

Utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i Norge

Først publisert: 26.08.2020

Sist faglig oppdatert: 15.06.2020



Innhold

1. Oppdrag, bakgrunn og prosess	3
2. Dagens ordning – status og utfordringer	7
3. Regelverk	21
4. Rettsmedisin i andre land	26
5. Forslag til tiltak og vurderinger	29
6. Økonomiske og administrative konsekvenser	44
7. Anbefalinger	45
8. Sammensetning av prosjektgruppe, styringsgruppe og referansegruppe	46

Oppdrag, bakgrunn og prosess

1.1

Oppdrag, avgrensing og arbeidsprosess

I Tildelingsbrevet for 2019 fikk Helsedirektoratet følgende oppdrag:

Innen rettsmedisinområdet skal Helsedirektoratet

- redegjøre for status for rettsmedisin mht. behov for, rekruttering til og utvikling av fagområdet
- utrede og foreslå tiltak som kan bidra til å sikre tilstrekkelig tilgang til rettsmedisinsk kompetanse

Leveransefrist til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ble satt til 15. juni 2020.

Avgrensning og definisjon av fagområdet

Oppdraget er avgrenset til å gjelde områdene rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Det omfatter ikke tilgrensende fagområder som rettspsykiatri, rettsgenetikk og rettstoksikologi. I utredningsarbeidet har vi imidlertid sett hen til andre områder, særlig rettspsykiatri.

Rettsmedisin er en spesiell samfunnsoppgave der medisinsk og rettsmedisinsk kompetanse benyttes for å bistå politi og påtalemyndighet med observasjoner og tolkninger av funn på og i kroppen. Rettsmedisin kan defineres som medisinsk kunnskap anvendt i rettens tjeneste. En rettsmedisinsk sakkyndig skal kunne utføre relevante undersøkelser, sporsikring og observasjoner og dokumentere dette. Det skal deretter foretas kunnskapsbasert vurdering av funnene på bakgrunn av mandat (bestilling) fra politi- og påtalemyndighet. Formålet med rettsmedisinske undersøkelser og erklæringer er å bidra til at beslutninger i etterforsknings- og rettsprosesser kan fattes på et så riktig og etterprøvbart grunnlag som mulig.

Det er svært viktig at leger som utøver sakkyndigvirksomhet har solid kompetanse. Konsekvensene av mangelfull undersøkelse, sporsikring og dokumentasjon kan være store, både for offer og mistenkt gjerningsperson, og utgjøre et betydelig rettssikkerhetsproblem.

Vi legger til grunn følgende overordnede definisjon av fagområdene klinisk rettsmedisin og rettspatologi:

- Klinisk rettsmedisin omfatter rettsmedisinske undersøkelser og sakkyndiguttalelser som gjelder levende personer og kan i prinsippet foregå i hele helsetjenesten. Klinisk rettsmedisin omfatter også rettsmedisinske erklæringer på oppdrag fra politi og påtalemyndighet.
- Rettspatologi omfatter i hovedsak rettsmedisinske obduksjoner på oppdrag for politiet. Det inkluderer også likskuer, bistand til åstedsundersøkelser og undersøkelser av levninger.

Arbeidsprosess

Arbeidet med utredningsoppdraget er prosjektorganisert med en prosjektgruppe, styringsgruppe og en ekstern referansegruppe. Referansegruppen har gitt innspill både til statusbeskrivelse og tiltak i to referansegruppemøter, samt gjennom skriftlige innspill. Sammensetning av prosjekt-, styrings- og referansegruppe fremgår av [kapittel 8](#).

HOD har bedt om en redegjørelse for status for fagområdet hva gjelder kompetansebehov, rekruttering, tilgang til rettsmedisinsk kompetanse og fagutvikling og forskning på feltet. For å få en oppdatert beskrivelse av situasjonen har vi blant annet foretatt en kartlegging av status gjennom utsendelse av spørreskjema til helseforetakene (HF) gjennom de regionale helseforetakene (RHF). Det ble i tillegg sendt ut spørsmål til landets overgrepsmottak. Vi har fått innspill fra brukerne av de rettsmedisinske tjenestene, politi og påtalemyndighet, ved telefonintervjuer med blant andre etterforskningsledere og kriminalteknikere ved seks av landets 12 politidistrikter. Innspill til status- og utfordringsbildet er også gitt fra referansegruppen, Legeforeningen, Riksadvokaten/statsadvokatene, Den rettsmedisinske kommisjon, sosialpediatriske fagmiljøer ved barneavdelinger og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLK), både i møter og som skriftlige innspill.

Det er i tillegg hentet informasjon fra årsrapporter fra Den rettsmedisinske kommisjon, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Politidirektoratets årsrapporter. European Council of Legal Medicine (ECLM) er kontaktet for oversikt over spesialiteter i andre land. Fra Sundhedsstyrelsen i Danmark og Rättsmedicinalverket i Sverige har vi fått informasjon om oppbygning og innhold i henholdsvis dansk og svensk spesialitet i rettsmedisin.

1.2

Bakgrunn for oppdraget

I løpet av de senere årene har helsemyndighetene fått flere henvendelser om behovet for en formell godkjenning av kompetanse i rettsmedisin for å sikre kvalitet på rettsmedisinsk sakkyndigarbeid og tilstrekkelig rekruttering til faget. Flere muligheter har vært foreslått, herunder ny spesialitet for leger, etablering av kompetanseområde i rettsmedisin, sertifisering av rettsmedisinere og akkreditering av enheter som driver rettsmedisinske undersøkelser.

På bakgrunn av henvendelser til helsemyndighetene med bekymring for det rettsmedisinske fagområdet holdt Helsedirektoratet et innspillsmøte 29. mars 2017. Der var det bred deltagelse både fra Politidirektoratet, Kripos, Riksadvokaten, statsadvokatembetet, Den rettsmedisinske kommisjon, Justisdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, de regionale helseforetakene, Den norske legeforening, Advokatforeningen, representanter fra fagmiljøene og andre sentrale aktører.

Flere utfordringer rundt utøvelse, organisering og finansiering av fagområdet rettsmedisin kom frem. Dette gjelder særlig klinisk (somatisk) rettsmedisin og rettspatologi. Det ble uttrykt bekymring for rekrutteringen til fagområdet og for stor variasjon i kvaliteten på rettsmedisinsk arbeid. Konsekvensene er store dersom rettsmedisinske undersøkelser og erklæringer ikke holder tilstrekkelig kvalitet til bruk i etterforskning og rettssaker knyttet til drap, vold og overgrep. Manglende tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i deler av landet ble også pekt på som en utfordring. Det ble etterlyst en nasjonal standard på rettsmedisinsk sakkyndigarbeid. Det ble også etterlyst en arena for dialog og samarbeid mellom aktørene i rettsmedisinsk arbeid.

1.3

Sentrale bakgrunnsdokumenter

Det er flere sentrale dokumenter som har betydning for oppdraget. Oversikten nedenfor er ikke uttømmende, men omfatter noen av de mest sentrale dokumentene av betydning for dette oppdraget.

Offentlige utredninger og handlingsplaner

[I NOU 2001: 12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker \(regjeringen.no\)](#) går utvalgets flertall inn for at det opprettes en spesialitet i rettsmedisin/rettspatologi, med begrunnelse i at dette er et faglig krevende spesialområde med stor betydning for rettssikkerheten. Utvalget viser også til en modell for differensiert kvalifisering av sakkyndige for rettsvesenet som ble kalt ABC-modellen. Denne inndelingen benyttes fortsatt i forbindelse med rettsmedisinsk kurs.

[I NOU 2017: 12 Svikt og svik \(Barnevoldsutvalget\) \(regjeringen.no\)](#) anbefales det en rekke tiltak, blant annet å:

- sikre at rettsmedisin blir en spesialisering innenfor medisinfaget, og at det opprettes et nasjonalt kompetansenettverk for rettsmedisin
- styrke faget sosialpediatri for blant annet å bedre differensialdiagnostiske vurderinger og for å nå nasjonale mål om medisinske undersøkelser på Statens barnehus
- standardisere bruken av diagnosekoder som omhandler vold og seksuelle overgrep mot barn ved barneklinner og barnehus.

[I Opptrappingsplan vold og overgrep \(2017-2021\) \(regjeringen.no\)](#) fremgår det blant annet at:

- Det er behov for å øke kunnskapen hos helsepersonell om hvordan sikring av spor ved overgrep kan bli bedre. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å foreslå hvordan dette kan gjøres, herunder vurdere en sertifisering av helsepersonell som skal utføre klinisk rettsmedisinsk undersøkelse og akkreditering av enhetene der undersøkelsene skal foregå.
- Det pågår et arbeid med en ny handlingsplan mot vold (2020-2024) som forventes ferdig i 2020. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som er ansvarlig for denne handlingsplanen.

Normerende produkter som er utgitt av Helsedirektoratet eller flere direktorater sammen

- [Felles retningslinje for Statens barnehus](#) utgitt av Helsedirektoratet, Barne- ungdoms og familiedirektoratet og Politidirektoratet 19. desember 2016 (skal revideres).
- [Nasjonale faglige råd for medisinske undersøkelser i Statens barnehus](#) utgitt av Helsedirektoratet (2019).
- «Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i overgrepsmottak» er under arbeid i Helsedirektoratet og forventes publisert høsten 2020. Retningslinjen er en revisjon av «Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten» (IS-1457) fra 2007. Primær målgruppe for retningslinjen er helseforetak og ledere i overgrepsmottak, og det gis anbefalinger om ansvarsforhold, organisering, samhandling og kompetanse for overgrepsmottak. Det faglige innholdet i veilederen fra 2007 (IS-1457) er kun videreført som generell beskrivelse av det psykososiale, medisinske og rettsmedisinske tilbudet.
- [Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten](#) (Helsedirektoratet) som blant annet beskriver disse tjenestenes ansvar for å avverge, avdekke og forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt.

Oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene

I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene fra 2015 – 2017 fikk RHFene ansvar for å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet for å tilby alle barn som avhøres

ved Statens barnehus medisinsk undersøkelse, i tillegg til de klinisk rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. I oppdragsdokumentet for 2017 heter det blant annet:

«Dette er en del av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. mai levere en plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet. Planen skal beskrive hvordan kapasiteten kan styrkes gjennom bruk av sosialpediatere og annet helsepersonell, herunder sykepleiere.»

Videre ble det i perioden 2017-2020 avsatt midler på statsbudsjettet til dette formålet og for å nå nasjonale mål om å styrke fagområdet sosialpediatri. Dette omfatter blant annet å bedre differensialdiagnostiske vurderinger, tilby medisinske undersøkelser på Statens barnehus, samt standardisere bruken av diagnosekoder som omhandler vold og seksuelle overgrep mot barn ved barneklionikker og barnehus.

Dagens ordning – status og utfordringer

For å få mer kunnskap om hvordan helseforetakenes organisering av de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene og de rettspatologiske tjenestene, ble det sendt ut et kartleggingsskjema til alle RHF-ene og bedt om at skjemaet ble videresendt til aktuelle avdelinger. I tillegg ble det sendt ut kartleggingsskjema til alle landets overgrepsmottak. Totalt mottok Helsedirektoratet svar fra 9 patologiske avdelinger, 9 barne- og ungdomsavdelinger og noen få kliniske avdelinger. Fra overgrepsmottakene var det totalt 14 respondenter.

Selv om det hadde vært ønskelig med et større antall respondenter, både innenfor barne- og ungdomsfeltet og fra de kliniske avdelingene og overgrepsmottak som yter rettsmedisinske tjenester til voksne, oppfatter vi at kartleggingsundersøkelsen gir et godt bilde av status for rettsmedisinske tjenester. I tillegg er dette belyst i møter og intervjuer med ulike fagpersoner og fagmiljøer innen rettsmedisin.

Med bistand fra Politidirektoratet ble det plukket ut relevante fagpersoner i seks av landets 12 politidistrikter for telefonintervju med spørsmål knyttet til tilgjengelighet og kvalitet på rettsmedisinske undersøkelser og erklæringer. Disse dekker både Nord-, Midt-, Vest- og Øst-Norge, herunder Oslo. Denne metoden ble valgt i stedet for utsendelse av spørreskjema.

Nedenfor gis en oppsummering av de innspillene vi har fått. Innenfor rammen av dette oppdraget er det ikke innhentet innspill fra landets fastleger og de kommunale legevaktene. Disse førstelinjetjenestene har en viktig rolle hva gjelder avdekking og oppfølging av vold og overgrep, herunder vold i nære relasjoner. Beskrivelsene av disse tjenestene bygger overveiende på informasjon i rapporter og innspill fra instanser med kunnskap om disse tjenestene.

2.1

Kartlegging rettspatologiske tjenester

Organisering, kompetanse og kapasitet innen rettspatologi

I 2018 ble det gjennomført totalt 2170 rettspatologiske obduksjoner i de fire helseregionene. Over halvparten ble utført ved OUS, om lag 27 prosent ble utført i Helse Vest, 14 prosent i Helse Midt-Norge og 7 prosent i Helse Nord.

Ansvar for de rettspatologiske obduksjonene og øvrige rettsmedisinske undersøkelsene relatert til dødsfall er noe ulikt organisert i helseregionene:

Helse Sør-Øst:

- seksjon for rettspatologi og klinisk rettsmedisin på Oslo Universitetssykehus (OUS)

Helse-Vest:

- avdeling for patologi på Stavanger Universitetssykehus (SUS)
- klinisk institutt 1 ved Universitetet i Bergen (UiB)

Helse-Midt-Norge:

- avdeling for patologi på St. Olavs hospital

Helse Nord:

- avdeling for klinisk patologi på Universitetssykehuset Nord- Norge (UNN)
- avdeling for patologi på Nordlandssykehuset.

Den vanligste organiseringen er at avdelingenes overleger i patologi fordeler de rettsmedisinske obduksjonene mellom seg i en turnusordning. I tillegg gjøres et begrenset antall kliniske rettsmedisinske undersøkelser på de fleste institusjonene.

To av avdelingene skiller seg ut fra de øvrige. Det er seksjon for rettspatologi og klinisk rettsmedisin ved OUS og rettsmedisin ved UiB. Legene som er ansatt her har ingen andre ordinære oppgaver innen patologi, men utfører kun rettspatologiske obduksjoner og i noen grad kliniske rettsmedisinske undersøkelser. Rent størrelsesmessig representerer de også ytterpunktene med henholdsvis 12 og 2 stillinger for leger pr i dag.

De fleste legene som utfører rettspatologiske obduksjoner er spesialister i patologi, mange med lang erfaring innen rettspatologi. Noen av legene er professorer i rettsmedisin eller har en svensk rettsmedisinsk spesialitet. Ved OUS har 3-4 overleger et spesifikt ansvar for barneobduksjoner, men ingen formell utdanning i patologi eller pediatri.

Flere respondenter viser til at når det er få ansatte med kompetanse innen rettspatologi gir dette en ekstra sårbarhet med hensyn på etterutdanning, sykefravær og ferieavvikling, og at det kan være krevende å ferdigstille de rettsmedisinske rapportene innen ønsket tid. Rekrutteringssituasjonen oppleves noe ulikt, men kanskje spesielt krevende ved OUS og UiB. Ved UiB er det få stillinger og mangel på opplæringsstillinger og på OUS er det stor turnover av leger. Situasjonen forverres av at erfarne rettsmedisinere har gått av med pensjon de siste årene eller nærmer seg pensjonering.

Utdanning og kompetanseheving innen rettspatologi

De mest vanlige kompetansehevende tiltakene er deltagelse på de såkalte B- og C-kursene innen rettsmedisin, samt andre nasjonale og internasjonale kurs, intern kollegial veiledning, og hospitering ved seksjon for rettspatologi og rettsmedisin på OUS eller i utlandet. På OUS er det utarbeidet interne læringsmål for oppnåelse av overlegekompetanse spesifikt for enheten og systematisk veiledningsoppfølging. Respondentene viser til at det er utfordringer med en stabil og forutsigbar kompetansebygging når det er store ulikheter knyttet til antall stillinger og finansiering.

