikke læringsmål er inndelt i tre stigende kompetansenivåer hvor det tredje er det høyeste kompetansenivået:

1 Ha kjennskap til / Kjenne til.

2 Ha kunnskap om/ Under supervisjon kunne utføre/ anvende/håndtere

3 Ha god kunnskap om / Kjenne / Beherske / Selvstendig kunne utføre/ anvende/håndtere

I den eksisterende spesialistforskriften er det i år 2020 inkludert 46 legespesialiteter (40). Rettsmedisinsk kompetanse er nevnt i svært få forskriftsfestede kompetansekravene til de ulike forskriftsfestede spesialitetene. Forskriften pålegger flest og mest høygradig kompetansemål på rettsmedisinsk kompetanse når det gjelder barn. Det gjelder både i generelle kompetansekrav for alle spesialiteter og innen spesialitet i barnesykdommer (pediatri). Akutt- og mottaksmedisin har også høyt kompetansenivå på sine rettsmedisinske kompetansemål. Spesialitetene gynekologi og patologi har derimot kun laveste kompetansenivå innen rettsmedisinsk relevante læringsmål, selv om det er innen disse fagområdene mye av rettsmedisinsk virksomhet foregår (overgrepsmottak ved helseforetak og

rettsmedisinske obduksjoner ved patologiavdelinger). I hvilken grad spesialistforskriften i 2020 har inkludert relevant rettsmedisinsk kompetanse i ulike kompetansemål for de angitte og andre spesialiteter, er oppsummert i Appendix A.

5.3.3 Kompetansehevende kurs

Helsedirektoratets rapport *Utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i Norge* (21) beskriver at foruten de forskriftsfestede kompetansekravene, er det noe tilbud om, men ikke pålegg og krav til spesifikk kompetansehevende kurs for leger som utøver rettsmedisin. Det finnes norske, relevante kurs eksempelvis Den rettsmedisinske kommisjon sitt sakkyndigkurs, såkalt B-kurs (1) som gir sakkyndig helsepersonell kompetanse i strafferett og straffeprosess. Det arrangeres også enkelte fagspesifikke eller oppgavespesifikke kurs for leger som arbeider i overgrepsmottak, med sosialpediatri eller mer eller mindre som heltids rettsmedisinere. Flere av kursene arrangeres av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) som har et fungerende nasjonalt fagansvar for overgrepsmottakene (41). De har likevel ingen instruerende myndighet over disse. Rettsmedisinsk kompetanse kan suppleres gjennom utenlandske enkeltkurs og eventuelt formelle utdanninger. Slike rettsmedisinske kurs som ikke er del av de forskriftsfestede kompetansekravene kan tas på eget eller lokal arbeidsgivers initiativ. Eksempler på dette kan være legespesialitets-spesifikke kurs i Sverige og Danmark (16) som også kan være åpne for norske leger. Videre finnes det utenfor Norge mastergrader innen rettsmedisin som i varierende grad gir relevant kompetanse i tillegg til formell kompetanse (42).

5.3.4 Fagutvikling og forskning

Universitetenes hovedformål er å drive undervisning og forskning. I 2020 finnes besatte professorat eller førsteamanuensisstillinger i rettsmedisin ved Universitetet Nord- Norge (Tromsø), ved universitetet i Bergen samt universitetet i Oslo. Ved Universitetet i Bergen er som nevnt rettsmedisinske obduksjoner og klinisk rettsmedisin i sin helhet lagt til universitetet og ikke til helseforetak. De vitenskapelig ansatte professorene i rettsmedisin bruker mesteparten av sin tid på rettsmedisinske oppdrag. Det er i november 2020 ikke profilert noen entydig rettsmedisinsk forskningsgruppe på universitetet i Bergens medisinske fakultetets hjemmeside (43).

Helsedirektoratets utredningsrapport (21) avdekket at det fra fagmiljøene rapporteres at det er begrenset rettsmedisinsk forskning ved de ulike fagmiljøene og enhetene som bedriver rettsmedisinsk virksomhet i helseforetakene. Det er få offentlige midler til spesifikk rettsmedisinsk faglig relevant forskning. Rettsmedisinske problemstillinger faller ofte gjennom hos organisasjoner og offentlige helseforskningssponsorer, fordi forskningstemaet ikke er prioritert og ofte befinner seg utenfor målgruppen. Formålet med rettsmedisinsk forskning er ofte relatert til bedre rettsmedisinske vurderinger og tolkning, noe som kan ha lite med helseformål å gjøre. For overgrepsmottak har Helse- og omsorgsdepartementet tildelt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin ansvar for forsknings- og kompetanseheving, men det er begrenset med publisert klinisk rettsmedisinsk spesifikk forskning også her (41). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har forskningsprogrammer, men disse er ofte rettet mer mot samfunnsmedisinske problemstillinger enn spesifikk rettsmedisinsk faglig relevant (44).

Utøvelsen av rettsmedisin er et annet samfunnsoppdrag og formål og derav regulert etter andre lover og forskrifter enn tradisjonelle diagnostikk og behandling i helsevesenet. Det innvirker på forskningsmulighetene på både personopplysninger og vevsprøver. Prøver og vev som sikres ved rettsmedisinske undersøkelser er i første rekke bevis i potensiell strafferettslig sanksjonær sammenheng. Det er problematisk å finne lovgrunnlag for tillatelse til å innhente og forske på slikt biologisk materiale (45). Rettsmedisinske fagmiljøer på tvers av institusjonene arbeider med å bidra til å få på plass et klart hjemmelsgrunnlag for bruk av biologisk materiale tatt i forbindelse med sakkyndigvirksomhet innen rettsmedisin, til metodeutvikling og kvalitetssikring – samt til forskning (46).

5.3.5 Fagforening og felles fagutvikling

Interesseorganisasjonen Norsk rettsmedisinsk forening er ikke del av legeföreningen, slik det er vanlig for spesialforeningene i Norge. Det er heller ikke en forening forbeholdt leger. Norsk rettsmedisinske forening avholder ulike faglige samlinger. Foreningen leder for tiden et arbeid for å oppnå en nasjonal mal for rettsmedisinske obduksjonsrapporter (46), men deltar for tiden ikke aktivt i noen utdanning av leger i rettsmedisin. Foreningen har tidligere hatt en privat sertifiseringsordning som i omfang og oppbygning kan tilsvare mangeårig spesialistutdanning og bygget på kompetansekravliknende kompetansekrav som dansk spesialitet i rettsmedisin og mal fra Det europeiske rådet for rettsmedisin (ECLM)(12, 21).

5.4 Kvalitetskontroll av virksomheten

5.4.1 Innledning

Det er ikke spesifikke myndighetsstyrte krav eller påbud om ekstern kvalitetskontroll eller akkreditering av selve den rettsmedisinske virksomhet i Norge. Ingen av institusjonene som utøver rettsmedisinsk virksomhet slik begrepet er benyttet i denne oppgaven, er i november 2020 registrert som akkrediterte virksomheter i Norsk Akkreditering (47). Andre laboratorier innen det mer utvidete rettsmedisinbegrepet, er akkreditert etter ISO-standard som ledd i generell kvalitetssikring, eksempelvis rettsgenetisk fagområde i Avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo universitetssykehus (47).

5.4.2 Den rettsmedisinske kommisjon

Det er lovpålagt at rettsmedisinske sakkyndige rapporter til påtalemyndighet eller retten umiddelbart også sendes til Den rettsmedisinske kommisjon for vurdering, dette etter Straffeprosesslovens § 146 og 147 (7). Kommisjonen er regulert i egen forskrift (48) og er kontrollorgan som er opprettet for spesifikt å sikre at rettsmedisinske erklæringer benyttet i justisvesenet holder tilfredsstillende kvalitet. Dersom kommisjonen finner vesentlige mangler skal de gjøre retten og påtalemyndigheten oppmerksomme på dette. Straffeprosessloven angir også at Den rettsmedisinske kommisjon skal være et veiledende organ i rettsmedisinske spørsmål. Den rettsmedisinske kommisjon og dens hovedoppgave er å kontrollere sakkyndigerklæringer i ulike rettsmedisinske fagområder som en ekstra trygghet for retten. Kontrollen består i praksis av en slags fagfelle vurdering av den rettsmedisinske erklæringen av minst to medlemmer.

Den rettsmedisinske kommisjonen er organisert under statens sivilrettsforvaltning underlagt Justis- og beredskapsdepartementet (1). Kommisjonen er organisert i flere faggrupper og er bemannet med fagpersonell med høy kompetanse innen sine fagområder og medlemmene rekrutteres for tre år om gangen. De fire faggruppene er i rettspatologi og klinisk rettsmedisin, toksikologisk gruppe, genetisk gruppe og psykiatrisk gruppe.

5.5 Oppsummering av organisering av rettsmedisin i Norge

I Norge er det ikke enhetlig organisering av rettsmedisinske tjenester. Oppdragsgiver og mottaker for rettsmedisinske tjenester er justissektoren/domstolene. Organiseringen av produksjon av de rettsmedisinske tjenestene, er lagt under Helse- og omsorgsdepartementet (bl.a. i helseforetak og overgrepsmottak) og Kunnskapsdepartementet (Gades institutt ved Universitetet i Bergen).

Myndighetsstyring av produksjonen skjer i hovedsak ved tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Regionale helseforetak (RHF) og videre fra RHF til helseforetak. Tildelinger finnes innen overgrepsmottak og barneavdelinger, men er ikke tilsvarende tydeliggjort for rettspatologisk virksomhet eller øvrig klinisk rettsmedisinsk virksomhet. Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev til universitetet i Bergen i 2019 er det ikke nevnt noe om rettsmedisinsk produksjon (49).

Justis- og beredskapsdepartementet har ansvaret for Barnehusene som overordnet er lagt under politidirektoratet, men i praksis styres av det enkelte politidistrikt. De rettsmedisinske tjenestene som foregår her skal leveres av helseforetak i den aktuelle regionen på oppdrag fra politidistriktet.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er tildelt et fungerende nasjonalt overordnet ansvar for fagutvikling og forskning og innen overgrepsmottak, samt for å drive kompetansehevingstiltak for ansatte i overgrepsmottak. Helsedirektoratet har utgitt normerende faglige produkter innen medisinske og rettsmedisinske undersøkelser på Barnehus, samt nasjonale faglig retningslinje for overgrepsmottak. Det er ellers ingen nasjonal sentralt myndighetsstyrt fagutvikling eller forskning spesifikt for rettsmedisin.

Den sentralstyrte organiseringen av rettsmedisinsk tjenesteproduksjon i Norge er fragmentarisk. Det er ingen enhetlig organisering når det gjelder hvem som skal utøve hva innen rettsmedisinske tjenester, hvor de skal være plassert i offentlig forvaltning, og hvilke krav som skal gjelde til de sakkyndige. Det mangler legespesialitet i rettsmedisin, og det er ingen lovpålagte tilleggskompetanse som kreves for å opptre som rettsmedisinsk sakkyndig. Det er begrenset sentral styring via tildelingsbrev og handlingsplaner for Regionale helseforetak(RHFene). Det er gitt instruksjoner om utvikling og tilgjengeliggjøring av noen

spesifikke områder av klinisk rettsmedisin, men ingen helhetlig fordeling av ansvar og oppgaver. Det er ingen myndighetsstyrt samordning av fagutvikling, oppdrag og krav mellom det som foregår i universitetsstrukturen og innenfor helseregionene. Forskning og utvikling foregår fragmentarisk og uten tydelig myndighetsstyrt tilrettelegging.

Den rettsmedisinske kommisjon utøver fagfellevurdert kvalitetskontroll av produktet (den rettsmedisinske erklæringen). Ut over myndighetenes generelle krav til kvalitet og forsvarlighet for den enkelte institusjon, er det i 2020 ingen praksis eller krav om akkreditering av selve virksomheten.

6 Rettsmedisin i andre skandinaviske land

6.1 Innledning

Sverige og Danmark har organisasjonsmodeller for styring av rettsmedisinske tjenester som skiller seg fra Norge. Nedenfor beskrives hovedtrekkene for hvordan de øvrige to skandinaviske landene har organisert sin tjenesteproduksjon, kompetansekrav og fagutvikling og kvalitetskontroll.

6.2 Organisering av rettsmedisin i Sverige

6.2.1 Organisering av tjenesteproduksjon

I Sverige er rettsmedisinske tjenester strukturelt organisert i Rättsmedicinalverket, en sentral forvaltningsmyndighet direkte underlagt Justitiedepartementet. Rättsmedicinalverket (RMV) (15) har tre hovedavdelinger etter fagområde, men felles ledelse og hovedkontor i Stockholm. Avdeling for *rettsmedisin* i Rättsmedicinalverket tilsvarende fagområdet rettspatologi og klinisk rettsmedisin i denne oppgaven. I tillegg til rettspatologi og klinisk rettsmedisin hører medisinske aldersvurderinger av asylsøkere til denne avdelingens oppdrag. De øvrige to avdelingene i Rättsmedicinalverket er Avdeling for rettsstoksikologi og rettsgenetikk og Avdeling for rettspsykiatri. Avdeling for rettsmedisin er geografisk fordelt på seks ulike steder i Sverige: Umeå, Stockholm, Göteborg, Lund, Uppsala og Linköping.

Det er først og fremst politiet som rekvirerer undersøkelser, men andre offentlige instanser kan også be om bistand, blant annet retten. I likhet med Norge er det lover og reguleringer som styrer forhold relatert til hvordan oppdragene bestilles og utføres, eksempelvis gjennom obduksjonsloven (50).

Rättsmedicinalverket får årlige bevilgningsbrev, såkalte regleringsbrev fra Justitiedepartementet der økonomiske tildelinger, mål og oppdrag fra regjeringen inngår (51). Årlige virksomhetsplaner og regelmessige rapporteringer til departementet inngår i styringsinstrumentene.

Rättsmedicinalverket rapporterer på sine nettsider (15) at de årlig utfører omlag 5000 rettsmedisinske obduksjoner årlig og omtrent samme antall klinisk rettsmedisinske

undersøkelser på fornærmede og siktede eller sakkyndiguttalelser på bakgrunn av pasientjournal og annen dokumentasjon. Det arbeider om lag 30 spesialister i rettsmedisin i Rättsmedicinalverket og omtrent like mange leger i opplæring til å bli spesialister. Siden 2006 har Rättsmedicinalverket hatt hovedansvaret for å skrive rettsmedisinske erklæringer til bruk for myndighetene (52, 53). Det er kun i spesiell tilfeller at andre, spesielt kvalifiserte leger kan skrive slike rettsmedisinske erklæringer for retten. For å øke tilgjengeligheten på klinisk rettsmedisinske tjenester er det ordninger med spesielle FD-leger (forensiske leger) som har avtale med Rättsmedicinalverket og spesiell opplæring i skadebeskrivelse (54). FD-leger skal dekke opp behovet for klinisk rettsmedisin vedrørende både fornærmede og mistenkte gjerningspersoner der tilgjengelighet til rettsmedisinske spesialister er for dårlig eller for langt unna til å dekke behovet for undersøkelse og skadedokumentasjon. Det er rettsmedisinere som skriver selve legeerklæringen til politiet på grunnlag av FD-legens dokumentasjon.

6.2.2 Kompetanse og fagutvikling

I Sverige er rettsmedisin en legespesialitet. Hele utdanningen til spesialist gjennomføres via ansettelse i Rättsmedicinalverket. Spesialitetsgodkjenning i rettsmedisin har eksplisitte kompetansekrav for å kunne ivareta oppgavene i rettsmedisin (55). Fra Sosialstyrelsens læringsmålkrav til spesialiteten rettsmedisin står det følgende oppsummering på delmål C av hva en spesialist i rettsmedisin selvstendig skal kunne gjennomføre: Rettsmedisinske undersøkelser av levende og avdøde personer og dokumentere og tolke undersøkelsesfunnene samt utferdige rettsmedisinsk erklæring om disse. Spesialisten skal videre kunne bistå i undersøkelser på åsted, delta i identifikasjonsarbeid og opptre som ekspert i retten. Det understrekes krav om veldig god muntlig og skriftlig kommunikasjonsevne og en aktiv deltakelse i systematisk kvalitetsarbeid innen aktivitetsområdet (55).

Når det gjelder fagutvikling og forskning er slik aktivitet og ansvar inkludert i Rättsmedicinalverket sitt myndighetsoppdrag. I henhold til regelverket for dette forvaltningsorganet skal Rättsmedicinalverket ta ansvar for fagutvikling og forskning som er viktig for virksomheten (15). Forskingen skal sikre det vitenskapelige grunnlaget for Rättsmedicinalverket sine viktigste spørsmålsstillinger, sikre vitenskapelig fundert arbeid, vurderinger og uttalelser samt sørge for forskningskompetanse hos medarbeiderne.

Innenfor den svenske legeforening finnes det en fagforening, Svensk rättsmedisinsk förening, som skal bidra til fagutvikling, blant annet ved å holde kurs for leger i spesialistutdanning (56).

6.2.3 Kvalitetskontroll av virksomheten

Rättsmedicinalverket benytter seg av ekstern akkreditering som kvalitetskontroll av sin virksomhet. Siden 2016 har obduksjonsvirksomheten vært akkreditert av Swedac (57) et nasjonalt myndighetsorgan for kvalitet og sikkerhet. De ulike enhetene i Avdeling for rettsmedisin er akkreditert etter standard fra den internasjonale standardiseringsorganisasjonen ISO 17020:2012 som stiller særskilte krav til blant annet styringssystemer, upartiskhet, uavhengighet, konfidensialitet, personell, utstyr, inspeksjonsmetoder og –rapporter og håndtering av prøver.

I tillegg finnes rutiner for interne revisjoner og sammenlikninger mellom de ulike enhetene samt at flere rettsmedisinere ser gjennom hver enkelt rapport (15).