Fagutvikling og forskning innen rettspatologi

Fagutvikling oppgis som hovedregel å skje gjennom internt samarbeid og nettverksamarbeid med andre fagmiljøer, nasjonalt og internasjonalt.

Ved seksjon for rettspatologi og klinisk rettsmedisin på OUS har det vært mye samarbeid med forskningsmiljøer også utenfor rettspatologi og klinisk rettsmedisin, først og fremst med ulike kliniske miljøer. Forskingen har omfattet felter som plutselig barnedød, barnemishandling, dødstidspunktbestemmelse og skademekanismer ved trafikkulykke. På UiB foregår noe forskning i rettspatologi i universitetsregi og på St. Olavs hospital har det tidligere vært et samarbeid med NTNU som

har drevet forskning og undervisning i rettsmedisin. På Stavanger Universitetssykehus er alle legene som jobber med rettspatologi involvert i forskningsprosjekter med større eller mindre tilknytning til rettsmedisinske problemstillinger.

Det vises til at det er vanskelig å få økonomiske midler til rettsmedisinsk forskning, da det bevilges lite til dette området. Det oppleves å være et stort og uutnyttet potensiale når det gjelder nasjonalt samarbeid om forskningsprosjekter på tvers av institusjoner/fagmiljøer innen både rettspatologi og klinisk rettsmedisinske fagmiljøer.

Det påpekes også til at hvis det skal være mulig å forbedre det rettsmedisinske arbeidet for påtalemyndigheten, er det behov for forskning og metodeutvikling.

Innspill fra politidistriktene – tilgjengelighet til rettspatologiske tjenester

Det er stor variasjon i tilgjengelighet til rettspatologiske tjenester mellom politidistriktene. Det opplyses at det i enkelte distrikter er svært sårbart, ett sted kun én til to som er tilgjengelige. Disse kontaktes ofte privat, også på kveldstid og i helger. Det mangler vaktordninger og påpekes også at det er behov for en beredskapsordning slik at en sikrer at det til enhver tid er tilgjengelige rettsmedisinere i landet.

Manglende tilgang til rettsmedisinere i eget politidistrikt kan medføre tidstap med tap av spor og dermed dårligere kvalitet på rettsmedisinske undersøkelser og -erklæringer. Det opplyses også at rettsmedisinere sjelden eller aldri er ute på åsted og at det i noen tilfeller kan innebære at man mister vesentlig informasjon.

Flere har tatt opp at det er uheldig at rettsmedisinske tjenester som obduksjoner/rettspatologi delvis er privatisert.

Det ble stilt spørsmål ved om det foretas for få rettsmedisinske obduksjoner i Norge og om det kan ha med finansierungsordningen å gjøre, da politidistriktene selv dekker kostnadene. Noen av respondentene mente at antallet har økt noe som følge av politireformen, men at det fortsatt er for lavt. Lange avstander og høye kostnader ved frakt av lik kan medføre et for lavt antall rettsmedisinske obduksjoner.

Innspill fra andre aktører om rettspatologiske tjenester

I møte med Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) og i referansegruppemøter har det kommet mange innspill på status og utfordringer innen rettspatologi. Lav rekruttering oppfattes som kritisk for fagområdet, ikke minst fordi flere av de mest erfarne rettspatologene snart nærmer seg pensjonsalder eller allerede har gått av med pensjon. Det oppleves å være interesse blant yngre leger for å jobbe med rettsmedisin, men allikevel vanskelig å rekruttere til et fagområde som ikke har en spesialitet som utdanningsmål. Kapasiteten til å utdanne yngre leger er også noe begrenset enkelte steder og mangler helt ved Universitetet i Bergen.

Manglende vaktordninger for rettspatologiske tjenester har i lang tid vært kompensert for ved at politiet kontakter leger som de kjenner, og at disse stiller opp på frivillig basis. Dette er et system som oppleves som lite forutsigbart, både for rekvirenter og rettsmedisinere, og er heller ikke en ordning som oppleves som attraktiv for nye rettsmedisinere. Det vises også til at store avstander kan gjøre det problematisk med åstedsundersøkelser og at det ikke alltid er rettsmedisinere tilgjengelig når det er et behov.

Generelt stor arbeidsmengde medfører at det tar lang tid å ferdigstille de rettspatologiske rapportene, noe som også medfører redusert verdi av rapportene og forsinkelser i politiets arbeid.

2.2

Kartlegging klinisk rettsmedisinske tjenester voksne

Nedenfor gis en beskrivelse av de klinisk rettsmedisinske tjenestene til voksne som har vært utsatt for vold og mistenkte gjerningspersoner slik det fremkommer av tilbakemeldingene fra helseforetakene.

Organisering av klinisk rettsmedisinske tjenester til voksne utsatt for vold

Et hovedinntrykk er at de klinisk rettsmedisinske undersøkelsene av voksne som har vært utsatt for vold utføres som en ordinær del av virksomheten på ulike kliniske avdelinger og i liten grad er organisert som en egen aktivitet. De rettsmedisinske undersøkelsene oppgis å være en liten del av spesialistoppgavene, og sjeldent knyttet til noen enkelte leger, men fordeles på tilgjengelige leger. Tilbakemeldingen fra flere helseforetak er at det i utgangspunktet er spesialist innen relevant fagområde som skal utføre slike oppdrag.

Flere av de større avdelingene som yter rettspatologiske tjenester opplyser at de også gjennomfører kliniske rettsmedisinske undersøkelser på oppdrag fra politiet. Omfanget av disse oppdragene er relativt lavt og utgjør for eksempel kun fem prosent av alle oppdrag i seksjon for rettspatologi og klinisk rettsmedisin ved OUS. Det betyr at hoveddelen av de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene i dag gjennomføres av leger ansatt i kliniske avdelinger. Det vises til at det er behov for å definere grenseoppgangen mellom den kliniske rettsmedisinen som rettspatologene skal involveres i og klinisk rettsmedisin som utøves av andre spesialiteter.

En utfordring som trekkes frem er at rettsmedisinske undersøkelser bør samles på færrest mulig innen hver spesialitet, samtidig må det være flere leger som utfører slike oppdrag for å unngå at systemet blir for sårbart ved fravær. Det settes også spørsmålsteget ved den generelle kompetansen i helsetjenesten til å dekke vold i nære relasjoner.

Organisering av kliniske rettsmedisinske tjenester til voksne utsatt for seksuelle overgrep

Ansvar for voksne utsatt for seksuelle overgrep ble overført fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten i 2016 ([jf. Prop. 1 S \[2014-2015\]](#)) ([regjeringen.no](#)). Spesialisthelsetjenesten fikk da ansvar for overgrepsmottakene. Organisering av overgrepsmottak er tilpasset lokale og geografiske forhold. Det er per i dag 24 overgrepsmottak der ca. halvparten blir driftet kommunalt etter avtale med tilhørende helseforetak.

Helsedirektoratet mottok svar fra 14 respondenter og enkelte svarte for flere mottak. Respondentene representerte alle regionale helseforetak og inkluderte både mottak i sykehus og mottak i kommunal regi.

Overgrepsmottak i sykehus er tilknyttet ulike avdelinger, for eksempel kvinneklinikken (Alta), gynekologisk avdeling (St. Olavs, Lillehammer, Levanger), barneavdeling (St. Olavs), akutt- og intensivenheten (Finnmark SH). Mottak i sykehus baserer seg hovedsakelig på leger som er ansatt i avdelingen mottaket er knyttet til, inkludert leger i spesialisering (LIS).

Kommunalt driftede mottak kan være tilknyttet lokal legevakt (Oslo, Bergen) eller interkommunal legevakt (Helse Førde). Kommunale mottak knytter til seg leger som har klinisk praksis andre steder, som fastleger, spesialister i anestesi, gynekologi, hud- og veneriske sykdommer, kirurgi og samfunnsmedisin, og baserer seg på å ringe opp disse ved behov.

Mottaket i Vestfold er frittstående og driftes av Sandefjord kommune etter avtale med Sykehuset i Vestfold HF. De har også et ambulerende tilbud. Mottaket har en organisering basert på SANE-modellen (sexual assault nurse examiner) og leger tilknyttet har ingen spesiell rettsmedisinsk kompetanse.

Generelt utfører alle leger tilknyttet overgrepsmottak rettsmedisinske undersøkelser. Kompetansen erverves gjennom deltakelse på kurs, samt intern opplæring og veiledning etter litt ulik struktur. Enkelte større mottak har innført rutiner med kvalitetssikring av rettsmedisinske protokoller ved fast ansatt overlege(r). Mottakene rapporterer at de i forhold til antall saker stort sett har tilfredsstillende dekning av personer med kompetanse i klinisk rettsmedisin.

Utfordringer med rekruttering av leger til overgrepsmottak varierer noe med mottakets størrelse, tilknytning og geografisk lokalisasjon. Landets største mottak (Oslo) har ingen rekrutterings-utfordringer og liten utskifting av fast ansatte, men etterlyser mulighet for å gi leger et systematisk kompetanseløp i klinisk rettsmedisin i Norge. Mottaket i Bergen rapporterer om høy belastning og stor utskifting av leger blant annet fordi det er begrenset hvor lenge legene kan være på legevakt/skadepoliklinikk som en del av sin spesialistutdanning. Mottak ved mindre sykehus melder at det generelt er problemer med å rekruttere overleger. Større sykehus ønsker å beholde den kompetansen de allerede har.

Flere av respondentene melder at leger har interesse for feltet, men det etterlyses også der et systematisk kompetanseløp i klinisk rettsmedisin. Ved kommunalt drevne mottak er det utfordringer med rekrutteringen på grunn av kombinasjonsstillinger for legene. Likevel er det liten utskifting av leger som allerede er tilknyttet overgrepsmottaket, uavhengig om det er i sykehus eller kommunalt drevet. Lokal tilhørighet, samt gode kommunale avtaler, angis som årsaker. Hovedutfordringene rapporteres å ligge i å opprettholde et godt fagmiljø både lokalt og nasjonalt. Unntaket for lokalt fagmiljø er mottaket som er basert på SANE-modellen, som er attraktivt for sykepleiere. Respondentene for øvrige mottak melder også at sykepleiere finner arbeid ved overgrepsmottak attraktivt, utfordrende og kompetansehevende. Det er liten utskifting av sykepleiere ved mottakene, enten de er kommunale eller i sykehus.

Innspill fra politidistriktene – tilgjengelighet og kvalitet på klinisk rettsmedisinske tjenester

Tilgjengeligheten er stort sett god, selv om lange avstander er en utfordring for undersøkelse av både offer og gjerningsperson. Når det gjelder undersøkelser av voksne oppgis det at tilgjengeligheten er god ved overgrepsmottakene, men det er mer uklart når det gjelder voldssaker. Flere ønsker ett sted å henvende seg for politiet. Det mangler beredskaps- og vaktordninger særlig på kveldstid og helger og det ønskes en ambulant tjeneste. Det er stor variasjon i kommunene. Det er litt tilfeldig om leger ved legevakt har kompetanse i sporsikring og rettsmedisinske undersøkelser.

Lange reiser for rettsmedisinske undersøkelser av barn oppleves som særlig vanskelig. Avtalene mellom barneavdelinger og Statens barnehus bidrar likevel til at barn får medisinsk og rettsmedisinsk undersøkelse i rimelig tid, men kompetansen varierer. Det er viktig å få rettsmedisinsk kompetanse raskt slik at etterforskning kan starte.

Kvalitet på rettsmedisinske tjenester. Betydningen av gode og mer standardiserte mandater fra politi/påtalemyndighet som kan bidra til bedre kvalitet på undersøkelser og erklæringer ble understreket av flere representanter for politidistriktene. Kvaliteten på undersøkelser og erklæringer fra barneleger oppleves som god. Samarbeidet mellom politiets etterforskere og rettsmedisinere oppgis som godt. Noen

oppgir at Politiet har for dårlig «bestillerkompetanse». Det påpekes at lange avstander gir tidstap og dermed forringer kvaliteten både på undersøkelser og erklæringer. Betydningen av raskt svar for å avklare om det skal igangsettes etterforskning ble også påpekt.

Det er også et problem at det tar for lang tid før endelig rapport/erklæring foreligger. Noen stiller spørsmål ved om det er tilstrekkelig grad av objektivitet/nøytralitet i enkelte erklæringer. Det ble ikke stilt spørsmål om behovet for en spesialitet i rettsmedisin i intervjuene, men det ble nevnt at faget vil være mer interessant for leger dersom det er en spesialitet.

Innspill fra andre aktører om klinisk rettsmedisinske tjenester

I referansegruppemøter og i møter med aktørene uttrykkes bekymring over at ansatte i helsetjenesten trolig har for liten kompetanse til å avdekke og håndtere vold i nære relasjoner. Sakene kan være omfattende og tidkrevende og det er en utfordring at sporsikring og undersøkelse gjøres av lege uten spesialkompetanse. Det vises til at politiet kan miste mye viktig informasjon/bevis på grunn av underdokumentasjon. Det etterspørres også mer kunnskap om dokumentering av psykososiale forhold. Det bemerkes at rettsmedisin i noen tilfeller vil omfatte undersøkelse av antatt gjerningsperson, ikke bare den som har vært utsatt for vold, og understrekes at ansatte bør ha tilstrekkelig kompetanse til å vite når det må tilkalles rettsmedisinsk spesialistkompetanse.

Det vises til at det er mangel på systematisk kompetanseoppbygging, både for leger og sykepleiere, og at for å oppnå og vedlikeholde kompetanse kreves et visst volum. Når det gjelder rekrutteringsutfordringer er det en opplevelse av at dette blant annet kan skyldes usikkerhet knyttet til rollen som sakkyndig i rettssaker, og å måtte forholde seg til aktører utenfor helsetjenesten, som politi og rettsapparat.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) uttaler blant annet at det i dag ikke stilles noen krav til leger eller annet helsepersonell for å arbeide med seksuelle overgrep i overgrepsmottak utover autorisasjon som lege, sykepleier mv. De påpeker betydelige forskjeller i rettsmedisinsk kompetanse mellom overgrepsmottakene. NKLM erfarer også at det er store udekkede behov hva gjelder dokumentasjon av rettsmedisinsk arbeid ved vold i nære relasjoner. Dette er pasienter som behandles hos fastlege, legevakt og ulike sykehusavdelinger. Skader ved vold i nære relasjoner medfører ofte sykehusinnleggelse og i blant dødsfall.

Andre forhold det vises til er behovet for sikker overføring av dokumenter og oppbevaring av bilder. Videre at begrenset bemanning og lang ventetid på ubekvem arbeidstid kan medføre at den voldsutsatte blir bedt om å komme tilbake neste dag. Kapasitetsutfordringer fører også til at det brukes lang tid på å ferdigstille rettsmedisinske erklæringer.

Det gis også innspill om at politijuristene trenger kompetanse i å skrive gode mandater.

2.3

Kartlegging klinisk rettsmedisinske tjenester barn

Organisering av klinisk rettsmedisinske tjenester for barn

De kliniske rettsmedisinske tjenestene for barn utføres som hovedregel som en del av den ordinære kliniske virksomheten i barne- og ungdomsavdelingene og gjennom disse avdelingenes arbeid ved Statens barnehus.

I mange tilfeller blir barn henvist til barneavdelingene på grunn av mistanke om at de har blitt utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Alle barneavdelinger kan bli bedt om å gjennomføre en klinisk rettsmedisinsk undersøkelse av et barn som er henvist, eller hvor det oppstår mistanke etter en innleggelse. Som hovedregel er det vesentlig at undersøkelse og sporsikring gjøres så raskt som mulig.