6.3 Organisering av rettsmedisin i Danmark

6.3.1 Organisering av tjenesteproduksjon

Rettsmedisinsk virksomhet er lagt til universitetsstrukturen (58) og dermed under Uddannelses- og Forskningsministeriet. Det er tre sidestilte, rettsmedisinske institutter i Danmark. De er lagt til universitetene i hhv. København, Århus og Syddansk universitet i Odense og på den måten spredt i regionene. Instituttene er strukturelt plassert i de respektive sundhedsvidenskabelige fakultetene på universitetene. Instituttene har ansvar for utførelse av rettsmedisinske oppgaver som blant annet rettsmedisinske obduksjoner, klinisk rettsmedisin, åstedsundersøkelser og liksyn. Justitsministeriet skal involveres ved ansettelse av ledelse og såkalte statsobducenter og visestatsobducenter ved instituttene. Det er instruks om at statsobducent skal være professor og visestatsobducent anerkjent forsker i rettsmedisin. Instituttene skal ledes av anerkjent forsker i rettsmedisin (58). Det er statsobducenten som har hovedansvar for rettsmedisinsk obduksjoner (58).

Som i de øvrige skandinaviske land er det lovregulering for rekvirering av rettsmedisinsk

obduksjon. I Danmark regulerer Sundhedslovens avsnitt 13 (59) hvordan unaturlige dødsfall skal meldes til politiet, når rettsmedisinsk obduksjon skal eller bør rekvireres samt hvem som utfører dette. Liksyn er også regulert i denne loven og utføres av rettsmedisinere og politi i fellesskap. Liksyn innebærer en utvendig inspeksjon og vurdering av avdøde på bakgrunn av inspeksjonen.

6.3.2 Kompetanse og fagutvikling

I Danmark har det vært legespesialitet i rettsmedisin siden 2008. Målbeskrivelsen (60) for den rettsmedisinske spesialitet er utarbeidet av Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Retsmedicin (16), den faglige foreningen for rettsmedisinere i Danmark. Sundhedsstyrelsen styrer kompetansemål og opprettelse av legespesialiteter. Spesialitetenes kompetansemål og opplæringsveier angis i beskrivelse og læringsmålbeskrivelse for den enkelte spesialitet. For dansk spesialitet i rettsmedisin er læringsmålene i hovedtrekk tilsvarende som for den svenske spesialiteten i rettsmedisin. De rettsmedisinske instituttene er også utdanningsinstitusjoner for legespesialiteten i rettsmedisin. Leger i spesialisering ansettes ved instituttene i sitt spesialiseringsløp. Forskning inngår i spesialistkandidatenes oppgaver, selv om de ikke er vitenskapelig ansatt.

Universitetenes primære oppgave er å drive undervisning og forskning. De rettsmedisinske instituttene er også tillagt undervisning og forskning som primæroppgaver i tillegg til de sakkyndige oppgavene nevnt i avsnitt 6.3.1. ovenfor (61-63). Forskningskompetanse er et krav hos ledelsen og de utøvende sakkyndige. Forskning og fagutvikling er således en prioritert oppgave og et krav til institusjonene. Rettsmedisinsk institutt i København oppgir at forskningen finansieres av universitetet samt av flere offentlige og private sponsorer (61).

6.3.3 Kvalitetskontroll av virksomheten

I likhet med Sverige er de danske rettsmedisinske instituttene kvalitetskontrollert av det nasjonale akkrediteringsorganet Den Danske Akkrediteringsfond DANAK. De rettsmedisinske instituttene er også Danmark akkreditert i henhold til ulike ISO-standarder ISO/IEC 17020:2012 (64). De rettsmedisinske instituttene har således ekstern kvalitetskontroll av virksomheten.

6.4 Oppsummering av organiseringen av rettsmedisin i Sverige og Danmark

I Sverige er hele tjenesteproduksjonen lagt inn i et samlet forvaltningsorgan underlagt Justitiedepartementet. Det inkluderer alt fra oppdragsgiver og mottaker av tjenesten til produksjonen. Fagutviklingen og forskning er del av oppdraget til Rättsmedicinalverket. De utøvende sakkyndige har egen legespesialitet, som organiseres gjennom Socialstyrelsen.

I Danmark er den rettsmedisinske virksomheten også sentralt og enhetlig styrt fra øverste myndighetsnivå. Oppdragsgiver og mottaker av tjenestene er i justisvesenet slik som i Norge og Sverige. Produksjon og fagutvikling er etter Uddannelses- og Forskningsministeriets instruks via lovverket lagt til tre universitetsinstitutter ved hhv. Universitetet i København, Syddanske Universitet i Odense og Universitetet i Århus. Det foreligger en instruks som sier at ledelse og ansatte ved instituttene skal ha forskningskompetanse i rettsmedisin. Ansettelse av de vitenskapelig ansatte og dermed utøvende og ansvarlige sakkyndige, skal godkjennes av Justitsministeriet. De utøvende sakkyndige har en egen legespesialitet som organiseres gjennom Sundhedsstyrelsen under Sundheds- og Ældreministeriet.

Både svensk og dansk organisering av produksjon er enhetlig styrt fra øverste myndighetshold (sentralforvaltningen). Denne strukturen gjenspeiler en tydeligere myndighetsstyring av hvor rettsmedisinsk virksomhet skal foregå, hvem som skal utføre hva, og til dels hvordan dette skal gjøres. I både den danske og svenske organiseringen av rettsmedisin er det en tydelig og mer helhetlig myndighetsstyring av den rettsmedisinske tjenesteproduksjonen, inkludert kompetanse og fagutvikling.

Både Sverige og Danmark har etablert kvalitetssystemer og akkreditering av eksternt nasjonalt kontrollorgan som sikrer kvalitet. Alle institusjonene som utfører rettspatologi og klinisk rettsmedisin i Sverige og Danmark, er akkreditert i henhold til en valgt ISO standard, og kvalitetskontroller og akkreditering er offentlig tilgjengelig. Det innebærer at det foreligger et standardssystem for kvalitet og at den rettsmedisinske virksomheten rutinemessig blir kontrollert opp mot dette systemet.

7 Sammenlikning og diskusjon

7.1 Innledning

Offentlige organisasjoner og tjenester er underlagt politisk styring og kontroll på et eller annet nivå. Offentlige organisasjoner må ta hensyn til et bredere sett av mål og verdier enn organisasjoner i privat sektor. Mange hensyn må veies opp mot hverandre, og rettsstatlige prinsipper, demokratiske og fellesskapets hensyn veier tungt i offentlige beslutningsprosesser. Uavhengig av myndighetsnivå eller offentlig organisasjon må blant annet likebehandling, åpenhet, innsyn, upartiskhet, forutsigbarhet og ansvarlighet vektlegges på en annen måte enn i private organisasjoner (17, 18). Med utgangspunkt i instrumentell organisasjonsteori kan man identifisere hvordan ulike organiseringsformer kan påvirke hvordan organisasjonen fungerer og dermed hvordan og hvorvidt ulike mål effektivt kan oppnås. Når det gjelder organisering av offentlig virksomhet, kan den statlige utredningsinstruksen (25) være en god illustrasjon på en rasjonell-instrumentell tilnærming. Formålet med instruksen er å sikre at man har et godt grunnlag når man fatter statlige tiltak. På den måten skal man unngå uheldige virkninger og ressursløsning. Tanken er at statlige tiltak, herunder organisering av statlig virksomhet, skal være bygget på kunnskap og være velbegrunnede og gjennomtenkte med hensyn til å kunne tjene formålet. I denne studien blir spørsmålet om organiseringen av de rettsmedisinske tjenestene synes å bygge på en velbegrunnet og gjennomtenkt vurdering av hvorvidt organiseringen kan fremme oppsatte mål for tjenestene, som tilgjengelighet og kvalitet. Framstår organiseringen av de rettsmedisinske tjenestene som hensiktsmessig vertikalt og horisontal koordinert med tanke på å sikre enhetlige tjenester med høy kvalitet?

I dette kapitlet vil organiseringen i Norge bli diskutert og sammenliknet med de øvrige skandinaviske landene. Hvordan skiller den norske organisasjonsmodellen fra den svenske og danske organisasjonsmodellen? Med utgangspunkt i en vurdering av særtrekk ved den norske modellen, vil det utledes noen antakelser om implikasjoner for tilgjengelighet og kvalitet innen de rettsmedisinske tjenestene i Norge.

7.2 Myndighetsstyring og organisering

7.2.1 Vertikale styringslinjer og koordinering

Norge skiller seg fra de øvrige skandinaviske landene ved at man mangler sentral enhetlig styring av de rettsmedisinske tjenestene. Det er en del lovverk på plass som styrer grunnlaget for ulike rettsmedisinske undersøkelser som del av granskning og bevissikring i straffesaker. Det er derimot ingen enhetlig og tydelig sentral styring fra sentralforvaltningen med tanke på hvilket departement og hvilke underordnede enheter som skal ha ansvar for hva, på hvilket nivå virksomhetene skal plasseres, og hvilken enhet eller hvilke legespesialiteter som har det faktiske ansvaret for at de ulike rettsmedisinske tjenestene blir utført. Det mangler dermed en tydelig vertikal styringslinje fra sentralforvaltningen, de involverte departementene Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, og ned til tjenestenivået, dvs. til det nivå som leverer rettsmedisinske tjenester. Videre mangler også en horisontal koordinering, dvs. en samordning av de ulike enhetene som på den ene siden har overordnet myndighet og ansvar for tjenestene (eksempelvis mellom departementene) og på den andre siden har ansvar for å utføre og levere tjenestene (eksempelvis mellom de rettsmedisinske miljøene). Dette utdypes i avsnitt 7.2.2. nedenfor.