På de større barne- og ungdomsavdelingene vil det være en eller flere av avdelingens overleger med tilleggskompetanse i sosialpediatri som utfører de klinisk rettsmedisinske undersøkelsene av barn under 18 år på dagtid. På kveldstid/natt og i helger er det som regel avdelingens leger i det alminnelige vaktarbeidet som har ansvaret for undersøkelse av barnet. En av barne- og ungdomsavdelingene oppgir at de har en tertiærvaktfunksjon hvor en overlege med kompetanse på vold og overgrep er tilgjengelig for konferering med øvrige leger i avdelingen til enhver tid.

Ved Oslo universitetssykehus (OUS) er det opprettet en egen sosialpediatrisk seksjon som har åpent på dagtid alle hverdager. Seksjonen har også en regional kompetansetjeneste om vold og seksuelle overgrep mot barn og unge, etablert av Helse Sør-Øst RHF. På St. Olavs hospital har barneavdelingen ansvar for en sosialpediatrisk poliklinikk tre dager per uke ved Statens barnehus. Avdelingen har også organisert akuttmottak for barn og voksne utsatt for vold og seksuelle overgrep i en «overgrepshenhet» i samarbeid med kvinneklinikken. Barneavdelingen har en egen gruppe sykepleiere (SO-sykepleiere), som har hjemmeberedskap, og rykker ut ved behov for akutte undersøkelser av barn og voksne hvor det er behov for sporsikring. Sykepleiere med mye erfaring i pediatri og sosialpediatri trekkes frem som en viktig ressurs i flere av tilbakemeldingene fra barne- og ungdomsavdelingene.

Noen av barne- og ungdomsavdelingene i Helse Sør-Øst oppgir at de ikke undersøker barn hvor det er mistanke om seksuelle overgrep, men henviser barnet til barne- og ungdomsklinikken på OUS.

Manglende sosialpediatrisk kompetanse kveld/natt og i helger trekkes frem som en betydelig utfordring av flere respondenter. Begrenset kompetanse i sosialpediatri hos leger på vakt gjør at både undersøkelsen og sporsikringen kan være ufullstendig. Det blir også trukket frem at undersøkelsessituasjonen kan oppleves som krevende for helsepersonell som ikke jobber med denne problematikken til daglig, men kun i en vakt situasjon kanskje en eller to ganger årlig.

Det blir også vist til at samtidighetskonflikt med annet vaktarbeid kan gi en risiko for at vakthavende lege må prioritere vekk en klinisk rettsmedisinsk undersøkelse på grunn av andre akutthendelser.

Kompetanse og kapasitet ved dagens klinisk rettsmedisinske tjenester for barn

Barne- og ungdomsavdelingene som har svart på kartleggingsundersøkelsen, oppgir å ha en eller flere overleger som er spesialister i pediatri med sosialpediatri som ansvarsområde. Disse legene arbeider regelmessig med kliniske rettsmedisinske oppgaver. De klinisk rettsmedisinske undersøkelsene gjennomføres enten i barne- og ungdomsavdelingene eller på Statens barnehus, hvor noen av overlegene har deltidsstillinger. I tillegg har flere av avdelingene en eller flere leger i spesialisering, med fordypning i sosialpediatri, som også gjennomfører kliniske rettsmedisinske undersøkelser under veiledning eller alene. Lege- og sykepleiergruppene på området beskrives gjennomgående som stabile og «unge» slik at det er liten avgang på grunn av pensjonering.

Det er spesielt to forhold som blir pekt på når det gjelder tilstrekkelig balanse mellom ressurser og arbeidsbelastning. Det ene gjelder organisering av akuttberedskap, hvor det er for få barneleger med sosialpediatrisk kompetanse til å få etablert en bakvaktordning. Dermed er det liten mulighet for vakthavende lege, eller andre kliniske avdelinger, til å konferere eller få veiledning av en lege med sosialpediatrisk kompetanse på kveld/ natt og i helger.

Det andre forholdet det pekes på er at dagens kapasitet innen sosialpediatri på Statens barnehus ikke er nok til å oppfylle Helsedirektoratets anbefalinger om at alle barn som kommer til Statens barnehus skal tilbys en medisinsk undersøkelse. Det er i liten grad avsatt tid til å delta på samrådsmøter, jf. [Nasjonale faglige råd for medisinske undersøkelsen i Statens barnehus](#). Når de knappe sosialpediatriske ressursene skal deles mellom tilstedeværelse i avdelingen og tjeneste på Statens barnehus, oppleves dette i tillegg å øke sårbarheten i avdelingen og gi mindre muligheter for veiledning og konferering for avdelingens øvrige leger.

Det trekkes også frem at sosialpediatrisk kompetanse er tidkrevende å bygge opp og tradisjonelt sett har vært vanskelig å rekruttere til grunnet belastningen ved de alvorlige problemstillingene i dette arbeidet. I tillegg trekkes det frem at det å møte i retten og forholde seg til mange aktører utenfor helsevesenet kan oppleves som tungt.

En viktig del av det kliniske rettsmedisinske arbeidet er å utarbeide den rettsmedisinske rapporten til politiet. En av de store barne- og ungdomsavdelingene bemerker at en økende arbeidsbelastning har ført til at de aller fleste rapportene ikke er ferdigstilt før etter flere uker/måneder, og at mange av sakene da var avsluttet hos politiet.

Utdanning og kompetanseheving innen klinisk rettsmedisinske tjenester for barn

Etterutdanning består av deltakelse i nasjonale kurs som B- og C-kurs innen rettsmedisin (se beskrivelse i [kapittel 3.1 om Den rettsmedisinske kommisjon](#) og [kapittel 5.2 om dagens situasjon](#)), kurs i barnemishandling, omsorgssvikt og voldsbedømming, kurs i sosialpediatri og kurs i klinisk rettsmedisin ved seksuelle overgrep. Noen barne- og ungdomsavdelinger oppgir at de deltar på internasjonale kurs og diverse regionale kurs. Møter og kurs med fagmiljøer som nettverksmøter og møter på Statens barnehus er andre arenaer for kompetanseheving.

Internt i avdelingene gis det kollegaveiledning, noen steder i en systematisk form, andre steder gis veiledning i forbindelse med akutte saker på vakt.

På OUS har leger i spesialisering (LIS) på barne- og ungdomsklinikken to ukers praksis på seksjon for sosialpediatri. LIS i barne- og ungdomspsykiatri (BUP) har også to ukers praksis ved barneavdeling. I tillegg har pediatere fra andre sykehus praksis ved seksjonen i en eller to uker for å lære sosialpediatri og klinisk rettsmedisin. Det bemerkes at dette er for kort tid til å opparbeide nødvendig kompetanse, og at det flere steder er behov for å øke kompetansen i sosialpediatri og klinisk rettsmedisin. Det etterlyses også et internettbasert nasjonalt system for fagfelleevaluering hvor det på en trygg måte kan sendes bilder og gis tilbakemeldinger på disse.

Fagutvikling og forskning innen klinisk rettsmedisinske tjenester for barn

Barne- og ungdomsklinikkene gir tilbakemelding om at det er stort behov for forskning og fagutvikling på området. Det er ingen selvstendige pågående forskningsprosjekter innen klinisk rettsmedisin ved noen av avdelingene som har svart på kartleggingsundersøkelsen, men en av avdelingene bidrar med data til forskning ved OUS.

Barne- og ungdomsavdelingen ved St. Olavs hospital har tidligere drevet en del klinisk forskning og er nå i gang med å innlede et forskningssamarbeid med NTNU og Trøndelag politidistrikt med tanke på forebygging av seksuelle overgrep. I denne avdelingen er det også opprettet et midlertidig kvalitetsregister i sosialpediatri som del av en fagutvikling.

For øvrig ivaretas fagutvikling gjennom nettverkssamarbeid, møter og kurs i fagmiljøet. En av barne- og ungdomsavdelingene gjennomfører i tillegg undervisning i fagområdet ved andre enheter i helseforetaket.

Det vises til at det er en rekke uavklarte spørsmål på feltet og behov for videre klinisk forskning. Det vises videre til at med tilrettelegging kan det bygges både klinisk forskningskompetanse og samfunnspediatrisk forskningskompetanse.

Innspill fra andre aktører om klinisk rettsmedisinske tjenester for barn

I møte med de sosialpediatriske fagmiljøene på Statens barnehus, møte med referansegruppen og Den rettsmedisinske kommisjon har det kommet mange innspill på status og utfordringsbildet knyttet til rettsmedisinske tjenester for barn som har vært utsatt for vold eller overgrep.

Det vises til at den første undersøkelsen av et barn er svært viktig. Helsetjenesten må vite hvordan barn og pårørende skal ivaretas i en akutsituasjon og ha mulighet for å gi psykososial oppfølging. Det er en utfordring om barnet undersøkes suboptimalt, da mangler kan gjøre undersøkelsen/vurderingen vanskelig. Hvis barnet må innkalles på nytt dagen etter skjer det ofte at barnet ikke ønsker enda en undersøkelse. Den rettsmedisinske erklæringen kan ha liten verdi når det har gått for lang tid før undersøkelsen ble foretatt.

Barneavdelingene oppgis å ha for få spesialister til å dekke et døgntkontinuerlig behov og et for lite og sårbart fagmiljø de fleste stedene i landet. Det er bekymring knyttet til de rettsmedisinske undersøkelsene som gjøres på barneavdelingene av lege i vakt, og at det er de mest uerfarne som skal gjøre sporsikring. Manglende kompetanse på sporsikring kan også gjelde overleger i bakvakt. Det er lite tid til kompetanseheving og stor arbeidsbelastning på helsepersonell som jobber med vanskelige saker, noe som også gjør det krevende å rekruttere. Det settes også spørsmålstegn ved om barneavdelingene er tilstrekkelig tilrettelagt for akutsaker med hensyn på sporhygiene, lokaler og kunnskap.

Det trekkes frem som ønskelig med et samarbeid med rettsmedisinere ved alvorlige skadetilfeller som krever spesialkunnskap om skademekanismer og erfaring med rekonstruksjoner av skadehendelser. Det fremholdes at slikt samarbeid vil kunne løse dilemmaer som behandlende leger kan oppleve i forhold til lege-pasient forholdet og rollen som sakkyndig.

Av forhold som trekkes frem ved de rettsmedisinske erklæringene og samarbeidet med justissektoren er manglende kvalitetssikring av mandater fra politi og påtalemyndighet, manglende kommunikasjon mellom revirent og lege om prioritering av saker/erklæringer og manglende opplæring i opptreden i retten.

Organisering av de sosialpediatriske tjenestene ved Statens barnehus varierer mellom de ulike barnehusene. Der hvor det fungerer godt opplever helsepersonell seg inkludert og at det er et godt

samarbeid med politiet. Der hvor det ikke fungerer like bra opplyses det at det er lite samarbeid med politiet, helsepersonell deltar ikke på samrådsmøtene og mange medisinske undersøkelser blir avlyst uten nærmere beskjed. Rekruttering til dette arbeidet oppleves som utfordrende ved noen barnehus, andre steder fungerer dette bra.

Det bemerkes at de [faglige rådene for barnehusene](#) er gode men vanskelig å få til fungere hvis de bare «eies» av helsetjenesten. Et forhold som trekkes frem er at helsepersonellet har liten oversikt over hvilke barn som er i kontakt med barnehusene. Det vises til de faglige rådene fra Helsedirektoratet om at alle barn som er i tilrettelagt avhør ved barnehusene skal tilbys en medisinsk undersøkelse og at det ikke bør være politiet som bestemmer om det skal tilbys eller ikke.

Få saker kan være en stor utfordring i forbindelse med kompetanseheving. Spesielt sakene knyttet opp mot seksuelle overgrep oppleves som vanskelige hvis det er begrenset kompetanse, og ingen som kan gi veiledning.

2.4

Beskrivelse av status og utfordringer i rapporter fra Politidirektoratet, Den rettsmedisinske kommisjon, Statens barnehus m.fl.

Anmeldelser av volds- og seksuallovbrudd

Volds- og seksuallovbrudd utgjør et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Antall anmeldelser på bakgrunn av vold- eller seksuallovbrudd har økt med henholdsvis 23,3 prosent og 75,2 prosent i tidsrommet 2014-2018 ([STRASAK rapporten 2018](#)) ([politiet.no](#)).

I rundskrivet fra Riksadvokaten er sentrale prioriteringer for iverksettelse og gjennomføring av etterforskning i 2019 blant annet etterforskning av sakstyper som vold mot barn og andre særlig sårbare fornærmede, mishandling i nære relasjoner, alvorlige seksuallovbrudd, herunder misbruk og overgrep mot barn via internett, og drap og alvorlige voldslovbrudd som setter liv og helse i fare.

I STRASAK-rapporten fra 2018 fremkommer at det i perioden 2014-2018 har vært en markant økning i antall seksuallovbrudd, spesielt seksuelle overgrep mot barn. Antall anmeldelser for seksuallovbrudd generelt var 8 374 i 2018, som er 3 595 flere saker enn i 2014 og innebærer en økning på 75, 2 % (se Tabell 1). Det vises til at seksuallovbrudd er en kriminalitetstype hvor det tradisjonelt har vært store mørketall og at disse fremdeles antas å være høye.

Når det gjelder kriminalitetstypen vold har dette hatt en økning i anmeldelser på 23,3 prosent i tidsperioden 2014-2018. Antall anmeldte voldslovbrudd var 32 884 i 2018.

Tabell 1. Antall anmeldte lovbrudd etter kriminalitetstype. Tabellen viser særlig økning i antall anmeldelser om vold og seksuallovbrudd i løpet av femårs-perioden fra 2014 til 2018.

	Antall anmeldte	Prosent endring	Prosent ei
--	-----------------	-----------------	------------

Kriminalitetstype	lovbrudd i 2018	2017-18	2014-18
Vinning	99 541	-2,3 %	-36,3 %
Trafikk	54 092	-1,1 %	-9,6 %
Annen	39 267	2,4 %	-20,0 %
Narkotika	35 296	-4,0 %	-26,6 %
Vold	32 884	1,1 %	23,3 %
Økonomi	29 401	9,4 %	280,9 %
Skadeverk	16 889	-1,7 %	-3,3 %
Seksuallovbrudd	8 374	5,0 %	75,2 %
Miljø	1 962	-9,8 %	-11,0 %
Arbeidsmiljø	860	3,0 %	-0,7 %
Total	318 566	-0,2 %	-14,6 %

Kilde: [STRASAK-rapporten 2018. Tabell 3.1 \(politiet.no\)](#) [Hentet 14.04.2020]

Tilrettelagte avhør og medisinske undersøkelser på Statens barnehus

I de tilfellene hvor barn eller andre særlig sårbare personer er utsatt for vold i nære relasjoner eller seksuallovbrudd gjennomføres avhørene som regel ved Statens barnehus, som det er 11 av i Norge. I 2018 ble det gjennomført 5666 tilrettelagte avhør av barn og andre særlig sårbare personer, inkludert førstegangs-, supplerende - og fortsettende avhør. 39 prosent av avhørene er knyttet til seksuallovbrudd og 60 prosent til vold i nære relasjoner ([Statens barnehus årsrapport 2018](#)) ([politiet.no](#)).

I følge årsrapporten 2018 for Statens barnehus ble det gjennomført 1 335 medisinske undersøkelser, inkludert 1 286 klinisk rettsmedisinske undersøkelser og 49 medisinske undersøkelser. Det presiseres at noen av de innrapporterte undersøkelsene kan være gjennomført ved sykehus, samt at ulik registreringspraksis ved barnehusene kan medføre at undersøkelser som er gjennomført ved sykehus ikke inngår i barnehusets statistikk. Dette som følge av ulik registreringspraksis ved barnehusene.

Vold i nære relasjoner

Antall anmeldelser for vold i nære relasjoner har vært jevnt stigende fra 2014 til 2017, og har økt med 14,1 prosent i femårsperioden fra 2014 til 2018. I 2018 var det totalt 3 509 anmeldelser.