Når det er svake, manglende eller fragmenterte styringslinjer fra myndighetene blir i praksis ansvar flyttet lenger ned i hierarkiet. Manglende overordnet styring medfører at den enkelte institusjon må eller kan avgjøre viktige beslutninger om produksjonen, eksemplvis hvilke oppgaver man vil utføre og hvordan man vil utføre dem. Selv om det utvikles gode lokale løsninger, vil man uten en styrende eller koordinerende organisering, mangle myndighet og mulighet til å påvirke, samkjøre eller overstyre andre virksomheter langs den horisontale aksene, eksemplvis i andre regioner eller enheter. Det koordinerende ansvaret for virksomheter ligger høyere opp i myndighetshierarkiet når saksområder i det offentlige blir oppdelt. Enkeltuniversiteter og helseforetak kan løse egne tjenestetilbud på en tilfredsstillende måte, men kan vanskelig ta ansvar for saksfordeling på nasjonalt nivå (18). Desentralisering av beslutningsmyndighet har organisatoriske fordeler ved at det gir mulighet for lokal tilpasning, høy grad av fleksibilitet og hurtige endringer (26, s. 89). Ulempene er manglende styring, manglende faglig kalibrering av tjenestene (og derav sub-optimalisering av tjenestene i et større perspektiv), uklart ansvar, og uforutsigbarhet. Dette er forhold offentlige tjenester ønsker å sikre seg mot. En sentralisert myndighetsstyring slik det er i Sverige og Danmark, gir

klarere organisatorisk styring og ansvarsfordeling i den vertikale aksen. Dette kan gi et bedre grunnlag for enhetlig og forutsigbar praksis på nasjonalt plan, noe som gjerne trekkes fram som viktig for rettsmedisinsk virksomhet og tjenesteutøvelse og offentlige tjenester generelt. Sentralisering av myndighet i hierarkiske organisasjoner medfører også at beslutninger tar lenger tid og at endring går saktere, fordi viktige beslutninger må tas i flere ledd (26, s.89-90). Tydelig ansvarsfordeling og struktur i vertikal akse gir også enklere mulighet til å styre virksomheten på grunnlag av politiske beslutninger.

De få unntakene der det er en viss sentral styring av oppdrag og oppgaver, er der rettsmedisinsk kompetanse skal komplementere helsetjenestetilbudet. Det vil si tjenester som er svært nært knyttet til helsetjenester, slik som rettsmedisinske undersøkelser av barn som ofte gjøres samtidig eller i forbindelse med medisinsk undersøkelse på Barnehus. Det samme gjelder for overgrepsmottak som er definert som helsetjeneste, men med en rettsmedisinsk komponent, i tillegg til medisinsk og psykososial oppfølging. Rettspatologi og klinisk rettsmedisinske tjenester for øvrig er i dag fragmentarisk ivaretatt, dels ved enheter som har som hovedoppgave å utføre rettsmedisinske tjenester (finnes ved Gades institutt i universitetssekstoren, samt ved avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo universitetssykehus) og kliniske avdelinger og leger som har andre hovedoppgaver. Det vil si at det er mange ulike typer enheter med ulik type legespesialister med svært ulik grad av rettsmedisinske kompetanse og / eller erfaring som involveres i denne typen tjenester. I tillegg kompliseres ansvaret for og fordelingen av tjenestene av at det er to departementslinjer og derav to vertikale myndighetslinjer som er involvert. Uten formelt tilrettelagt koordinering kan det resultere i uønskede effekter på kvalitet og tilgjengelighet.

Tabell 1: Oppsummering av de ulike sentrale myndigheters (sentralforvaltningens) involvering/ ansvar for rettsmedisinske tjenester. I Norge er det ikke enhetlig styring på øverste forvaltningsnivå og dette preger organiseringen nedover

Norge:	Justis- og beredskapsdepartementet	Kunnskapsdepartementet	Helse- og omsorgsdepartementet
Sverige:	<i>Justitiedepartementet</i>	<i>Utbildningsdepartementet</i>	<i>Socialdepartementet</i>
Danmark:	Justitsministeriet	Uddannelses- og Forskningsministeriet	Sundheds- og Ældreministeriet
Norge	Oppdragsgiver	Produksjon av rettsmedisinske tjenester v/ universitetet i Bergen	Hoveddel av rettsmedisinsk tjenesteproduksjon (Helseregioner, foretak, overgrepsmottak mv)
Sverige	<i>Totalansvar:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppdragsgiver (justisvesenet)</i> • <i>Rettsmedisinske tjenester (RMV)</i> 	<i>Ikke ansvar for tjenesteproduksjon</i>	<i>Socialstyrelsen ansvar for rettsmedisinsk legespesialitet</i>
Danmark	Oppdragsgiver (Inkludert i ansettelse ved rettsmedisinske instituttene)	Totalansvar: Rettsmedisinske tjenester (universitetsinstitutter)	Sundhedsstyrelsen ansvar for rettsmedisinsk legespesialitet

Sverige har ansvaret for hele tjenesten i ett samlet forvaltningsorgan under Justitiedepartementet. Rättsmedicinalverket har totalansvar på nasjonalt plan for alle de rettsmedisinske fagområdene de er tildelt. En samlet organisasjon med forvaltningsorgan gjør det enklere å koordinere den samlede rettsmedisinske virksomheten på nasjonalt plan, noe som diskuteres i neste avsnitt.

Danmark har også én sentral styringslinje av rettsmedisinsk virksomhet, der tre sidestilte universiteter styres av felles instruks eller bekjentgjørelse fra Uddannelses- og Forskningsministeriet (58). De tre universitetsinstituttene er horisontalt likestilt i myndighetsstrukturen med felles instruks som inkluderer myndighetsstrukturen internt i instituttene, arbeidsoppdraget om å utøve rettspatologi og klinisk rettsmedisin, samt forskning og undervisning som arbeidsoppgaver. I Danmark har de en lovfestet organisering med samarbeid mellom to departementer (ministerier). Justitsministeriet er oppdragsgiver og Uddannelses- og Forskningsministeriet er produktleverandør og utvikler av tjenesten. Sundhedsstyrelsen er involvert som forvalter av legespesialiteten, men Sundheds- og Ældreministeriet er ellers ikke ansvarlig for tjenesteproduksjonen ved de rettsmedisinske instituttene. Justitsdepartementet har sikret seg en viss innflytelse i produktleveransene ved at

de blir involvert i ansettelsene av sakkyndige ved instituttene. De vertikale styringslinjene i Danmark involverer derfor i hovedsak to departementer som har en sentralt avklart koordinering av makt og myndighet innenfor rettsmedisinsk virksomhet.

I den norske organisasjonsmodellen for rettsmedisinske tjenester finnes det ingen åpenbar myndighetsstyrt tilrettelegging for eller instruks om rettsmedisinsk relevant forskning. Dette vanskeliggjør mulighetene til å kunne prioritere slik forskning, fordi det ikke følger med en offentlig forpliktelse til å utøve dette. For norske fagmiljøer som har behov for å drive slik forskning, er det ingen myndighetsstyrte ordninger som fasiliteter forskning i rettsmedisin. I Sverige og Danmark er forskning koblet til det generelle samfunnsoppdraget og således prioritert, men i denne studien er det ikke studert i hvilken grad de sentrale myndighetene styrer hva det skal forskes på. I Sverige er oppdraget til Rättsmedicinalverket tydeligere når det gjelder å sikre seg forskning man behøver for å gjøre sitt samfunnsoppdrag. I Danmark er det spesifisert instruks om rettsmedisinsk forskningskompetanse og rettsmedisinsk forskning. Myndighetene kan styre forskning på flere måter, blant annet via bevilgning av økonomiske midler og andre ressurser gjennom forskningsstøtte som er mulig å søke. Det foregår også mye forskning i enkelte forvaltningsorganisasjoner i Norge, eksempelvis Folkehelseinstituttet (65) som utøver forskning relevant for sine samfunnsoppdrag. Den faglig kvaliteten til de rettsmedisinske tjenestene er avhengig av forskning og utvikling. Rettsmedisin har et annet samfunnsoppdrag med andre faglige problemstillinger enn det helsevesenet har, så forskning for å utvikle rettsmedisinsk sakkyndighet er forskjellig fra helseforskning. Det er ikke vist at sentralforvaltningen i Norge har inkludert rettsmedisinsk forskning på noen systematisk måte i sin forvaltning eller oppdrag til helseregionene/ de rettsmedisinske virksomhetene. Det er rimelig at myndighetene blir ansvarliggjort med hensyn til å legge til rette for rettsmedisinsk forskning, blant annet med økonomiske midler. Økonomisk finansiering har imidlertid ikke blitt spesifikt studert i denne oppgaven.

Tabell 2:Oppsummert oversikt over viktige organisatoriske elementer som myndighetsstyring, organisering, kompetanse og fagutvikling og kontroll.

	NORGE	SVERIGE	DANMARK
Myndighetsstyrt produksjon	Fragmentert	Justitiedepartementet	Uddannelses- og Forskningsministeriet
Tjenesteytende organer	Fragmentert: Helsevesenet Universitet Personlig	Rättsmedicinalverket	Rettsmedisinske institutter v/ universiteter
Koordinering med helsevesenet	Integrerte tjenester på ulike nivåer i helsevesenet	Rettsmedisin som separate tjenester	Rettsmedisin som separate tjenester
Geografisk fordeling	Viss fordeling i Helseregionene Universitetet i Bergen	Enheter av Rättsmedicinalverket i Umeå, Stockholm, Gøteborg, Lund, Uppsala og Linköping (FD-leger i distriktene)	Universitetsinstitutter i ulike regioner: København, Århus, Odense
Kompetansekrav	Ingen spesifikke	Legespesialitet i rettsmedisin	Legespesialitet i rettsmedisin
Systematisk fagutvikling	Fragmentert forskning Norsk rettsmedisinsk forening Individuell kompetanse	Forskning del av myndighetsoppdrag Svensk rättsmedisinsk förening Legespesialitet	Forskning del av myndighetsoppdrag Dansk Selskab for Retsmedicin Legespesialitet
Kvalitetskontroll	Kontroll av produkt (erklæringen)	Virksomhetskontroll Akkreditering ISO standard	Virksomhetskontroll Akkreditering ISO standard

7.2.2 Koordinering av tjenestene, horisontal akse

Rettsmedisin er spesialiserte tjenester, og både oppdrag, utførelse og leveranse må koordineres, både mellom de ulike tjenesteytende rettsmedisinske fagmiljøene og mellom ansvarlige myndigheter. Koordinering og samordning av tjenestene er viktig for å sikre

enhetlig og likeverdig levering av tjenester, at tjenestene er tilgjengelige over hele landet og til en hver tid, og at tjenestene opprettholder en viss kvalitetsstandard uansett hvem som leverer dem. Slik samordning av tjenestene er vanskelig i Norge uten en enhetlig fungerende vertikal styringslinje og uten en tydelig egen organisasjon som er utformet med tanke på å utføre og iverksette tjenestene. I Danmark og Sverige har man myndighetsstyring og etablerte organisasjoner som både kan instruere og utføre rettsmedisinske tjenester. Instruksjon er en koordineringsmetode som kan benyttes der noen har hierarkisk myndighet over noe(n) andre (26, s.81).

Den strukturelle organiseringen i Sverige med ett forvaltningsorgan tilrettelegger for god koordinering og styring av produksjon, kompetanse og fagutvikling langs en slik hierarkisk koordinering. En samlet hierarkisk styring gjør det enklere å bruke koordinerende metoder som arbeidsdeling og standardisering av kunnskap og kompetanse. Danmark har en relativt enhetlig styringsmodell med Uddannelses- og Forskningsministeriet på toppen. Delegering av ansvar til tre ulike universitetsinstitutter skaper behov for koordinering av aktivitetene i disse instituttene, eksempelvis rundt standardisering av resultater og kunnskap. I Danmark har man en fungerende fagorganisasjon i Dansk Selskab for Retsmedicin (16) som ivaretar mange koordinerende funksjoner når det gjelder utveksling av kunnskap, normer for utførelse av oppdragene, samt fagutvikling og forskning. Foreningen er også delaktig i utforming av kompetansekravene i legespesialiteten (16, 60). I Norge har man et svakere utgangspunkt for koordinering, fordi man ikke har noen sentral styring eller klar strukturell organisering av virksomheten totalt sett. Det innebærer at man får lite hjelp av den strukturelle organiseringen som er lagt på plass av myndighetene, i motsetning til i Sverige og Danmark. Myndigheten og ansvaret for koordinering av kompetanse, kunnskap, arbeidsdeling og forskning er desentralisert og blir derfor i mindre grad mulig å gjøre helhetlig på nasjonalt plan. Når styringen av rettsmedisinske tjenester kun angår fragmenter av en mer total tjeneste, vil dette komplisere utførelsen av tjenestene fordi det ikke er noen helhetlig planlegging av arbeidsdeling, standardisering av kompetanse, samarbeid og utvikling.

I Norge er det ingen enhetlig myndighetsstyrte strukturelle koordineringstiltak mellom de ulike enheter som utøver rettsmedisinske tjenester. Både mottak, utførelse og levering av tjenesten fremstår ukoordinert og fragmentert, spesielt innen klinisk rettsmedisin. Det er ingen enhetlig og tydelig styring av fordeling av de ulike oppdragene, verken på oppdragssiden eller mottakssiden. Tilsvarende undersøkelser kan bli tildelt og utført ved vidt forskjellige enheter.

I helseforetakene er det svært vanlig med utstrakt grad av arbeidsdeling og spesialisering på gruppenivå, gjerne avdelinger og enheter som betjener en bestemt funksjon, prosess eller medisinsk sykdomspanorama, eksempelvis avdeling for barnesykdommer, fødeavdeling eller rehabiliteringsenhet. Når rettsmedisinske tjenester ikke har noen egen strukturell enhet blir det ytterligere komplekst når slike rettsmedisinske tjenester skal koordineres parallelt med helsetjenester.

Det er justissektoren som er oppdragsgiver og mottaker for rettsmedisinske tjenester. Hvor det enkelte politidistrikt, påtalemyndighet eller domstol skal henvende seg for å få bistand, er ikke strengt regulert i Norge. Det foregår en viss koordinering av oppdragstildeling på grunnlag av oppdragenes geografiske nærhet til en tjenesteorganisasjon, eksempelvis innen rettspatologi. Helsedirektoratets rapport viste også at politiet har hatt praksis med direkte kontakt med enkeltsakkyndige. Den rettsmedisinske kommisjon formidler navn og kompetanse-lister over rettsmedisinsk sakkyndige (1) i Norge og bidrar på den måten til koordinering av rettsmedisinske tjenester på individnivå.

Tildelingsbrev og handlingsplaner og normerende produkter som retningslinjer og faglige råd innenfor eksisterende helsevesen, kan sees på som koordineringstiltak fra myndighetene, der de benytter oppdragstildeling, faglige anbefalinger og til en viss grad arbeidsdeling (eksempelvis slik det finnes for Barnehus og overgrepsmottak). Gjennomføring og utførelse av slike koordineringstiltak kan bli utfordrende når organiseringen av tjenestene ellers preges av strukturell fragmentering.

I Danmark og Sverige er det en tydeligere integrert modell på plass som organisatorisk ramme for de rettsmedisinske tjenestene. Rettsmedisinske kompetanse er tydeligere avgrenset fra helsevesenet, noe som antas å gjøre det lettere for myndighetene å formulere ønsker og krav til riktig instans. Med en godt koordinert og organisert tjeneste vil det være enklere å utføre og gjennomføre slike ønsker og krav fra myndighetene.

Ved behov for tett integrert rettsmedisinsk arbeid og helsetjeneste, eksempelvis ved akuttundersøkelse på overgrepsmottak der den medisinske og rettsmedisinske håndteringen må foregå parallelt, vil det være mer utfordrende å måtte koordinere to atskilte organisasjoner (eksempelvis både klinisk helsepersonell og rettsmedisiner). I Norge er det oftest klinisk helsepersonell som ivaretar begge samfunnsoppdragene med medisinsk behandling og klinisk rettsmedisinske tjenester på overgrepsmottak.

I Norge mangler viktige koordineringselementer som standardisering av krav til kompetanse, utførelse og kvalitet. Dette er overlatt til den enkelte institusjon eller personlig til den enkelte sakkyndige. Den rettsmedisinske kommisjon utfører en viss form for felles koordinering i fagmiljøene ved at det forventes visse normer eller utforming av selve erklæringen.

Kommisjonen har likevel ingen styrings- eller koordineringsmyndighet ut over dette.

Mulighetene for koordinering i Norge fremstår samlet sett som svært svak og gir risiko for at tjenestene ikke utføres med god nok eller lik kvalitet eller at de er tilgjengelige i tilstrekkelig grad. Generelt gjelder at manglende koordinering av arbeidsdelingen i offentlig forvaltning gir ulik håndtering av oppdrag. Manglende koordinering og styring av kompetansekrav kan gi ulik kvalitet på oppdragsløsningen. Manglende koordinering av kunnskap og forskning gir sannsynlig redusert utvikling og kalibrering av fagområdet. Samlet sett forsterker disse manglende koordineringsfaktorene muligheten til å styre kvaliteten og tilgjengeligheten på rettsmedisinske tjenester på nasjonalt plan med tanke på å oppnå målsettingen om likeverdige tjenester av god kvalitet. Den norske organisasjonsmodellen preges dermed av noen strukturelle begrensninger med hensyn til måloppnåelse. Dette behøver derimot ikke si noe om den enkelte leveranse av rettsmedisinske tjenester. Svakheter knyttet til de organisatoriske rammene kan til en viss grad oppveies av enkeltpersoners kompetanse og innsats. Strukturelle svakheter skaper likevel en sårbarhet, for eksempel ved utskifting av personell.