I 2018 gjennomførte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin en spørreundersøkelse til landets legevaktsentraler og legevakter som er sammenstilt i rapporten [Legevaktorganisering i Norge – Rapport fra Norsk Legevaktregister 2018](#) ([app.cristin.no](#)). Med utgangspunkt i kommunens ansvar for å ivareta personer utsatt for vold i nære relasjoner fikk legevaktene spørsmål om rutiner knyttet til rettsmedisinske undersøkelser, bekymringsmeldinger, fotografisk dokumentasjon og informasjon til volds- og overgrepsutsatte.

Tabell 2. Antall (andel) legevakter som har svart bekreftende på rutiner om håndtering av vold i nære relasjoner

Legevakter	Antall med rutiner om håndtering av vold i nære relasjoner (prosent)
Rutiner for melding til barnevern	132 (75 %)
Informasjon om overgrepsmottak	81 (49 %)
Rutiner for rettsmedisinsk undersøkelse	85 (49 %)
Fotografisk dokumentasjon av skader	82 (47 %)
Datasystem for oppbevaring av fotografisk dokumentasjon	68 (39 %)
Informasjon om hjelp ved vold i nære relasjoner	46 (26 %)

Kilde: [Rapport fra Norsk Legevaktregister 2018 \(app.cristin.no\)](http://app.cristin.no)

Rundt halvparten av legevaktene oppgir at de har rutiner for rettsmedisinsk undersøkelse av personer utsatt for vold i nære relasjoner. I tillegg til de som hadde rutiner for rettsmedisinske undersøkelser svarte 23 prosent «annet», for eksempel at aktuelle pasienter henvises til annen kommune, overgrepsmottak eller helseforetak som de hadde avtale med.

Voldtekt

Antall anmeldte grove seksuallovbrudd, som voldtekt mot voksne, har hatt en økning på 44,5 prosent (541 saker) fra 2014 til 2018. Kripos viser til at det er grunn til å anta at økt åpenhet om temaet, blant annet kampanjer, bidrar til at flere velger å anmelde.

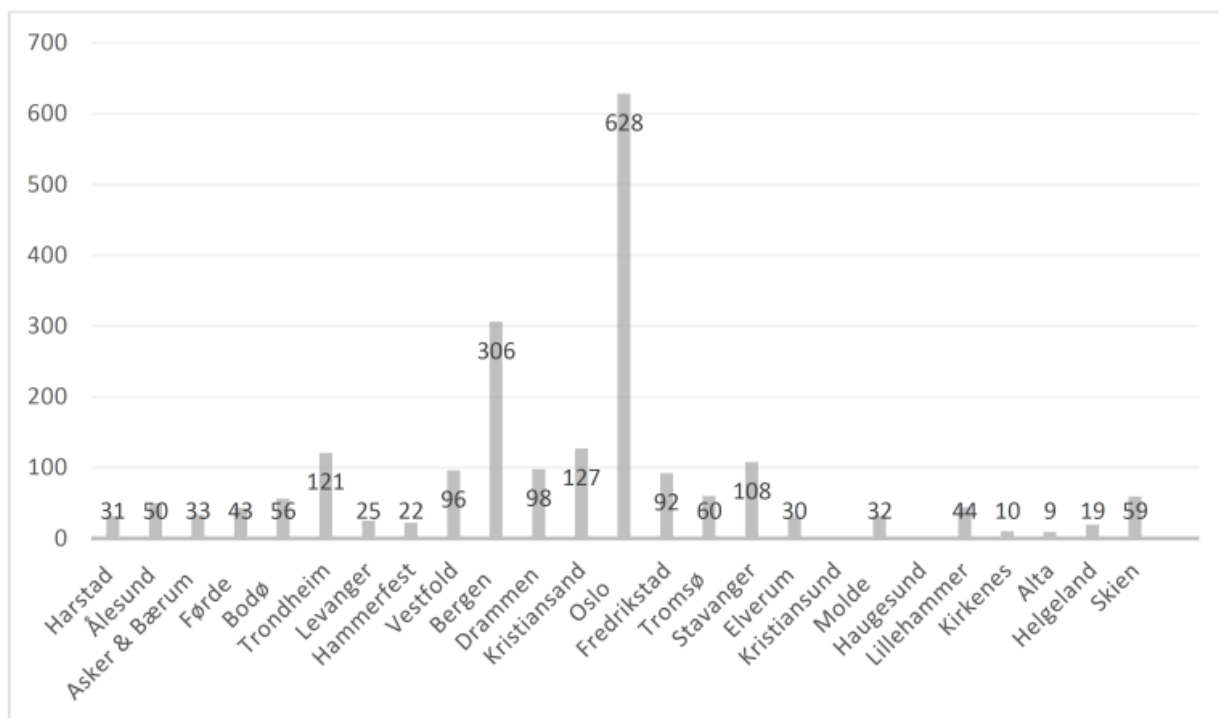
Tabell 3. Antall anmeldte voldtekt i perioden 2014 - 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Endring 2017 - 2018	Endring 2014 - 2018
Antall anmeldelser av voldtekter	1217	1364	1663	1619	1758	8,6 %	44,5 %

Kilde: [STRASAK-rapport 2018, tabell 8.38 \(politiet.no\)](http://politiet.no)

I følge rapporten [Overgrepsmottak 2017. Status etter spesialisthelsetjenestens ansvarsovertakelse, rapport nr. 2-2017, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin \(nrcereseach.no\)](http://nrcereseach.no), var det registrert 1 787 pasienter ved mottakene i 2017. Figuren nedenfor gir en indikasjon på antall pasienter ved 23 overgrepsmottak i 2018, bortsett fra Kristiansund og Haugesund, basert på personlig meddelelse fra NKLM til Helsedirektoratet den 17. mars 2019. Det var tilsammen mer enn 2 099 pasienter ved overgrepsmottakene i 2018, noe som er et langt høyere tall enn antall anmeldte voldtekter.

I følge samme rapport var det registrert 1 787 pasienter ved mottakene i 2017. Figuren nedenfor gir en indikasjon på antall pasienter ved 23 overgrepsmottak i 2018, bortsett fra Kristiansund og Haugesund, basert på personlig meddelelse fra NKLM til Helsedirektoratet 17. mars 2019. Det var tilsammen mer enn 2 099 pasienter ved overgrepsmottakene i 2018, noe som er et langt høyere tall enn antall anmeldte voldtekter.



Figur 1. Antall pasienter ved 23 overgrepsmottak i 2018, bortsett fra Kristiansund og Haugesund.

Kilde: Personlig meddelelse fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) i forbindelse med utarbeidelse «Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i overgrepsmottak», se [kapittel 1.3](#) om «Normerende produkter som er utgitt av Helsedirektoratet eller flere direktoratet sammen». Tall fra Kristiansund og Haugesund var ikke innmeldt NKLM på gitt tidspunkt (17. mars 2019).

Drapssaker i Norge

Når det gjelder drapsutviklingen i Norge har det vært en reduksjon i antall drapssaker i perioden 1990-2018. I 2018 var det totalt 25 drap. Årsrapport fra den rettsmedisinske kommisjon 2018 viser tilsvarende antall drap (se Tabell 4) som [Kripos sin drapsoversikt for 2018 \(politiet.no\)](#). Enkelte år kan tallene imidlertid avvike, da den medisinske definisjonen av drap ikke nødvendigvis samsvarer med Kripos sine tall/definisjon.

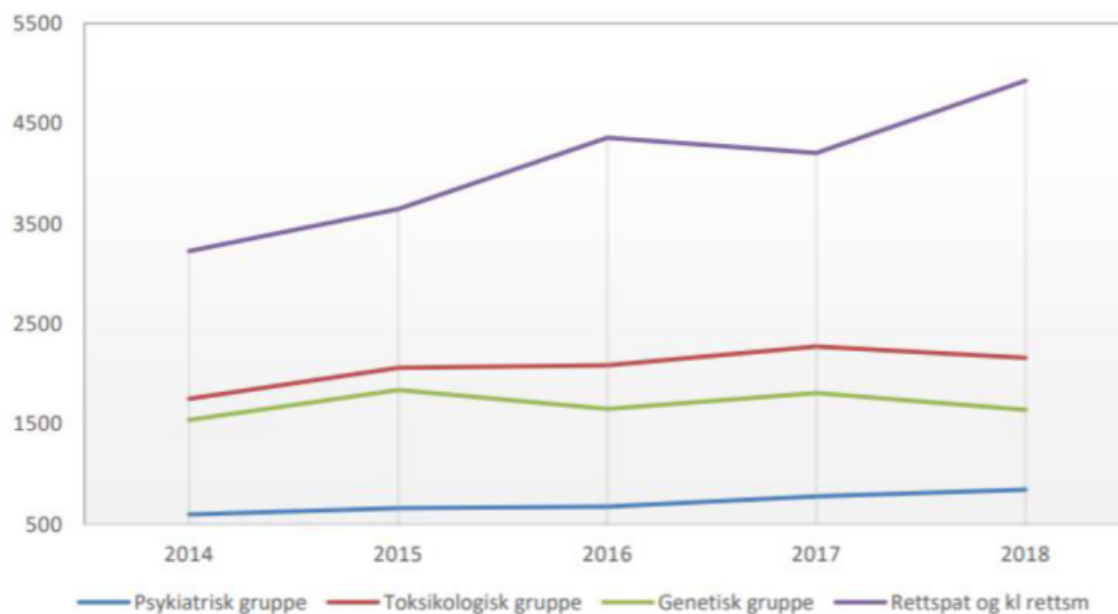
Tabell 4. Innkomne rettspatologiske saker fordelt etter dødsårsak Dødsårsak Antall

Dødsårsak	Antall saker per dødsårsak
Naturlig død	857
Ulykke	574
Drap	25
Selvdrap	566
Ukjent årsak ¹	116
Totalt	2 138

¹ I noen tilfeller er det umulig med dagens metoder å fastslå en sikker eller en entydig dødsårsak. **Kilde:** modifisert fra [Årsrapport fra den rettsmedisinske kommisjon, tabell 3.1.6 \(2018\) \(sivilrett.no\)](#) [Hentet 14.04.2020]

Rettsmedisinske erklæringer

Antall innsendte erklæringer i rettspatologi og klinisk rettsmedisin i 2018 har økt med henholdsvis 14 og 15 prosent fra året før, jf. [Årsrapport fra den rettsmedisinske kommisjon, 2018 \(sivilrett.no\)](#).



Figur 2. Illustrasjon over antall innsendte erklæringer i rettspatologi og klinisk rettsmedisin fra henholdsvis psykiatrisk, toksikologisk, genetisk og rettspatologisk og klinisk rettsmedisinsk gruppe per år fra 2014 til 2018. Antallet innsendte erklæringer inkluderer både primær- og tilleggserklæringer.

Kilde: [Årsrapport fra den rettsmedisinske kommisjon, 2018. \(sivilrett.no\)](#) [Hentet 14.04.2020]

I årsrapporten fremkommer at omtrent 506 (52 %) av de 974 primære klinisk rettsmedisinske erklæringene i gruppen over 16 år har fått bemerkning uten at det har blitt påvist vesentlige mangler, mens det ble bedt om tilleggserklæring i 34 av sakene (3,5 prosent).

Tilsvarende for fornærmede under 16 år ble det bedt om tilleggserklæring i 34 (2 prosent) av de 1668 primære klinisk rettsmedisinske erklæringene, mens 200 av erklæringene fikk bemerkninger (12 prosent). Den høye andelen bemerkninger i erklæringene om seksuelle overgrep trekkes frem som en utfordring i årsrapporten for 2018.

Regelverk

Rettsmedisin kan defineres som medisinsk kunnskap anvendt i rettens tjeneste, som nevnt i beskrivelsen av det rettsmedisinske fagområdet. Det finnes ikke et helhetlig regelverk som definerer oppgaver og ansvar, men flere lover, forskrifter og veiledere som regulerer ulike deler av rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet.

Straffeprosessloven har bestemmelser knyttet til den sakkyndiges rolle og oppgaver under etterforskningen og under hovedforhandling. Dersom det utføres en obduksjon, kommer obduksjonslovens bestemmelser til anvendelse. Sakkyndiges godtgjørelse av sakkyndigarbeidet, er gitt med hjemmel i lov om vidners og sakkyndiges godtgjørelse mv., og fastsettelsen av selve salæret etter salærforskriften. Taushetsplikt, forhold knyttet til utarbeiding av erklæringer, spesialistutdanning og godkjenning av leger, er regulert i helsepersonelloven.

3.1

Straffeprosessloven

I [straffeprosessloven \(strprl.\) \(lovdata.no\)](#) gis det blant annet bestemmelser om oppnevning av sakkyndig, godtgjørelse for sakkyndigarbeidet, antall sakkyndige, partenes innflytelse på personvalget, habilitet, mandat, møteplikt og sakkyndigerklæring. Rettspsykiatriske erklæringer er regulert i straffeprosessloven. Det er ikke en tilsvarende bestemmelse for andre typer sakkyndigerklæringer. [Strprl. § 228 \(lovdata.no\)](#) regulerer når det skal foretas en sakkyndig likundersøkelse. Slik undersøkelse er også omtalt i [påtaleinstruksen kap. 13 \(lovdata.no\)](#).

Den sakkyndiges rolle i straffesaker

Sakkyndige benyttes blant annet i alvorlige voldssaker/drapssaker, sedelighets- og overgrepssaker og ved sykehusdødsfall, hvor straffesak åpnes. Den sakkyndige skal bidra til å opplyse straffesaken, da vedkommende ved sin særlige sakkyndighet, vil kunne vurdere aktuelle faglige spørsmål som har betydning for saken. I [kapittel 11 i straffeprosessloven \(lovdata.no\)](#) reguleres den sakkyndiges rolle.

Sakkyndige i straffesaker:

- blir engasjert av politi og påtalemyndighet under etterforskningen, jf. [\(strprl.\) § 228 \(lovdata.no\)](#) og [Påtaleinstruksen \(lovdata.no\)](#)
- blir rettsoppnevnt, [strprl. § 138 \(lovdata.no\)](#) flg.
- er sakkyndig vitne for en av partene, [strprl. § 149 \(lovdata.no\)](#)

Sakkyndig engasjert av politi og påtalemyndighet under etterforskningen

Påtalemyndigheten kan i forbindelse med etterforskningen av en straffesak søke bistand hos sakkyndige. [Strprl. § 142 \(lovdata.no\)](#) gjelder også når politi og påtalemyndigheten engasjerer sakkyndig. Det følger av denne bestemmelsen at det ikke bør oppnevnes noen som etter domstolsloven [§ 106 \(lovdata.no\)](#) eller [§ 108 \(lovdata.no\)](#), ville være inhabil som dommer, og det bør som regel heller ikke oppnevnes sakkyndige

som står i avhengighetsforhold til hverandre. Påtalemyndigheten fastsetter mandat i samsvar med [strprl. § 142 a \(lovdata.no\)](#) og forskrifter fastsatt i medhold av den, bortsett fra når dette vil forsinke etterforskningen. Det følger også av [strprl. § 147 \(lovdata.no\)](#) at den sakkyndige straks skal sende [Den rettsmedisinske kommisjon \(DRK\) \(rettsmedisin.org\)](#) kopi av en eventuell skriftlig erklæring som gis til påtalemyndigheten.

Rettsoppnevnt sakkyndig

I straffeprosessloven ([strprl. kap. 11 \(lovdata.no\)](#)) reguleres forhold knyttet til rettsoppnevnt sakkyndig og sakkyndig vitne. Enhver som retten oppnevner til å gjøre tjeneste som sakkyndig, plikter å påta seg vervet og har rett til godtgjørelse. Før retten oppnevner noen som sakkyndig, bør retten som regel spørre om vedkommende er villig til å påta seg vervet. Erklærer han seg uvillig, bør han ikke oppnevnes om det er anledning til å oppnevne en annen, jf. strprl. § 138. Det bør ikke oppnevnes noen som etter [domstolsloven § 106 eller § 108 \(lovdata.no\)](#), ville være inhabil som dommer, og det bør som regel heller ikke oppnevnes sakkyndige som står i avhengighetsforhold til hverandre, [jf. strprl. § 142 \(lovdata.no\)](#).