Danmark har organisert de rettsmedisinske tjenestene innenfor en tett integrert universitetsmodell. I Norge, fremstår organisering gjennom universitetet som en lokal hybridmodell uten noen klar styrings- og koordineringsstruktur, verken opp mot ansvarlige myndigheter eller ut mot helsevesenet. Norge har tidligere hatt sterke tradisjoner med organisering av rettsmedisinske tjenester innen universitetsstrukturen. Strukturell organisering av rettsmedisinske tjenester ved Universitetet i Oslo var gjeldende inntil virksomhetsoverføringen av Rettsmedisinsk institutt ved Universitetet i Oslo til Folkehelseinstituttet i 2011. Organisering gjennom universitetsstrukturen er utfordrende fordi de har et annet samfunnsoppdrag og de er generelt ikke innrettet på slik oppdragsvirksomhet som rettsmedisinske tjenester. Selve stillingsstruktur og rekruttering er annerledes enn i helsevesenet. Organisering av rettsmedisin i universitetsstrukturen krever nok, slik de har gjort i Danmark, en egen lovformulering eller forskrift om hvordan dette skulle organiseres og koordineres i universitetsstrukturen på en tilfredsstillende måte. Uten myndighetsstyrte koordineringselementer spesifikt rettet mot tjenesteproduksjon, fremstår den fragmenterte

organiseringen gjennom kombinasjonen av universitet og helsevesen, som lite egnet organiseringsform.

7.3 Kompetanse og fagutvikling

Det er viktig å koordinere de rettsmedisinske tjenestene for å kalibrere fagutviklingen og dermed sikre en viss standardisering av kompetanse og kvalitet. Generelt ansees det viktig at fagpersoner som skal utføre en oppgave har den riktige kompetansen og at det er et krav om at denne kompetansen er tilstede ved utførelse. I den norske organisasjonsmodellen mangler mekanismer for å sikre dette. Her skiller Norge seg fra de øvrige landene. Selv om lovgivningen ikke krever noen spesiell kompetanse for å opptre som sakkyndig, og norske rettsinstanser i prinsippet står fritt til å innkalle hvem de vil, så vil et kompetansekrav kunne sikre et visst minimum av kompetanse spesifikt for rettsmedisinsk sakkyndighet. I Norge blir årlig flere tusen rettsmedisinske erklæringer som blir sendt til Den rettsmedisinske kommisjon (66), og det fremkommer i årsmeldinger fra kommisjonen at det er svært varierende kvalitet på flere av disse. Behov for koordinering av kompetanse kan derfor synes å være tilstede. I Danmark og Sverige finnes rettsmedisinsk legespesialitet. En spesialitet opprettes når det er tilstrekkelig behov for en viss type kompetanse som andre spesialiteter ikke dekker. Helsedirektoratet har etter en større utredning i 2020 (21) konkludert med å anbefale at en spesialitet i rettsmedisin opprettes i Norge også. Legespesialitet vil sikre faglig forankring og fagutvikling av faget på en helt ny måte, samt innebære struktur på opplæringssteder og ansvarsfordeling (67). Felles faglig forankring er viktig for fagmiljøet, og det stimulerer til samarbeid. Tydelig og felles kompetansekrav fremstår derfor som et viktig koordineringsverktøy for å sikre kvalitet. Videre gir det godt utgangspunkt for å utvikle faget, samt øke samarbeid mellom institusjoner som utøver samme type tjeneste. Fagutvikling ved forskning er viktig også innen rettsmedisin. Det er ingen åpenbar tilrettelegging for eller styring av denne slik organiseringen fremstår nå. Både den svenske og danske organiseringen fasiliteter forskning ved at det er et tydelig oppdrag som tilligger organisasjonene og dels spesialistutdanningen.

Myndighetskrav om kompetanse virker samlende og gir bedre grunnlag for at tjenestene totalt sett utføres tilfredsstillende. Dersom initiativ eller krav legges lavere i myndighetshierarkiet eller endog til den sakkyndige selv, vil dette kunne gi god kompetanse for den enkelte sakkyndige eller den enkelte enhet, men vil ikke sikre en systematisk og fordelt kompetanse

som holder et visst minimumsnivå. Sentral løsning med myndighetsstyrte kompetansekrav virker derfor som den beste og sikreste måten å sikre kvaliteten på en systematisk og gjennomført måte på nasjonalt plan.

7.4 Kvalitetskontroll av rettsmedisinsk virksomhet

Kvalitetskontroll av offentlig virksomhet er et viktig prinsipp som skal sikre viktige kvaliteter ved offentlige tjenester, eksempelvis rettssikkerhet, kvalitet og likhet.

Norge har ingen nasjonal standard eller akkreditering av virksomhetene som utfører rettsmedisinske tjenesteproduksjon. For kvalitetskontroll av rettsmedisinsk produksjon følger Norge et helt annet prinsipp enn kvalitetsstandarder og akkreditering. Ordningen er lov- og forskriftsfestet og organisert i forvaltningen under. Kontrollorganet og derav selve kontrollen er styrt av Justis- og beredskapsdepartementet som er oppdragsgiver og mottaker av tjenesten, ikke av de deler av sentralforvaltningen som står for produksjonen av tjenestene. Den rettsmedisinske kommisjon er organisert i annet departement enn de som er tjenesteutøvere, noe som er positivt med tanke på å ikke være sin egen kontrollør. I praksis derimot, er kommisjonens medlemmer fra eget fagmiljø og således fagfeller. Ekspertgruppen består i stor grad av medlemmer som selv er aktive i rettsmedisinsk tjenesteproduksjon. Selve rekrutteringen foregår fra et lite fagmiljø, og det kan derfor fort oppstå spørsmål om habilitet og avhengighetsforhold. Medlemmene gransker ikke saker de selv har vært delaktige i, men ved ulike bindingsforhold utenfor kommisjonen kan spørsmål om avhengighetsforhold og habilitetsproblematikk bli reist.

Det er ikke selve virksomheten (produksjonssystemet) som blir kontrollert av Den rettsmedisinske kommisjon, men den rettsmedisinske erklæringen (sluttproduktet). Forskriften til kommisjonen gir ingen føringer på hva erklæringene skal vurderes opp mot, selv om kommisjonen har utarbeidet veiledere for rettsmedisinske erklæring. Like fullt er det ingen egentlig faglig standard som benyttes i vurderingen. Det angis på kommisjonens nettsider under beskrivelse av kommisjonenes arbeid, at erklæringene blir vurdert ut fra i hvilken grad de svarer på mandatet, oppgir premisser for vurderinger, om arbeidet holder en «allment akseptert standard», og om vurderingene er gjort «i henhold til akseptert vitenskapelig standard», men uten at det refereres til hva dette faktisk innebærer (1).

Produktkontroll utført ved fagfellevurdering skiller seg prinsipielt fra kvalitetskontroll ved benyttelse av internasjonale standarder og akkreditering for selve virksomheten, slik de øvrige landene baserer seg på. Akkreditering i henhold til internasjonale standarder for kompetanse, kvalitet og med ekstern kontroll, er systemer som ivaretar åpenhet for oppdragsgivere og befolkningen ellers. Akkrediteringer, sertifiseringer og godkjenninger ligger åpent tilgjengelig på internett. Godkjenninger av virksomheten må stadig fornyes, noe som sikrer at organisasjonen faktisk følger opp. For å ivareta tilstrekkelig objektiv kvalitetskontroll og oppfylle kvalitets- og rettssikkerhetskrav, kan det argumenteres med at Norge, som har et svært lite rettsmedisinmiljø, også bør innføre krav om eksterne kontroller av selve virksomheten.

8 Konklusjon

Studien har vært konsentrert om en relativt liten, men viktig tjeneste som blir benyttet i offentlig forvaltning og i domstolene. For sentralforvaltningen bør det være av stor betydning at man fra sentralt hold kan sikre at denne type tjenester har god tilgjengelighet og høy kvalitet. I Norge er organiseringen av de rettsmedisinske tjenestene preget av fragmentering, manglende koordinering og svake og uklare myndighetsstrukturer. Det synes derfor som viktig at ansvaret for rettsmedisinske tjenester synliggjøres og avklares på sentralt myndighetsnivå, slik at tjenestene kan underlegges en felles styringsstruktur, som kan øke potensialet for forutsigbarhet, kvalitet og tilgjengelighet i henhold til prinsipper og forventninger til offentlige tjenester. Norge har åpenbart svakere virkemidler for å styre, kalibrere og samordne de rettsmedisinske tjenestevirksomhetene enn det man finner i Sverige og Danmark. Klare kompetansekrav eksempelvis gjennom en legespesialitet, ville vært et viktig tiltak for å kalibrere tjenestene. Likeså bør det stilles felles kvalitetskrav til selve virksomheten. Videre kan det med utgangspunkt i funnene fra denne studien, argumenteres for at det i tråd med den statlige utredningsinstruksen, kan være behov for et bedre kunnskapsgrunnlag for samt klarere og mer velbegrunnede og gjennomtenkte vurderinger av hvordan de rettsmedisinske tjenestene i Norge bør organiseres.