Det skal i hovedsak oppnevnes én sakkyndig, [jf. strprl. § 139 \(lovdata.no\)](#), men det er ikke uvanlig at det oppnevnes to. Partene skal høres før oppnevningen skjer og dersom partene er enig om personvalget skal denne/de som regel oppnevnes.

Den sakkyndige kan være tilstede under forhandlingene. Retten skal tillate den sakkyndige å stille spørsmål til parter, vitner og andre sakkyndige når det er nødvendig for å utføre sakkyndigoppdraget.

Den som er sakkyndig i rettsmedisinske spørsmål, skal straks sende Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) en kopi av den skriftlige erklæringen som er til gitt retten eller påtalemyndigheten. Dersom den sakkyndige under hovedforhandlingen gir uttalelser som avviker fra den skriftlige erklæring eller på vesentlige punkter utfyller den, skal den sakkyndige sende kommisjonen et referat av sin muntlige forklaring.

Sakkyndig vitne

Et sakkyndig vitne er engasjert av en av partene og gir i utgangspunktet forklaring etter samme regler som vitner. Vedkommende bidrar til å opplyse saken ved egne observasjoner om det faktiske hendelsesforløpet og/eller bidrar med faglige vurderinger. Vedkommende kan imidlertid være til stede under hele forhandlingen og avgir forsikring etter bestemmelsene for oppnevnte sakkyndige, [jf. strprl. § 149 \(lovdata.no\)](#).

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK)

[Den rettsmedisinske kommisjon \(rettsmedisin.org\)](#) har som hovedoppgave å kontrollere de rettsmedisinske sakkyndiges utførelse av sine verv i straffesaker, jf. strprl. § 146. Den rettsmedisinske kommisjonens arbeid er regulert i [Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon \(lovdata.no\)](#). Rekruttering og oppnevning av medlemmene til den rettsmedisinske kommisjon behandles i [Rundskriv G-04/2018 \(regjeringen.no\)](#). Statens sivilrettsforvaltning er tillagt oppgaven som kommisjonens sekretariat og gir blant annet DRK kontorfaglig og juridisk bistand.

Det fremgår av forskriften at DRK skal være inndelt i faggrupper, og at departementet fastsetter antall grupper, inndeling etter fagområder og antall medlemmer.

DRK er i dag delt inn i fire faggrupper:

- Rettspatologi og klinisk rettsmedisin

- Toksikologi
- Genetikk
- Psykiatri

Medlemmene oppnevnes av departementet for inntil fire år av gangen. Departementet oppnevner en leder og en nestleder i kommisjonen samt en leder og en nestleder for hver gruppe i kommisjonen.

Kommisjonens leder og gruppeledere skal ha det faglige ansvaret for henholdsvis kommisjonens og gruppenes virksomhet. Ved behov kan gruppeleder tilkalle sakkyndige utenfor kommisjonen, til å ta del i behandlingen av en sak. Videre krever forskriften at kommisjonens medlemmer skal ha relevant faglig kompetanse og at høy vitenskapelig og sakkyndig kompetanse skal vektlegges.

Kommisjonen skal gjennomgå de innkomne erklæringer og uttalelser som den mottar fra de sakkyndige. Finner den vesentlige mangler, skal den gjøre retten eller i tilfelle påtalemyndigheten oppmerksom på det. DRKs ulike rettsmedisinske grupper mottar sakkyndigerklæringer til kontroll fra de rettsmedisinske fagmiljøene som hører inn under gruppens ansvarsområde. DRK er også pålagt å etablere en oversikt over aktuelle sakkyndige i straffesaker.

DRK har utarbeidet forslag til maler for sakkyndigerklæring og henvisninger til relevante lovbestemmelser etc. Kommisjonen viser til at disse er relevant for samtlige rettsmedisinske disipliner.

DRK skal etter forskriften § 3 ha ansvar for sakkyndigutdanning. DRK holder derfor årlige kurs, kjent som B-kurs, for alle som påtar seg oppdrag som rettsmedisinske sakkyndige: Den rettsmedisinske kommisjons B-kurs i strafferett og straffeprosess. Se også omtale i [kapittel 5.2 om dagens situasjon](#).

Mandat og rettsmedisinske erklæringers form og innhold

Det følger av [straffeprosessloven § 142 a \(lovdata.no\)](#), at for alle typer sakkyndigtjenester for domstolene, skal retten utforme et skriftlig mandat til den sakkyndige. Mandatets utforming er viktig for den sakkyndige selv og dennes arbeid og for å få opplyst saken best mulig. Bestemmelsen gjelder tilsvarende når påtalemyndigheten engasjerer sakkyndige under etterforskningen. Det er da påtalemyndigheten som fastsetter mandatet. I § 142 a er det gitt forskriftshjemmel for nærmere regler om utformingen av mandat og eventuelt tilleggsmandat. Forskriftshjemmelen er ikke benyttet.

Det er gitt en ny bestemmelse i straffeprosessloven, § 165 a, som etter planen skal tre i kraft fra 1. oktober 2020. I bestemmelsen gis det en forskriftshjemmel for regulering av rettspsykiatriske sakkyndigerklæringer, se mer om dette nedenfor.

DRK har utarbeidet veilederen [Rettsmedisinske erklæringers form og innhold \(rettsmedisin.org\)](#)

Dommerforeningen, Riksadvokaten, Regjeringsadvokaten og Advokatforeningen, utarbeidet i 2014 [Retningslinjer for sakkyndigarbeid i domstolene om utarbeidelse og bruk av sakkyndige bidrag i sivile saker og straffesaker \(advokatforeningen.no\)](#). Retningslinjene omhandler blant annet oppnevning av sakkyndig, mandat, utførelse av oppdraget, den sakkyndiges erklæring mv.

Særsilt regulering for rettspsykiatriske erklæringer – forslag til ny forskrift

Det er foreslått endringer i straffeloven og straffeprosessloven mv. (skyldevne, samfunnsvern og sakkyndighet), jf. lov 21. juni 2019 nr. 48. Blant annet foreslås det en ny bestemmelse i straffeprosessloven § 165 a. I bestemmelsens fjerde ledd er det som nevnt gitt forskriftshjemmel til å stille krav til den

sakkyndiges kompetanse, til den sakkyndiges egenerklæring, til den rettspsykiatriske erklæringen og om oppgavene til Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet. Bestemmelsen i straffeprosessloven gjelder kun rettspsykiatri, i motsetning til straffeprosessloven § 142 a som gjelder alle typer straffesaker.

Justis- og beredskapsdepartementet har sendt ut [forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige mm. \(lovdata.no\)](#) på høring med høringsfrist 14. august 2020. Forskriften regulerer de rettspsykiatriske undersøkelsene etter straffeprosessloven § 165 første og andre ledd, og krav til de sakkyndige som gjennomfører undersøkelsene. Hensikten med den nye forskriften er å tydeliggjøre hvilke krav som gjelder og å gjøre regelverket lettere tilgjengelig for brukerne.

I forskriften er det satt krav til sakkyndiges kompetanse, derunder krav til gjennomføring av DRKs B- og C-kursserien som arrangeres av kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). Videre gis det bestemmelser om den sakkyndiges egenerklæring, mandat for den sakkyndiges arbeid og krav til den rettspsykiatriske erklæringen. Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet skal føre en nasjonal oversikt over sakkyndige og jevnlig oppdatere denne. De sakkyndige skal dokumentere sin kompetanse før de kan meldes inn i oversikten. Enheten skal administrere en rekvireringsordning og lage årlig statistikk over rekvireringer og oppnevninger av sakkyndige.

Det fremgår av forskriftens § 8 at det skal gjøres endringer i forskrift av 13. februar 2018 nr. 240 om Den rettsmedisinske kommisjon, hvor DRK gis nye oppgaver. Den skal blant annet utarbeide maler for hvordan typiske mandater kan utformes og gjøre dem tilgjengelig på kommisjonens nettsider.

3.2

Helsepersonellovens bestemmelser

[Helsepersonelloven § 15 \(lovdata.no\)](#) bestemmer at den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, erklæring o.l. skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Attest, erklæring o.l. skal inneholde alle opplysninger som helsepersonellet bør forstå er av betydning for mottageren og for formålet med attesten, erklæringen o.l. Helsepersonellet skal gjøre det klart dersom attesten, erklæringen o.l. bare bygger på en begrenset del av de relevante opplysningene helsepersonellet har. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, erklæring o.l. [I Forskrift om krav til helsepersonells attester \(lovdata.no\)](#) er det gitt utfyllende bestemmelser.

Det følger av helsepersonelloven § 21 at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette, jf. [helsepersonelloven § 27 \(lovdata.no\)](#). Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger

Spesialistutdanning og godkjenning av leger og tannleger er regulert i helsepersonelloven kapittel 9. Med hjemmel i helsepersonell § 51, har departementet gitt forskrift om [spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(lovdata.no\)](#).

Ny [spesialistutdanning for leger](#) trådte i kraft fra 1. mars 2019. Alle spesialiteter har forskriftsfestede læringsmål.

Rettsmedisin i andre land

Vi har innhentet informasjon om rettsmedisin i andre land gjennom studiebesøk i Danmark og Sverige og gjennom henvendelse til [European Council of Legal Medicine \(ECLM\) \(eclm.eu\)](http://eclm.eu) når det gjelder situasjonen i andre europeiske land. ECLM har sendt oss en oversikt over legespesialitet i rettsmedisin i de ulike landene. Som vi ser av oversikten nedenfor har de landene vi normalt sammenligner oss med etablert egen spesialitet i rettsmedisin, herunder de nordiske landene. Oversikten viser at spesialitet i rettsmedisin er under vurdering i England og Irland.

Land som har etablert egen spesialitet: Belgia, Bulgaria, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Italia, Latvia, Malta, Nederland, Polen, Portugal, Slovakia, Slovenia, Spania, Sverige, Tyskland, Ungarn, Østerrike.

Land som har en spesialitet under vurdering: England, Irland.

Land som ikke har etablert egen spesialitet: Island, Kroatia, Kypros, Litauen, Luxemburg, Makedonia, Norge, Romania, Tsjekkia.

4.1

Rettsmedisin i Danmark

Organisering av det rettsmedisinske fagområdet for leger er fra 2008 formalisert ved at det er opprettet en rettsmedisinsk spesialitet. Før opprettelsen av spesialiteten var det basert på interesserte leger som tilegnet seg kompetanse gjennom ulike kompetansehevende tiltak som blant annet kursvirksomhet og uformelle utdanningsløp organisert av tre universitetsinstitutter i København, Århus og Odense. Danmark hadde allerede før spesialiteten ble etablert en strukturert opplæring i rettsmedisin og et etablert fagmiljø. Endringen i 2008 bestod ellers i at utdanningsløpet ble endret og det ble etablert en offentlig godkjenningsordning.

Rettsmedisin defineres i Danmark som en enhet bestående av rettspatologi og klinisk rettsmedisin, rettskjemisk, rettsgenetikk og rettsantropologi. Under hovedutdanningen læres den relevante og mer organspesifikke del av patologien samt en spesifikk opplæring i den kliniske rettsmedisin og de forskjellige undersøkelsestyper og teknikker som er aktuelle.

Den rettspatologiske del av rettsmedisinen omfatter åstedsundersøkelser, liksyn og obduksjoner inklusive identifikasjon. Kun en liten del av de rettsmedisinske liksyn etterfølges av en rettsmedisinsk obduksjon. Når resultatet av de supplerende undersøkelser foreligger, blir det utarbeidet en obduksjonsrapport, som sendes til politi og «embedslæge».

Begrunnelsen for og prosessen som førte til opprettelse av en egen spesialitet i Danmark var blant annet et økende behov for rettsmedisinske tjenester. Sundhedsstyrelsen erkjente at det var et behov for å legitimere rettsmedisinsk kompetanse i en formell struktur som er tilpasset legers øvrige videreutdanning/spesialisering etter medisinsk embetseksamen. Det var også økende rekrutteringsutfordringer og høy avgang pga. alder.

Utdanningen er organisert tilsvarende andre medisinske spesialiteter med 12 måneders introduksjonsstilling og 48 mnd. hovedutdanning, hvorav 18 mnd. foregår ved et patologisk institutt og 30 mnd. ved et rettsmedisinsk institutt. Utdannelsen innen klinisk rettsmedisin dekkes gjennom ansettelse ved et rettsmedisinsk institutt. Leger som er i utdanningsløpet er ansatt i videreutdanningsregionene, men utgiftene deles med universitetene.

Aktivitetene innen de rettspatologiske og klinisk rettsmedisinske undersøkelsene er godkjent (akkreditert) av DANAK (Dansk akkrediteringsorgan), og alle tre institutter er godkjent i henhold til følgende standard: «DS/EN ISO/IEC 17020».

Det er ikke gjort noen spesifikk evaluering fra helsemyndighetene av om opprettelsen av en spesialitet har hatt den ønskede effekt.

4.2

Rettsmedisin i Sverige

I Sverige er det «Rättsmedicinalverket» (RMV) som ivaretar de rettsmedisinske oppgavene. RMV er en ekspertmyndighet organisert under Justisdepartementet og er organisert i tre avdelinger og ett hovedkontor med totalt cirka 500 medarbeidere. Virksomheten omfatter områdene rettsgenetikk, rettsstoksikologi, rettsmedisin og rettspsykiatri. Oppdragsgivere er politi og påtalemyndighet, kriminalomsorgen, toll og kystvakten, domstolene, helsetjenesten, sosialtjenesten og migrasjonsverket for aldersbestemmelser.

I RMV er den rettsmedisinske avdelingen lokalisert ved seks enheter, henholdsvis i Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå og Uppsala. De viktigste oppgavene er rettsmedisinske obduksjoner, bistand ved åstedsundersøkelser og identifiseringsarbeid av omkomne, samt sakkyndige erklæringer for politi, påtalemyndighetene og domstolene.

Nødvendig utdanning og kompetanse innen de rettsmedisinske fagområder har lenge vært organisert innenfor den medisinske spesialitetstrukturen ved at man har en spesialitet i rettsmedisin. Rettsmedisin og Patologi er separate medisinske basisspesialiteter. (SOSFS 2015:8).

Spesialistutdanningen i rettsmedisin omfatter sideutdanning i blant annet klinisk patologi. I tillegg til praktisk tjeneste i rettsmedisin inngår kurs, seminarer og hospitering ved påtalemyndigheten og hos politimyndigheten. Leger i spesialisering er ansatt ved RMV under hele utdanningsløpet og eventuelt senere dersom man går inn i en rettsmedisinsk stilling.

RMV har fra 2006 hatt hovedansvaret for å utarbeide rettsmedisinske erklæringer i Sverige. Det er drøyt 30 spesialister i rettsmedisin i Sverige og like mange som er under utdanning (leger i spesialisering). For å dekke behovet for klinisk rettsmedisinske undersøkelser og sikring av dokumentasjon på steder med lang avstand fra de rettsmedisinske enhetene benyttes «forensiska dokumentationsläkare» (FD-läkare). Disse har gjennomgått spesiell opplæring i dokumentasjon og er ansatt på timebasis av RMV og har som oppgave å dokumentere skader hos fornærmede og mistenkte gjerningspersoner i distriktene. FD-legens dokumentasjon tolkes og vurderes av spesialister i rettsmedisin ved en rettsmedisinsk enhet og det er spesialist i rettsmedisin som utformer den endelige rettsmedisinske erklæringen.

Utdanningen innen rettspsykiatri er organisert som en grenspesialitet under psykiatri. Utdanningen krever minimum 2,5 års utdanning i tillegg til spesialistgodkjenning innen psykiatri. Leger i spesialisering kan være ansatt av RMV under hele utdanningsperioden eller av en ekstern arbeidsgiver med anbefaling om tjeneste ved RMV i minst tre dager per uke.