Denne studien sier ikke noe om faktiske effekter av dagens organisasjonsmodell, men vurdering av dagens modell, herunder sammenlikninger med organiseringen i Sverige og Danmark, gir faglig grunnlag for antakelsen om at det foreligger systemsvakheter som vil kunne ha innvirkning på kvalitet og tilgjengelighet. I hvilken grad og på hvilke områder må ytterligere studier av selve tjenesteproduksjonen og kvaliteten av denne vise. Forholdene i Sverige og Danmark tilsier at det finnes alternative organisasjonsmodeller som i større grad legger til rette for koordinering og enhetlig styring av rettsmedisinske tjenester. En viktig konklusjon er derfor at man bør øke kunnskapsgrunnlaget om både effekter av dagens modell og om alternative organisasjonsmodeller som kan være egnet til å fremme de mål myndighetene har for rettsmedisinsk virksomhet, ikke minst for å sikre at tjenestene har god tilgjengelighet og høy kvalitet.

9 Litteraturliste

1. Statens sivilrettsforvaltning. Den rettsmedisinske kommisjon. [Internett]. [Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.sivilrett.no/den-rettsmedisinske-kommisjon.304199.no.html>.
2. Oslo universitetssykehus. Rettsgenetikk [Internett]. [Oppdatert 03.12.2019. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/rettsgenetikk/straffesaker/rettsgenetikk>.
3. St.Olavs Hospital. Rettstoksikologiske analyser [Internett]. Oppdatert 26.03.2019. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/fag-og-forskning/lab/rettstoksikologiske-analyser>.
4. Den norske legeforeningen. Legen som vitne og sakkyndig [Internett] [Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/rettigheter-og-plikter-for-lege-og-pasient/legen-som-vitne-og-sakkyndig/>.
5. Dommerforeningen, Riksadvokaten, Regjeringsadvokaten, Advokatforeningen. Retningslinjer for sakkyndigarbeid i domstolene.2014. Tilgjengelig fra:https://www.advokatforeningen.no/globalassets/advokatenesfagdager/sakkyndigarbeid_hefte_1214_web.pdf.
6. Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. av 2008-12-18 nr 1486 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-12-18-1486>.
7. Straffeprosessloven. 1981.Lov om rettergangsmåten i straffesaker av 1981-05-22 nr 25. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25?q=straffeprosessloven>.
8. Påtaleinstruksen. 1985. Forskrift om ordningen av påtalemyndigheten av 1985-06-28 nr 1679 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1985-06-28-1679>.
9. Obduksjonslova. 2015.Lov om obduksjon og avgjeving av lik til undervisning og forskning av 2015-05-07 nr 26 Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2015-05-07-26?q=Obduksjonsloven>.
10. Helsebiblioteket. Norsk barnelegeforening. Akutt sosialpediatri - generelle retningslinjer. Pediatriveileder [Internett]. [Oppdatert 2012. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=&menuitemkeylev2=6572&key=148993>.
11. NOU 2001: 12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet, 2001 . Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-12/id377603/>.
12. Rognum TO,red. Lærebok i rettsmedisin, 3. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS; 2016. s. 23-30.
13. Straffeloven. 2005. Lov om straff av 2005-05-20 nr 28. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven>.
14. Thomsen JL,red. Retsmedisin, 3.utgave. FADL's forlag; 2013. s. 386-394.
15. Rättsmedicinalverket. [Internett]. [Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.rmv.se/>.
16. Dansk Selskab for Retsmedicin [Internett]. [Hentet 20.10.2020] Tilgjengelig fra: <https://www.forensic.dk/>.
17. Christensen T, Egeberg M, Læg Reid P, Roness PG, Røvik KA. Organisasjonsteori for offentlig sektor, 3. utgave. Universitetsforlaget; 2015. s.11- 42.

18. Christensen T, Egeberg M, Larsen HO, Læg Reid P, Roness PG. Forvaltning og politikk, 3. utgave. Universitetsforlaget; 2010. s. 11-25.
19. Prop. 74 S (2010–2011). Økonomiske og administrative konsekvenser av overføring av Rettsmedisinsk institutt fra Universitetet i Oslo til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-74-s-20102011/id635523/>.
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Revidert nasjonalbudsjett 2016: Rettsmedisinske fag overføres fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst [Internett]. [Oppdatert 11.05.2016. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/rechtsmedisinske-fag-overfores-fra-folkehelseinstituttet-til-helse-sor-ost/id2500131/>
21. Helsedirektoratet. Rapport :Utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i Norge. 2020. [Internett]. [Oppdatert 15.06.2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-status-og-tiltak-for-a-sikre-kvalitet-rekruttering-og-tilgang-pa-rechtsmedisinsk-kompetanse-i-norge>.
22. Rognum TO. Medisinsk kunnskap i rettens tjeneste. Fremtidig organisering av rettsmedisinske sakkynndigvirksomhet i Norge. [Spesialoppgave mastergrad] Oslo; Universitetet i Oslo; 1995.
23. NOU 2017: 12 Svikt og svik — Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Oslo: Barne- og familiedepartementet, 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>.
24. Prop. 12 S (2016–2017) Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Oslo: Barne- og familiedepartementet, 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>.
25. Utredningsinstruksen. 2016. Instruks om utredning av statlige tiltak av 2016-02-19-184. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2016-02-19-184#KAPITTEL_1.
26. Jacobsen DI, Thorsvik J . Hvordan organisasjoner fungerer. Fagbokforlaget; 2013. 560 s.
27. Salærforskriften. 1997. Forskrift om salær fra det offentlige til advokater m.v. av 1997-12-03-1441. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-12-03-1441>.
28. Politidirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. Felles retningslinjer Statens barnehus. [Oppdatert 19.12.2016. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=barnehus>
29. Helsedirektoratet. Statens barnehus – medisinske undersøkelser. Nasjonale faglige råd. Oslo: Helsedirektoratet, 2019. [Oppdatert 28.03.2019. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/medisinske-undersokelser-i-statens-barnehus>.
30. Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsbrev til helseregionene. [Internett]. [Oppdatert 10.06.2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>.
31. Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 2011-06-24 nr 30. Tilgjengelig fra:

- <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-> og omsorgstjenesteloven.
32. Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner, 2013. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet .Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/>
 33. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. Oversikt over overgrepsmottak i Norge. [Internett]. [Oppdatert 25.06.2019. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.norceresearch.no/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/overgrepsmottak-i-norge>.
 34. Helsedirektoratet. Kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak (høringsutkast). [Internett]. [Oppdatert 26.06.2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kompetanse-og-kvalitet-i-overgrepsmottak>.
 35. Helsedirektoratet. Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten. IS-1457. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet , 2007. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=overgrepsmottak>
 36. Nesvold H, Ormstad K, Friis S. Sexual assault centres and police reporting--an important arena for medical/legal interaction. Journal of forensic sciences. 2011.56(5):1163-9.
 37. Nesvold H, Ormstad K, Friis S. To be used or not to be used, that is the question: legal use of forensic and clinical information collected in a self-referral sexual assault centre. Journal of forensic sciences. 2011.56(5):1156-62.
 38. Helse- og omsorgsdepartementet. Revidert nasjonalbudsjett 2016: Rettsmedisinske fag overføres fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst [Internett]. [Oppdatert 11.05.2016. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/rettsmedisinske-fag-overfores-fra-folkehelseinstituttet-til-helse-sor-ost/id2500131/>.
 39. Den norske patologforening. Årsmeldinger. [Internett]. [Oppdatert 2019. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/den-norske-patologforening/om-oss/arsmeldinger/>.
 40. Spesialistforskriften. 2016.Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger av 2016-12-08 nr 1482. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482?q=forskrift om legespesialist](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482?q=forskrift%20om%20legespesialist).
 41. Nasjonal kompetansesenter for legevaktmedisin. Faggruppe - Overgrepsmottak [Internett] [Oppdatert 2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.norceresearch.no/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/faggruppe-overgrepsmottak>.
 42. Monash University. Forensic Medicine Expert master degree. [Internett]. [Oppdatert 2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.monash.edu/study/courses/find-a-course/2021/forensic-medicine-m6009?international=true>.
 43. Universitetet i Bergen. Forskning ved Det medisinske fakultet 2020 [Internett]. [Oppdatert 19.11.2020. Hentet 20.11.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.uib.no/med/109350/hva-forsker-vi-p%C3%A5>.
 44. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. [Internett]. [Oppdatert 2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvt.no/>.