4.3

Andre utdanningstilbud i utlandet

Masterutdanning i rettsmedisin tilbys i flere land og de har ulikt innhold. De beskrives hovedsakelig som tilbud som vil gjøre leger eller andre fagpersoner bedre akademisk og praktisk rustet innen ulike deler av rettsmedisinsk virksomhet. Det tilbys også universitetsbaserte utdanninger av kortere varighet til både leger og andre yrkesgrupper. Masterprogrammer som utgjør 1-2 års fulltidsprogram tilbys både som deltidsstudium parallelt med klinisk arbeide og som fulltidsstudium.

Utdanningslandets lovgrunnlag og rammer for rettsmedisinsk virksomhet, tolkning og dokumentasjon av funn på kropp, oppbygning av rettsmedisinske erklæringer og vitneprov og spesielle temaer som barnemishandling, seksuelle overgrep, forgiftninger og tolkning av påvirkning kan inngå som moduler.

Eksempler på utdanningstilbud i utlandet er [Master of forensic medicine ved Monash University, Australia \(monash.edu\)](https://www.monash.edu/forensic-medicine) og [MSC Forensic Medicine \(postgraduatesearch.com\)](https://www.postgraduatesearch.com/forensic-medicine) i Storbritannia.

Forslag til tiltak og vurderinger

Gjennom utredningsprosessen er det gitt innspill knyttet til organisering og lovfesting av rettsmedisinske tjenester, standardisering av mandater og erklæringer, etablering av kvalitetsregistre, nasjonale kompetansetjenester mv. Vi har avgrenset dette oppdraget til vurdering av kompetansekrav for leger spesielt og andre tiltak som kan bidra å sikre kvalitet, fagutvikling og forskning, rekruttering og tilgang til rettsmedisinsk kompetanse. I rapporten legges det frem de tiltakene som anses som de mest sentrale for å svare ut oppdragets mål.

Øvrige tiltak som er foreslått beskrives kort i rapporten og bør følges opp videre. Dette gjelder blant annet behovet for utvikling/standardisering av maler for mandater og erklæringer, etablering av beredskaps-/vaktordninger og etablering av kompetansenettverk, jf. [Regjeringens oppfølging av NOU 2017:12 Svikt og svik \(Barnevoldsutvalget\) \(regjeringen.no\)](#).

5.1

Tiltak knyttet til styringsdokumenter og lovregulering

Føringer i oppdragsdokumentene til RHF-ene, inngåelse av samarbeids- eller rammeavtaler mellom politidistrikter og helseforetak, og lovkrav har vært drøftet. Nedenfor gis vurderinger og forslag til tiltak.

Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene

Det har blitt påpekt at de regionale helseforetakene ikke ser ut til å prioritere rettsmedisinske tjenester i tilstrekkelig grad. Et viktig tiltak vil være å gi føringer gjennom oppdragsdokumentene til RHF-ene. Som nevnt i [kapittel 1 om Oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene](#) fikk RHF-ene i oppdragsdokumentene for 2015 – 2017 ansvar for å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet slik at alle barn som avhøres ved Statens barnehus tilbys medisinsk undersøkelse i tillegg til de klinisk rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Det er i årene 2017 – 2020 avsatt midler til dette i statsbudsjettet.

Føringer i oppdragsdokumentene til RHF-ene om å bygge opp tilstrekkelig rettsmedisinsk kapasitet vil kunne bidra til økt tilgang og likhet i tilbudet i hele landet. Det vil også kunne bidra til bedre rammebetingelser for utøvelse og oppbygging av kompetanse, men vil ikke kunne erstatte et formalisert utdanningsløp for leger og rekruttering til fagområdet. Oppdrag til RHF-ene om å bygge opp tilstrekkelig kapasitet innen rettsmedisinske tjenester bør derfor kombineres med tiltak for å bedre rekruttering og kvalitet gjennom mer formaliserte utdanningsløp innen rettsmedisin.

Samarbeids- eller rammeavtaler mellom politidistrikter og helseforetak

Avtaler om rettsmedisinske tjenester mellom helseforetak (HF) og politidistrikter bør inngås slik at omfang og innhold blir knyttet til institusjoner og ikke til enkeltpersoner. Det er pekt på at spesielt rettspatologiske tjenester noen steder honoreres ved at den enkelte sakkyndige mottar stykkprisbetaling for rettsmedisinske obduksjoner og andre oppdrag selv om disse ofte gjøres innenfor ordinær arbeidstid. Det anses likevel som uheldig da det kan oppstå en monopolsituasjon, uheldige bindinger, for lite spredning av rettsmedisinske oppdrag og manglende kvalitetssikring av utøvelsen utover at Den rettsmedisinske kommisjon skal kontrollere rettsmedisinske erklæringer og kan gi merknader.

Vi er kjent med at det er inngått noen samarbeids- og rammeavtaler for tjenester innen rettspatologi og klinisk rettsmedisin mellom politidistrikt og helseforetak, men har ikke kartlagt hvor mange helseforetak som har inngått slike avtaler og hva avtalene konkret dekker av krav til innhold, omfang, finansiering etc. Vi har heller ikke kartlagt omfanget av finansiering av rettsmedisinske tjenester gjennom [forskrift om salær fra det offentlige til advokater mv. \(lovdata.no\)](#) der den enkelte rettsmedisiner mottar salær for oppdrag i tillegg til annet offentlig arbeid.

Politidirektoratet, Barne-, familie- og ungdomsdirektoratet og Helsedirektorat har utarbeidet [Felles retningslinjer for Statens Barnehus, jf. kapittel 1](#). Her heter det at barnehusene bør ha samarbeidsavtaler som tydeliggjør samhandlingsrutiner med lokale samarbeidspartnere, herunder barneverntjenesten, helse- og omsorgstjenesten, helseforetak og fylkeskommunal tannhelsetjeneste. Samarbeidsavtalene bidrar til å sikre likeverdige nasjonale utredninger i barnehusene. I avtalene reguleres grunnlaget for helseforetakenes ansvar, hvilken type helsepersonell som skal være tilgjengelige for barnehuset, hvordan sosialpediatriske tjenester skal tilbys, derunder skadedokumentasjon. Avtalene regulerer også helseforetakets ansvar for kompetansehevede tiltak.

I Helsedirektoratets [faglige råd for medisinske undersøkelser i Statens barnehus](#) er det blant annet vedlagt mal for samarbeidsavtaler. Tilsvarende bør utarbeides for klinisk rettsmedisinske undersøkelser av voksne og rettsmedisinske obduksjoner.

Lovregulering

Helsedirektoratet og Politidirektoratet fikk i 2015 i oppdrag å foreta en utredning av ansvarsforhold og finansiering knyttet til sporsikring og skadedokumentasjon i volds- og overgrepssaker. Utredningen ble avgitt den 14.10.2015 med tilleggsuttalelse den 30.9.2016. Direktoratene stilte spørsmål om helsepersonell burde pålegges en plikt til å sporsikre og dokumentere skade som de har behandlet. Det ble vist til at det ville være for omfattende, ressurskrevende og lite hensiktsmessig å pålegge alt helsepersonell en slik plikt. I utredningen ble det gitt flere anbefalinger knyttet til ansvar for utførelse og finansiering. Det ble også foreslått lovfesting av ansvar for sporsikring og skadedokumentasjon med følgende ordlyd:

Spesialisthelsetjenesteloven: Ny § 3-1 a Sporsikring og skadedokumentasjon (i vold og overgrepssaker)

«Det regionale helseforetaket skal sørge for at nødvendig sporsikring og skadedokumentasjon tilbys personer utsatt for vold og overgrep innen helseregionen. Dette skal skje i tillegg til nødvendig helsehjelp.»

En tilsvarende bestemmelse ble foreslått i helse- og omsorgstjenesteloven.

I et tilleggsoppdrag i 2016 om økonomiske og administrative konsekvenser, opprettholdt Politidirektoratet og Helsedirektoratet forslaget om lovregulering, hvor helsetjenesten pålegges en plikt til å sørge for et tilbud innen egnede tjenester, som overgrepsmottak, sykehus, legevakter for personer utsatt for seksualvold eller annen vold, der det skal være kompetanse, utstyr og fasiliteter for sporsikring og skadedokumentasjon.

Direktoratene foreslo også at helsetjenesten burde pålegges en plikt til å sørge for sporsikring og skadedokumentasjon i Statens barnehus. Det ble uttalt at det var rimelig å anta at en lovregulering ville bidra til å redusere problemet med manglene ressurser og ulik kompetanse i sporsikring og skadedokumentasjon. Det ble vist til at politiet erfarer at det er kvalitetsforskjeller i skadedokumentasjonen som utføres i helseforetakene. Det ble videre antatt at en plikt om å ha et likt tilbud om sporsikring og skadedokumentasjon sannsynligvis vil medføre en økning i antall sporsikrings-/skadedokumentasjonssaker.

Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven

I [Meld. St. 26 \(2014–2015\) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet \(Primærhelsetjenestemeldingen\) \(regjeringen.no\)](#) fremgikk det at regjeringen ville vurdere om helselovgivningen burde tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å avdekke eller avverge vold og seksuelle overgrep.

Ansaret for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ble regulert i helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 3-3 a, spesialisthelsetjenesteloven (sphl.) § 2-1 f og tannhelsetjenesteloven (tannhl.) § 1-3 c.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2- 1f: De regionale helseforetakenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

«De regionale helseforetakene skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.»

Tilsvarende bestemmelse ble gitt for kommunene og for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I forarbeidene til de ovennevnte lovendringene er sporsikring og skadedokumentasjon ikke et tema, selv om «avdekke» rent språklig sett kan tenkes å innebære utførelse av slike tjenester, i tillegg til øvrige rettsmedisinske tjenester. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 f og tannhelsetjenesteloven § 1-3 c, omhandler helsehjelp, og kan derfor ikke benyttes som eventuell hjemmel for å tydeliggjøre helsetjenestenes ansvar for å yte rettsmedisinske tjenester overfor politi og påtalemyndighet.

Vurdering tilknyttet lovregulering

Formålet med rettsmedisinske undersøkelser og erklæringer er å bidra til at beslutninger i etterforsknings- og rettsprosesser kan fattes på et så riktig og etterprøvbart grunnlag som mulig. Konsekvensene av mangelfull undersøkelse, sporsikring og dokumentasjon kan være store, både for offer og mistenkt gjerningsperson, og kan utgjøre et betydelig rettsikkerhetsproblem. Det ovennevnte forslaget om lovendring fra 2015/2016 opprettholdes. På sikt bør det vurderes om dette også bør omfatte plikten til å yte rettsmedisinske tjenester utover sporsikring og skadedokumentasjon. Før dette utredes bør kapasiteten innen rettsmedisinske tjenester økes slik at det er mulig å oppfylle et lovkrav innen alle helseregioner.

Gjennom oppdragsdokumentene, har RHF-ene over noen år, fått i oppdrag til å bygge opp kapasiteten i barneavdelinger, slik at det kan tilbys medisinske undersøkelser av barn i Statens barnehus. Tilsvarende kan gjøres for øvrige rettsmedisinske tjenester.

Som tidligere nevnt har Justis- og beredskapsdepartementet sendt ut på høring forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige m.m. Ved et eventuelt fremtidig regelverksarbeid knyttet til rettsmedisinske tjenester generelt, kan det vurderes en tilsvarende forskrift som for rettspsykiatri.

5.2

Tiltak knyttet til formelle kompetansekrav

Spesialitet i rettsmedisin

Det er i mange år pekt på behovet for formelle kompetansekrav i rettsmedisin, både for å sikre kvalitet i utøvelse av rettsmedisin og for å sikre rekruttering til fagområdet. Det er flere ganger foreslått en medisinsk spesialitet innen dette faget. Også i Helsedirektoratets møte med aktørene innen justis-/politi og helsetjenesten i 2017 ble behovet for opprettelse av spesialitet påpekt. Det er vurdert ulike måter å sikre formelle kompetansekrav for leger innen rettsmedisin (klinisk rettsmedisin og rettspatologi). I dag er autorisasjon og spesialistgodkjenning de virkemidlene vi har for å stille formelle/offentlige krav til helsepersonells kompetanse.

Det anbefales opprettelse av en spesialitet i rettsmedisin for å sikre at det stilles formelle krav til utøvelse av rettsmedisinske oppgaver for politi og påtalemyndighet i Norge på lik linje med de andre nordiske landene og mange europeiske land. Felles/enhetlige kompetansekrav vil også bidra til lik kvalitet på rettsmedisinske tjenester i hele landet.

Dagens situasjon

Situasjonen for rekruttering og fremtidig bemanning til dette fagområdet er betegnet som kritisk enkelte steder da flere av de erfarne rettsmedisinerne som utøver rettspatologitjenester i Norge er i ferd med eller har nylig passert pensjonsalder. Manglende stillinger eller rekrutteringssvikt på grunn av manglende spesialitet er viktige årsaker til bekymringene. Det har vært foreslått opprettelse av en spesialitet i dette fagområdet over flere år, blant annet i [NOU 2001: 12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker \(regjeringen.no\)](#) og [NOU 2017:12 Svikt og svik \(Barnevoldsutvalget\) \(regjeringen.no\)](#).

Kartleggingsundersøkelsen vi har gjennomført viser at det generelt er stor variasjon i kompetanse innen fagområdet og noen ganger tilfeldig om kompetanse finnes. Det er også stedvis lav kapasitet både når det gjelder klinisk rettsmedisinske tjenester både for barn og voksne og når det gjelder ferdigstilling av rettsmedisinske obduksjonsrapporter. Politi og påtalemyndighet melder om at lang ventetid på rettsmedisinske erklæringer/rapporter (opptil 4-6 måneder) er et hyppig problem.

Det er gjennom de siste 25 årene vært foretatt ulike utredninger av organisering og kompetansekrav for rettsmedisinområdet der kompetansebehov og organisering er adressert. Blant annet nedsatte Legeforeningen en arbeidsgruppe i 2010 for å utrede modeller for formalisering av utdanning og kompetanse i rettsmedisin. Ingen av disse har resultert i noen vesentlige endringer.

Økt politisk satsing på tiltak mot vold og overgrep, organisatoriske endringer ved overføring av ansvaret for overgrepsmottak til spesialisthelsetjenesten og styrking av krav til medisinske og rettsmedisinske undersøkelser i Statens barnehus har imidlertid synliggjort manglende dekning av kompetanse og tjenester på dette området og aktualisert arbeidet med formelle/offentlige kompetansekrav.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) uttaler bl.a. at det i dag ikke stilles noen krav til leger eller annet helsepersonell for å arbeide med seksuelle overgrep i overgrepsmottak utover autorisasjon som lege, sykepleier mv. De ser betydelige forskjeller i rettsmedisinsk kompetanse mellom overgrepsmottakene. NKLM erfarer også at det er store udekkede behov hva gjelder dokumentasjon av rettsmedisinsk arbeid ved vold i nære relasjoner. Dette er pasienter som behandles hos fastlege, legevakt og ulike sykehusavdelinger. Skader ved vold i nære relasjoner medfører ofte sykehusinnleggelse og i blant dødsfall.

Det er i dag ingen formelle kompetansekrav for å utøve rettsmedisinske tjenester i Norge. Akuttmedisinforskriften inneholder imidlertid krav om kurs i volds- og overgrepshåndtering for leger som arbeider i kommunal legevakt, jf. § 7 i akuttmedisinforskriften.

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) skal etter Forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon § 3 ha ansvar for sakkyndigutdanning. DRK holder derfor årlige kurs (Den rettsmedisinske kommisjons B-kurs i strafferett og straffeprosess), men det er ikke krav om gjennomføring av dette kurset for å kunne utøve rettsmedisinske virksomhet. Det tilbys også ulike kurs arrangert av fagmiljøene innen spesifikke områder som eksempelvis seksuelle overgrep. Det finnes også spesifikke kurs for de enkelte spesialitetene (innenlands og utenlands).

Det pekes også på at Norge er ett av få land i Europa som ikke har en spesialitet eller andre formelle kompetansekrav innen rettsmedisin, verken innen rettsmedisinske obduksjoner eller andre rettsmedisinske oppdrag. Dette medfører manglende kvalitetssikring av leger som utfører rettsmedisinske oppdrag og det påpekes at dette utgjør et rettssikkerhetsproblem.

Fordeler og ulemper ved en spesialitet

Det er behov for å sikre rekruttering og beholde leger i dette fagområdet. Situasjonen i dag er at unge leger begynner i faget, men av mangel på et formelt utdanningsløp vil mange velge å gå over i et LiS-løp i andre spesialiteter. I dag er det et krav om å være spesialist for å arbeide både i primær- og spesialisthelsetjenesten slik at det er få arbeidsmuligheter uten en spesialitet. Et utdanningsløp frem mot offentlig spesialistgodkjenning vil bidra til en mer stabil tilgang på rettsmedisinere med nødvendig spisskompetanse slik at vi ikke kommer i en situasjon med mangel på rettsmedisinsk kompetanse i Norge. Samtidig kan det være utfordrende å rekruttere leger til en liten spesialitet med til dels små fagmiljøer. Det er pekt på utfordringer ved opprettelse av en spesialitet i rettsmedisin i forhold til spesialiteten patologi. Flere har også påpekt at det i tillegg til en spesialitet er et stort behov for å styrke den rettsmedisinske kompetansen i kliniske spesialiteter gjennom et strukturert utdanningsløp.

Nedenfor har vi punktvis beskrevet noen fordeler og ulemper ved etablering av en spesialitet.

Fordeler ved en spesialitet

- **Kvalitet på rettsmedisinske tjenester**
 - Lik kvalitet på rettsmedisinsk kompetanse uavhengig av utdannings- og arbeidssted
 - Økt kvalitet på rettsmedisinske erklæringer og øvrige sakkyndigoppgaver
 - Godkjenning av utdanningsvirksomheter kan gi økt kvalitet på tjenestesteder for rettsmedisinere gjennom kravene i spesialistforskriften
 - Sammenlignbar kvalitet på rettsmedisin med de andre nordiske landene og Europa
 - Økt mulighet for samarbeid innen fagutvikling og forskning
 - Utdanningsløp med fastsatte læringsmål
- **Rekruttering til fagområdet**
 - Formalisert og forutsigbart utdanningsløp
 - Formell godkjenning av ervervet kompetanse i form av spesialistgodkjenning

- Yngre leger velger rettsmedisin som fag hvis det fører frem til en spesialitet
- Mulighet for å søke stillinger ved rettsmedisinske enheter/avdelinger i hele landet og i utlandet
- Økte muligheter for gjensidig rekruttering av spesialister mellom landene
- **Tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i hele landet**
 - Økt mulighet for at leger kan arbeide på flere aktuelle helseforetak/institusjoner med sin spesialitet i rettsmedisin og ikke være like stedbundet som i dag
 - Prioriteringskonflikt mellom kliniske oppgaver og rettsmedisinske oppgaver blir redusert
 - Fagutvikling og kompetanseheving i tilgrensende spesialiteter som kan gi økt tilgang på klinisk rettsmedisinsk kompetanse
- **Fagutvikling og forskning**
 - Mulighet for systematisk, oppdatert fagutvikling og ressursallokering til rettsmedisinsk forskning og fagutvikling
 - Legger til rette for fagutveksling og forskning mellom rettsmedisinske enheter i Norge og med andre land, for eksempel mellom de nordiske landene
- **Rettsikkerhet og habilitet**
 - Økt rettsikkerhet ved at lik kompetansebakgrunn gir tilsvarende vurderinger ved for eksempel unaturlige dødsfall
 - Økt rettsikkerhet for både ofre og siktede i straffesaker ved at rettsavgjørelser kan baseres på et rettsmedisinsk grunnlag utarbeidet av kompetente spesialister
 - Ivaretar habilitet ved større fagmiljøer og flere spesialister til å ivareta rettsmedisinske sakkyndigoppdrag

Ulemper ved en spesialitet

- En egen spesialitet kan være vanskelig å avgrense til andre spesialiteter, særlig patologi
- Økt antall spesialiteter kan bidra til ytterligere fragmentering av helsetjenesten
- Administrative konsekvenser for Helsedirektoratet i forbindelse med etablering av spesialitet, overgangsordning, godkjenning av spesialister og godkjenning av utdanningsvirksomheter
- Kostnader for RHF/HF ved noe økning av LiS og overleger, herunder ressurser til veiledning og supervisjon av LiS
- Kostnader for RHF/HF ved etablering av vaktordninger og eventuell beredskapsordning
- Skaper en barriere mellom rettsmedisinere og andre kliniske spesialiteter
- Liten spesialitet, små fagmiljøer og begrenset med jobbmuligheter, kan virke negativt på rekruttering
- RHF/HF får ansvar for å utdanne spesialister til oppgaver de ikke selv har ansvar for (dersom ansvar for rettsmedisinske tjenester ikke tydeliggjøres).

Antall spesialiteter i Norge

I 2017 ble de 14 grenspesialitetene i indremedisin og kirurgi omgjort fra gren- til hovedspesialiteter. I de senere årene er det opprettet to nye spesialiteter, henholdsvis rus- og avhengighetsmedisin (2014) og akutt- og mottaksmedisin (2019) slik at vi pr. 2020 har 46 spesialiteter i Norge.

I [Helsedirektoratets rapport Fremtidens legespesialister – En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold](#) er det i vedlegg II redegjort for internasjonal utvikling i spesialitetsstruktur. Antall spesialiteter i de europeiske landene varierer fra 32 i Nederland til over 60 i Storbritannia. Sverige har 57 spesialiteter, Danmark har 37 hovedspesialiteter i tillegg til fagområder (tidligere grenspesialiteter) og Finland har 49 spesialiteter.

Kriterier for opprettelse av nye spesialiteter

Det er Helsedirektoratet som fastsetter spesialitetsstrukturen. Det er ikke fastsatt bestemte kriterier for opprettelse av medisinske spesialiteter i Norge. I [Helsedirektoratets rapport Fremtidens legespesialister –](#)

[En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold](#) er det redegjort for kriterier som er lagt til grunn for opprettelse av spesialiteter i Sverige og Danmark, samt definisjoner av en spesialitet i Norge. Kriteriene er til dels sammenfallende og kan samlet sett beskrives slik:

- Størrelse og omfang på fagområdet
- Fagområdets avgrensning til andre spesialiteter – få berøringsområder til andre spesialiteter
- Det bør være et tilstrekkelig pasientgrunnlag
- Det bør være et tilstrekkelig antall spesialister i spesialiteten
- Spesialiteten bør ha en selvstendig forskningstradisjon
- Spesialiteten bør avspeile pasientenes og helse- og omsorgssektorens behov

Rekruttering er ikke nevnt som kriterium i rapporten, men bør legges til som kriterium for opprettelse av en spesialitet.

Disse kriteriene er etter det vi kjenner til i varierende grad benyttet ved opprettelse av spesialiteter. Ved opprettelsen av spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin i Norge i 2014 ble bl.a. rekrutteringsutfordringer og stor turnover i stillinger i rusfeltet vektlagt, i tillegg til politiske føringer om økt satsing på rusfeltet.

I Danmark ble spesialitet i rettsmedisin opprettet i 2008. Danmark hadde i stor grad den samme situasjonen som vi har i Norge i dag før spesialiteten ble opprettet. Det var manglende formelle kompetansekrav og lav rekruttering til faget kombinert med stor avgang på grunn av alder/pensjonering. Før spesialiteten ble opprettet hadde Dansk Selskab for Retsmedisin etablert en 3-årig «formalisert etterutdanning» som skulle tilsvare eller likne spesialistgodkjenning, men denne etterutdannelsen var ikke myndighetsstyrt. I Danmark la man følgende til grunn for vurdering av opprettelse av en spesialitet:

- Fagområdets størrelse og omfang
- Fagområdets særegenhet, arbeidsmetoder og arbeidsområder
- Spesialitetsstrukturen i sammenlignbare land

Fagområdets avgrensning til andre spesialiteter

Rettsmedisin er et eget samfunnsoppdrag og fagområdet skiller seg derfor fra andre spesialiteter som har diagnostikk og behandling som hovedformål. Rettsmedisin er et omfattende fagområde som innebærer at spesialisten har en annen rolle og der oppgavene gjøres for politi- og påtalemyndighet/rettsapparatet. Fagområdet omfatter en særskilt medisinsk kompetanse, egne teknikker og forskningsbehov.

Spesialitetens størrelse og pasientgrunnlag

En spesialitet i rettsmedisin vil være en relativt liten spesialitet i antall spesialister. Rettsmedisinske oppdrag og oppgaver benyttes som mål i stedet for pasientgrunnlag som i helsetjenesten for øvrig. Dersom oppdragsmengden holder seg stabil vil det nasjonale behovet for rettsmedisinere anslagsvis ligge et sted mellom 30 og 35 spesialister basert på statistikk for antall rettsmedisinske obduksjoner og klinisk rettsmedisinske undersøkelser og sakkyndiguttalelser pr i dag. Det vil tilkomme betydelig forsknings- og fagutviklingsoppgaver i tillegg til dagens oppgaver da videreutvikling og kvalitetssikring av fagområdet vil bli en stor andel av arbeidsoppgavene. Opprettholdelse av en rettsmedisinsk tjeneste og et fagmiljø på en enhet krever minimum 3 fullt utdannede rettsmedisinere. Innføring av ulike vakt- og beredskapsordninger kan gi behov for flere pr. enhet. I tillegg er det behov for undervisnings- og opplæringsoppgaver ved utdanningsvirksomhetene.

Per i dag er det enheter i alle helseregioner som utfører rettsmedisinske/rettspatologiske tjenester på oppdrag fra politiet, men det er som vist i kartleggingen store forskjeller i organisering og kapasitet. Disse er:

- **Helse-Nord:** Universitetssykehuset i Nord-Norge og noe ved Nordlandssykehuset HF
- **Helse Midt-Norge:** St Olavs hospital
- **Helse-Vest:** Universitetet i Bergen v/Gades institutt og Stavanger universitetssjukehus
- **Helse Sør-Øst:** Oslo Universitetssykehus

I Helse Nord, Helse Midt og Helse Vest er virksomheten helt eller delvis knyttet til patologiavdelinger/enheter. Klinisk rettsmedisin er svært liten andel av oppdragsporteføljen slik organiseringen i enhetene som utfører rettsmedisinske obduksjoner er per i dag, men burde vært større.

I Norge gjennomføres rundt 2100 rettsmedisinske obduksjoner per år. Dette er nesten dobbelt så mange som i Danmark, som også har et noe høyere folketall enn Norge. I Sverige gjennomføres det årlig om lag 5500 rettsmedisinske obduksjoner, noe som er omtrent på samme nivå som i Norge sett i forhold til befolkningens størrelse. Finland, som har om lag samme innbyggertall som Norge skiller seg ut fra de øvrige nordiske land med 9000 rettsmedisinske obduksjoner per år. I kartleggingsarbeidet er det påpekt at antall rettsmedisinske obduksjoner per befolkningstall trolig er for lavt enkelte steder i Norge og at dette til dels har med kostnader for politidistriktene å gjøre.

Sverige, Danmark og Finland har som nevnt en egen spesialitet i rettsmedisin. Sverige har en spesialistdekning på ca. 30 spesialister i rettsmedisin. Danmark og Finland har en spesialistdekning på noe under 30 spesialister. Både geografiske og demografiske forhold må tillegges vekt ved etablering av spesialitet.

I Norge er det pr. i dag til sammen 34 leger som utfører rettspatologiske undersøkelser. Dette kan ikke omgjøres til hele legeårsverk, da om lag halvparten av disse legene er spesialister i patologi, og kun har rettspatologiske undersøkelser som del av sine oppgaver på de patologiske avdelingene (Bodø, Stavanger, Tromsø og Trondheim). De resterende legene (OUS og UiB) har dette som sin hovedoppgave. I tillegg gjøres det kliniske rettsmedisinske undersøkelser ved noen av de fleste avdelingene.

For å opprettholde et fagmiljø, mulighet for to sakkyndige i kompliserte saker og avvikling av ferier og permisjoner er det anbefalt at det ikke er færre enn tre sakkyndige/rettsmedisinere ved en enhet for rettspatologi og klinisk rettsmedisin.

Spesialiteter i andre sammenlignbare land

Som vist i [kapittel 4](#) er rettsmedisin en egen spesialitet i 19 europeiske land, herunder Sverige, Danmark og Finland. England og Irland vurderer etablering av en spesialitet.

Oppbygning og innhold i spesialitet i rettsmedisin

Her skisseres oppbygning og innhold og ikke et ferdig utformet forslag til en spesialitet. En spesialitet vil måtte inkludere rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Rettsmedisinske obduksjoner er regulert blant annet i obduksjonsloven og straffeprosessloven og krever spesielle lokaler og undersøkelsesteknikker og en særskilt kompetanse.

Det er i dag ingen spesialiteter som gir denne spesifikke kompetansen. Spesialistutdanningen i patologi har spesifikke læringsmål innen obduksjon og obduksjonspatologi for å bli spesialist, men som ferdig spesialist arbeider den generelle patolog i liten grad med obduksjoner.

Spesialistutdanningen i patologi innebærer ikke spesifikke ferdigheter i rettsmedisinske obduksjoner, utvendige undersøkelser, skademekanikk, fastsettelse av dødstidspunkt og annen rettsmedisinsk fortolkning. Det vises for øvrig til læringsmål i spesialiteten patologi for rettsmedisinske og medisinske obduksjoner i tabell 5, nedenfor i kapittelet.

Nedenfor skisseres overordnet innhold/kompetanse som bør ligge i en rettsmedisinsk spesialitet. Det må imidlertid arbeides videre med konkret oppbygning av spesialiteten med forskriftsfestede læringsmål mv. Overgangsordninger for godkjenning av spesialister med ervervet kompetanse i rettsmedisin må utarbeides slik det er gjort tidligere ved etablering av nye spesialiteter slik at man har veiledere for lege i spesialisering (LiS) i oppstartfasen. Det bør bygges videre på de fagmiljøene og den kompetansen som allerede finnes.

En mulig modell kan være en grunnstamme med generell patologi, eksempelvis 1,5 -2 år med spesifikke læringsmål relevant for rettsmedisinske obduksjoner. Det må imidlertid tas hensyn til at patologer også trenger opplæring i obduksjonspatologi. Synkende antall medisinske obduksjoner er allerede utfordrende for å utdanne spesialister i patologi. Dette må sees nærmere på.

I tillegg kan en spesialitet omfatte ca. 3 år praksis i rettsmedisinsk virksomhet med mulighet for vitenskapelig arbeid. Kursmoduler i spesialiteten bør inkludere kursmoduler i klinisk rettsmedisin, rettspatologi-relevante kurs, samt andre kurs i tråd med læringsmål i spesialiteten, se nedenfor.

En spesialitet i rettsmedisin bør bygges først og fremst rundt behov for rettsmedisinske obduksjoner og andre rettsmedisinske undersøkelser og tjenester ved unaturlige dødsfall:

- likskuer
- åstedsundersøkelser
- rettsantropologi
- rekonstruksjoner av dødsulykker/drap

Rettsmedisinske obduksjoner er en spesifikk del av rettsmedisinsk arbeid som omfatter spesielle krav til undersøkelsesteknikk og undersøkelseskompetanse som ikke er like relevant for spesialiteter som utøver klinisk rettsmedisin. I tillegg er lovkrav (straffeprosessloven og obduksjonsloven) og krav til utstyr og fasiliteter sentralt. Rettsmedisinsk undersøkelse i forbindelse med dødsfall utføres på oppdrag fra politi og påtalemyndighet, og vil ikke inneholde elementer av helsehjelp slik klinisk rettsmedisin ofte gjør.