45. Riksadvokaten. Brev til Justis- og beredskapsdepartementet: Behandling av personopplysninger og biologisk materiale mottatt som ledd i oppdrag for politi og påtalemyndigheten. Dateret 26.04.2018 Referanse: 2013/02359-024 GKL/ggr 623
46. Norsk rettsmedisinsk forening. Nyhetsartikler. [Internett]. [Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.rettsmedisin.org/nyheter>.
47. Norsk Akkreditering. Søkeseite for akkrediterte virksomheter. [Internett]. [Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.akkreditert.no/akkrediterte-organisasjoner/?scope=MedLab&filter=M05>.
48. Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon av 2018-02-13 nr 240. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-02-13-240?q=forskrift> rettsmedisinske kommi.
49. Kunnskapsdepartementet. Tildelingsbrev til universiteter og høyskoler 2019 [Internett]. [Oppdatert 10.12.2018. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kd/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte_brev/2019/tildelingsbrev-til-universiteter-og-hoyskoler-2019/id2622008/.
50. Lag (1995:832) om obduksjon m.m. Svensk obduksjonslov. [Internett]. [Oppdatert 2014. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1995832-om-obduksjon-mm_sfs-1995-832.
51. Ekonomistyringsverket i Sverige. Regleringsbrev Rättsmedicinalverket [Internett]. [Oppdatert 2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?rbid=20356>.
52. Justitiedepartementet. Utvärdering av rättsintygsreformen. [Internett]. [Hentet 20.10.2020]Tilgjengelig fra: <https://www.statkontoret.se/sok/?query=Utv%c3%a4rdering+av+r%c3%a4ttsintygsreformen#>
53. Eriksson A, Krantz P, Rammer L. Rättsmedicinalverket får ansvaret för rättsintyg. Läkartidningen. 2005.102(28-29/2005): 2084.
54. Rättsmedicinalverket. Forensiska dokumentationsläkare viktiga i arbetet att dokumentera skador [Internett]. [Oppdatert 03.10.2017. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.rmv.se/aktuellt/forensiska-dokumentationslakare-viktiga-arbetet-att-dokumentera-skador/>.
55. Socialstyrelsen. Läkarnas specialiseringstjänstgöring Målbeskrivningar 2015. s. 333-47. Tilgjengelig fra: www.socialstyrelsen.se
56. Svensk rättsmedicinsk förening. [Internett]. [Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <http://www.svrmf.se/>.
57. Swedac.[Internett].[Oppdatert 2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.swedac.se/>.
58. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bekendtgørelse om retsmedicinske institutter ved Københavns Universitet, Aarhus Universitet og Syddansk Universitet av 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/1764>
59. Sundhedsloven. Tilgjengelig fra: <https://danskelove.dk/sundhedsloven>.
60. Sundhedsstyrelsen. Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i retsmedicin. Tilgjengelig fra: <https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciellaeger/maalbeskrivelser>.
61. Retsmedicinsk institut, Københavns universitet [Internett]. [Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://retsmedicin.ku.dk/>.
62. Institut for Retsmedicin, Aarhus universitet [Internett]. [Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://forensic.au.dk/>.

63. Retsmedicinsk Institut, Syddansk universitet [Internett]. [Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/ri_retsmedicinsk_institut.
64. DANAK Den Danske Akkrediteringsfond.[Internett]. [Oppdatert 2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <http://portal.danak.dk/>.
65. Folkehelseinstituttet. Forskningsentre ved Folkehelseinstituttet.[Internett]. [Hentet 20.11.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/>.
66. Den rettsmedisinske kommisjon. Årsmeldinger. [Internett]. [Oppdatert 20.03.2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.sivilrett.no/arsmeldinger.339263.no.html>.
67. Rundskriv I-2/2019. Spesialistforskriften med kommentarer 2019. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet , 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22019-spesialistforskriften-med-kommentarer/id2631041/>

10 Appendix A

Kompetansenivåer i rettsmedisin i norske spesialiteter

Utdanningen av legespesialister skal baseres på læringsmål som følger av vedlegg til spesialistforskriften (40). Læringsmål er hva en legespesialist «skal forstå, kunne være i stand til å utføre». Generelle og spesialitetsspesifikke læringsmål er inndelt i tre stigende kompetansenivåer hvor det tredje er det høyeste kompetansenivået:

1 Ha kjennskap til / Kjenne til.

2 Ha kunnskap om/ Under supervisjon kunne utføre/anvende/håndtere

3 Ha god kunnskap om / Kjenne / Beherske / Selvstendig kunne utføre/anvende/håndtere

I de generelle læringsmålene for alle spesialiteter er rettsmedisinsk relevant kompetanse nevnt to steder. Under generelle prosedyrer er angitt at alle leger skal kunne syne et lik (LM-28, kompetansenivå 3). Under temaet er barn det angitt at en (hvilken som helst) spesialist skal kunne avdekke tegn til vanskjøtsel, mishandling og seksuelt misbruk av barn under supervisjon (LM-57, kompetansenivå 2). I de mer spesifikke læringsmålene for ulike legespesialiteter er det vanskelig å gjenfinne rettsmedisinske kompetansekrav. Unntaket er pediatri (barnesykdommer). I læringsmålene for barnesykdommer er det et eget avsnitt for sosialpediatri som spesifikt angir læringsmål innen rettsmedisin og kompetanse til å identifisere overgrep og mishandling. Nesten samtlige er på høyeste kompetansenivå 3 (utklipp):

PED-148	Ha god kunnskap om og kjenne fysiske og psykiske symptomer som gir mistanke om fysisk, psykisk eller seksuelt overgrep eller omsorgssvikt. Selvstendig kunne ivareta barn og ungdom utsatt for overgrep eller omsorgssvikt.
PED-149	Ha god kunnskap om og kjenne symptomer og funn som gir mistanke om påført hodeskade (filleristingsskade – abusive head trauma).
PED-150	Ha god kunnskap om og selvstendig kunne identifisere symptomer og funn som gir mistanke om fabrikkert eller påført sykdom (Factitious disorder by proxy – Münchhausen by proxy). Ha god kunnskap om akutt utredning og dokumentasjon i mishandlings- og overgrepssaker og selvstendig kunne iverksette adekvate tiltak for å beskytte barnet.
PED-151	Kjenne lovverk og retningslinjer vedrørende melding til politi og barnevern. Kunne inngå i tverrfaglig oppfølging og behandling. Ha kunnskap om de grunnleggende prinsipper for rettsmedisinsk aktivitet og kunne skrive en rettsmedisinsk legeerklæring .

I læringsmålene for spesialiteten patologi er det angitt følgende læringsmål under obduksjonsavsnittet, samtlige på laveste kompetansenivå 1 (utklipp):

PAT-181	Ha kjennskap til prinsippforskjeller mellom rettsmedisinske og medisinske obduksjoner, og ha kjennskap til vurdering av dødsteget for dødstidspunktbestemmelse og vurdering av skader (utvendig og innvendig).
PAT-	Ha kjennskap til rettspatologisk sakkyndighetserklæring, samt ha kjennskap til den sakkyndiges rolle i retten og den rettsmedisinske

Ordet «rettsmedisin» i ulike former er nevnt totalt 5 ganger i spesialistforskriftens læringsmål for samtlige spesialiteter nærmere spesifisert under pediatri (2), akutt- og mottaksmedisin (1) og patolog (2).

For akutt- og mottaksmedisin er rettsmedisinsk kompetanse formulert i generelle kliniske læringsmål (utklipp):

Ha god kunnskap om symptomer/tegn på overgrep, mishandling, voldtekt og vold hos voksne og barn. (kompetansenivå 3)
AMM-008 Beherske henvisninger til relevante instanser for oppfølging (kompetansenivå 3).
Ha kunnskap om rettsmedisinske vurderinger i mottak knyttet til dette (kompetansenivå 2).

I tillegg har akutt og mottaksmedisin et læringsmål som omfatter CBRNE-hendelser og beredskap. CBRNE er en fellesbetegnelse som omfatter kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer (R), nukleært materiale (N) og eksplosiver (E) med høyt farepotensiale.

Ordet «sakkyndig» er nevnt 15 ganger i forskriften og er direkte rettsmedisinsk vinklet kun under læringsmålene for patologi og i noen grad innen psykiatri. Den rettsmedisinske kommisjon er nevnt kun under læringsmålene i patologi.

Ordet «vold» er benyttet 11 ganger. Det er kun for spesialitetene barnesykdommer og rus- og avhengighetsmedisin det er nevnt i rettsmedisinsk sammenheng/vold mot pasient.

Arbeidsmedisin har inkludert ordet i risikovurdering for vold på reiser.

«Overgrep» er nevnt 7 ganger. I tillegg til det som allerede er nevnt for Akutt- og mottaksmedisin og barnesykdommer har, spesialiteten gynekologi inkludert ordet i kompetansemålene (kompetansenivå 1) for prøvetaking ved seksuelle overgrep (utklipp):

GYN-077 Ha kjennskap til gynekologisk undersøkelse med prøvetaking og fotodokumentasjon ved seksuelle overgrep.

Dette er for øvrig det eneste rettsmedisinsk relevante kompetansemålet for gynekologi. Ordet er ellers nevnt innen rus- og psykiatrifeltet. I hovedsak som vurderingsgrunnlag for behandlingstiltak. Ved søk på ord som «påtalemyndighet» og «straffesak» er disse ikke omtalt. Det er 7 søketreff på «politi», men ingen i rettsmedisinsk sammenheng. Ordet «mishandling» er benyttet 6 ganger henholdsvis under generelle krav (1)pediatri (1), ortopedi (2) og radiologi og er i hovedsak nevnt i forbindelse med barn. Samtlige krav er på nivå 2.