Vurdering av dødsfall krever kunnskap om generell skademekanikk, skadevurderinger og fortolkninger av skader. Ofte er det tilfeldig om en (volds)skade medfører dødsfall eller resulterer i overlevelse på grunn av behandling eller tilfeldigheter i skadeomfang. Rettsmedisinere skal svare ut spørsmål for rettsapparatet og må ha kunnskap om vurdering av skader der personen har overlevd en tid eller der skadene er medisinsk og behandlingsmessig uviktige, men kan ha betydning i en rettslig sammenheng. Det er derfor naturlig at spesialister i rettsmedisin også innehar kompetanse i klinisk rettsmedisinske undersøkelser av vold på levende personer og kan gi sakkyndige uttalelser på bakgrunn av foreliggende dokumentasjon.

En spesialitet i rettsmedisin bør derfor omfatte grundig opplæring i:

- obduksjonsteknikk
- patologi
- skadevurdering og skademekanikk
- klinisk rettsmedisin
- rettsgenetikk
- sporsikring
- rettstoksikologi
- rettsantropologi
- postmortal radiologi
- fototeknikk- og dokumentasjon
- jus
- etikk

- rammer for sakkyndig virksomhet
- vitenskapelig kompetanse
- kompetanse i kunnskapsbasert praksis

En spesialist i rettsmedisin vil inneha en spisskompetanse og vil være en ressurs for andre kliniske spesialiteter i rettsmedisinske undersøkelser og vurderinger i kompliserte saker. Dette gjelder eksempelvis grov vold mot barn eller grov vold i overgrepssaker og saker der politi/påtalemyndighet ber om nye tilleggsundersøkelser eller -erklæringer.

Det vil være en fordel at innhold og oppbygning av en spesialitet legges tett opp til oppbygning og kompetansekrav i den danske og svenske spesialiteten, men med nasjonale tilpasninger og avgrensninger mot klinisk virksomhet på en måte som er mest hensiktsmessig i Norge.

De fleste av dagens kurs i klinisk rettsmedisin og generell rettsmedisin bør kunne inngå både i en spesialitet og et kompetanseområde i klinisk rettsmedisin dersom det etableres. Her nevnes: Den rettsmedisinske kommisjons B-kurs i strafferett og straffeprosess og kurs arrangert av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. I tillegg nevnes at Legeforeningen og OUS, Avdeling for rettsmedisinske fag også tilbyr kurs i rettsmedisin.

Styrking av rettsmedisinsk kompetanse i relevante spesialiteter

En spesialitet i rettsmedisin vil ikke kunne dekke behovet for rettsmedisinsk kompetanse i legevakt, overgrepsmottak, akuttmottak, barneavdelinger. Både kartlegging og innspill fra fagmiljøene og aktørene viser at det er stort behov for å heve kvaliteten på det rettsmedisinske arbeidet som utøves blant annet i legevakt. Etablering av et kompetanseområde er særlig løftet frem. Vi har også vurdert andre alternativer som det gis en kort redegjørelse for.

Grenspesialisering

Innføring av grenspesialisering anses ikke som et aktuelt tiltak og er derfor ikke utredet. Som kjent ble grenspesialisering fjernet ved innføring av ny spesialistutdanning ved at de kirurgiske og indremedisinske grenspesialitetene ble omgjort til hovedspesialiteter. Det er imidlertid gitt innspill om at oppretting av rettsmedisin som en grenspesialitet i patologi kunne være et alternativ og det nevnes derfor her.

Sertifiseringsordning

En sertifiseringsordning er pekt på som et alternativ. Vi vurderer dette som lite egnet som alternativ til et kompetanseområde som er et utdanningsløp av lengre varighet. Sertifisering av helsepersonell er beskrevet som egnet for "smale" områder som bruk av særskilt komplisert medisinsk-teknisk utstyr eller spesielle prosedyrer. Sertifisering må foretas av et sertifiseringsorgan (offentlig eller privat) og innebærer krav om resertifisering. Dessuten vil krav om sertifisering for å utøve rettsmedisinske oppgaver, for eksempel i legevakt, kunne skape problemer i forhold til bemanning/vaktordninger dersom man ikke har tilstrekkelig antall sertifiserte.

I rapporten [Kvalitetssertifisering av norske sykehus \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/tema/kvalitetssertifisering-av-norske-sykehus/id2544444/) opplyses at det finnes sertifiseringsordninger for helsepersonell, hvorav noen egeninitierte/virksomhetsinterne ordninger. Helsedirektoratet har tidligere ikke gått inn for en ordning med sertifisering av helsepersonell. Norsk rettsmedisinsk forening etablerte en sertifiseringsordning i 2009 i påvente av en spesialitet. Dette er en uoffisiell/frivillig ordning og anses ikke som tilstrekkelig for å sikre rettsmedisinsk kompetanse i Norge.

Obligatorisk etterutdanning

Innføring av krav om obligatorisk etterutdanning har vært diskutert som en mulighet for å innføre kompetansekrav for andre/kliniske spesialiteter. I spesialisthelsetjenesteloven er det fastsatt krav om at virksomheten skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig, jf § 3-10. Tilsvarende bestemmelse er gitt i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. § 8-2.

Arbeidsgiver og ansatt helseperson har gjensidig ansvar for etterutdanning. Ansatte har plikt til å holde seg oppdatert og videreutvikle sin kompetanse, og arbeidsgiver har ansvar for å legge til rette for etterutdanning og for at medarbeiderne har rett kompetanse. Leger har også avtalefestede rettigheter til etterutdanning. Blant annet gjennom Hovedavtalen (Spekter og Virke) har overleger og legespesialister krav på utdanningspermisjon med lønn i minimum 4 måneder pr. 5-års periode.

Overleger og legespesialist kan gis permisjon med full lønn etter arbeidsplan i inntil 10 dager per år til kurs, kongresser og møter. I rapporten [Fremtidens legespesialister](#) påpekte Helsedirektoratet at det var behov for at det er behov for en strukturering av de krav som allerede ligger i helsepersonelloven og tjenestelovene, men ikke obligatorisk etterutdanning som innebærer sanksjoner (eksempelvis tap av godkjenning som spesialist) eller krav om resertifisering.

Krav til gjennomføring av kurs

Dersom det ikke er aktuelt å etablere noe strukturert utdanningsløp kan det vurderes å forskriftsfeste krav til gjennomføring av flere kurs i akuttmedisinforskriften, jf. [§ 7 om kompetansekrav til lege i vakt mv. \(lovdata.no\)](#). Dette gjelder spesielt for leger i legevakt, men tilsvarende kunne for eksempel gjøres for leger og annet personell i barneavdelinger, overgrepsmottak og andre som mottar en stor andel av volds- og overgrepsutsatte, gitt forskriftshjemmel.

Et annet alternativ er at arbeidsgivere stiller krav til gjennomføring av kurs/opplæringstiltak ved ansettelse i overgrepsmottak, barneavdeling/sosialpediatriske enheter, akuttmottak mv. Det vil da være behov for å øke kurstilbudet og sørge for at det spres, slik at kurs er tilgjengelig i hele landet. En ulempe ved dette er at det vil kunne bli stor variasjon i hvilke krav som stilles og dermed lite enhetlig rettsmedisinsk kompetanse i hele landet. Som tiltak for å sikre lik kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinske tjenester anses ikke dette som tilstrekkelig.

Nasjonale kompetansetjenester og kompetansenettverk

Fra de sosialpediatriske fagmiljøene er det foreslått etablering av en nasjonal kompetansetjeneste for vold og seksuelle overgrep mot barn. Tilsvarende kunne etableres for voksne. Det anses ikke som et tilstrekkelig virkemiddel i seg selv for å sikre rekruttering og tilgang på rettsmedisinske tjenester. Slik vi forstår det vil det være opp til de regionale helseforetakene å søke om oppretting av nasjonale kompetansetjenester. Det innebærer ingen formelle kompetansekrav for leger/helsepersonell og anses ikke heller ikke som et tilstrekkelig tiltak.

[Barnevoldsutvalget \(NOU 2017:12 Svikt og svikt\) \(regjeringen.no\)](#) anbefaler blant annet å sikre at rettsmedisin blir en spesialisering innenfor medisinfaget, og at det opprettes et nasjonalt kompetansenettverk for rettsmedisin. Disse anbefalingene er blant tiltakene som vil bli fulgt opp. Etablering av fagnettverk/kompetansenettverk er også foreslått av flere av de involverte aktørene.

Etablering av mastergradsutdanning

Det er etablert masterutdanninger for leger og annet personell blant annet i Australia og England, som nevnt i [kapittel 4.3](#). Masterutdanningen tilbys som fulltids- eller deltidsstudium ved siden av klinisk tjeneste

ved relevant avdeling eller legevakt. Tilsvarende masterstudium kunne etableres i Norge dersom kompetanseområde ikke er et aktuelt tiltak. For sykepleiere og andre personellgrupper bør det også vurderes ulike videreutdanningstilbud, enten som et nytt studietilbud eller at rettsmedisinsk kompetanse bygges inn som en studieretning i en eksisterende videreutdanning/masterutdanning. Etablering av disse studietilbudene må utredes nærmere dersom de anses som aktuelle tiltak.

Kompetanseområde

Generelt om kompetanseområder

Per i dag er kompetanseområder ikke myndighetsstyrt og har ingen formell status i form av offentlig godkjenning. Et kompetanseområde bygger på en spesialitet. Legeforeningen legger til grunn følgende definisjon av kompetanseområder:

Et kompetanseområde er karakterisert ved at spesialister med en særlig interesse og kompetanse arbeider innenfor et område som griper inn i tre eller flere spesialiteter.

Helsedirektoratet har i hovedsak lagt denne definisjonen til grunn blant annet ved etablering av forsøksordningen med kompetanseområdet i palliativ medisin.

Legeforeningen har per i dag [etablert kompetanseområder for alders- og sykehjemsmedisin, allergologi og smertemedisin \(legeforeningen.no\)](#). Det er Legeforeningen som fastsetter innhold og som godkjenner leger i disse kompetanseområdene. Det er ingen godkjenning eller kvalitetssikring av utdanningsarenaene og de er ikke ment å være et virkemiddel for rekruttering.

Kompetanseområder gir ikke rettigheter til deltagelse i utdanningsaktiviteter og heller ikke rettigheter i arbeidsgiver/arbeidstakerrelasjonen (stillinger, lønn, permisjoner osv.)

Helsedirektoratet forvalter forsøksordningen med [kompetanseområde i palliativ medisin](#).

Spørsmålet om kompetanseområder for leger og tverrfaglige kompetanseområder skal etableres med en mer myndighetsstyrt ordning er under vurdering blant annet på bakgrunn av forsøksordningen i palliativ medisin, ulike utredninger på feltet og forslag om nye kompetanseområder.

Behov for påbygningskompetanse

Kartleggingsundersøkelsen og kontakten med de ulike fagmiljøene har vist at det er behov for en påbygningskompetanse for legespesialister i relevante kliniske spesialiteter. Spesialister i rettsmedisin vil verken kapasitets- eller kompetansemessig kunne dekke alle behov for klinisk rettsmedisin i landets overgrepsmottak, barneavdelinger, kommunale legevakter mv. Eksempelvis når det gjelder barn vil rettsmedisinske vurderinger som utøves av barneleger kreve en pediatriisk kompetanse som en spesialitet i rettsmedisin ikke kan dekke.

Dersom det skulle bli aktuelt å etablere et kompetanseområde i klinisk rettsmedisin bør det bygges opp etter tilsvarende modell som dagens kompetanseområder, se ovenfor. Disse har fra ½ år til 2 års varighet. Allerede etablerte kurs som holdes av DRK, NKLM m.fl. kan inngå både i et kompetanseområde og en spesialitet. Det bør omfatte kurs i eksempelvis skadedokumentasjon, vurdering, skademekanikk, jus, etikk, utforming av sakkyndigerklæringer mv. Tjenestekrav i et kompetanseområde vil måtte utredes nærmere.

I tillegg til kompetanseheving for den enkelte lege vil et kompetanseområde i klinisk rettsmedisin kunne bidra til faglig samarbeid og fagutvikling, for eksempel gjennom etablering av fagnettverk som er etterspurt. Demografiske og geografiske forhold medfører at det mange steder i landet er store avstander og lang

reisevei for å komme til en rettsmedisinsk undersøkelse. Det kan også være for få pasienter/oppdrag og vanskelig å opprettholde kompetanse eller tjeneste, dersom klinisk rettsmedisinsk virksomhet skal være hovedbeskjeftigelsen.

Fleksibiliteten som ligger i et kompetanseområde medfører at det er en egnet ordning for både områder med stor og mindre pågang av klinisk rettsmedisinske oppgaver.

Vurdering

Undersøkelser av barn og voksne utsatt for vold og overgrep er tunge oppgaver som ofte oppleves som svært belastende for helsepersonellet. Rettsmedisinske undersøkelser kan innebære undersøkelse, sporsikring og skadedokumentasjon av både offer og siktet gjerningsperson. I tillegg krever det god rettsmedisinsk kompetanse og faglig tyngde for å utarbeide rettsmedisinske erklæringer som holder mål i en straffesak og opptre som rettsoppnevnt sakkyndig i retten.

Blant andre har Riksadvokatens representant i referansegruppen påpekt at forsvarsadvokater i noen tilfeller innhenter rettsmedisinsk ekspertise fra utlandet, at rettsmedisinsk sakkyndige «spilles ut» og at det stilles spørsmål ved den sakkyndiges kompetanse. Tilbakemeldingene fra tjenestene viser at det er behov for et mer strukturert utdanningsløp for leger i kliniske spesialiteter enn dagens tilbud om kurs og intern opplæring. Noe kan ivaretas gjennom styrking av læringsmålene i spesialistutdanningens del 1- 3 for relevante spesialiteter, men det vil ikke være tilstrekkelig for å heve kvaliteten på klinisk rettsmedisinske tjenester.

Helsedirektoratet anbefaler ikke etablering av et kompetanseområde for leger før det er foretatt en avklaring av kompetanseområder på generelt grunnlag. Vi avventer derfor det videre arbeidet med dette utover høsten. Vi anser imidlertid et kompetanseområde innen klinisk rettsmedisin som et godt egnet virkemiddel for å heve kompetansen for leger i legevakt, overgrepsmottak, barneavdelinger mv. og foreslår derfor at vi kommer tilbake med en anbefaling om kompetansetiltak for kliniske spesialiteter.

Gjennomgang av læringsmål i spesialistutdanningen generelt

I praksis kan en hvilken som helst lege møte rettsmedisinske problemstillinger og potensielt måtte gjennomføre en medisinsk/rettsmedisinsk undersøkelse. Det betyr at leger bør ha en grunnkompetanse til å avdekke vold og seksuelle overgrep, og gjennomføre sporsikring og dokumentasjon selv om dette er forhold de sjelden møter i sin kliniske hverdag. Det foreslås at læringsmålene i alle spesialiteter gjennomgås med tanke på å sikre en grunnleggende kompetanse, særlig med tanke på sporsikring og skadedokumentasjon. Dette må selvsagt vurderes i forhold til mengden av læringsmål og oppnåelse av de øvrige læringsmålene og -aktivitetene i spesialistutdanningen.

Dagens ordning for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger reguleres av spesialistforskriften, se [Rundskriv 1-2/2019. Spesialistforskriften med kommentarer \(regjeringen.no\)](#). Det er Helsedirektoratet som fastsetter læringsmål for alle spesialiteter (spesialistforskriftens vedlegg II).

En gjennomgang av læringsmål i spesialiteter som kan være relevante for klinisk rettsmedisin og rettspatologi, viser en betydelig variasjon i læringsmål knyttet til vold og seksuelle overgrep, sporsikring/ skadedokumentasjon og rettsmedisin.

Oversikten nedenfor viser læringsmål knyttet til vold, mishandling, seksuelle overgrep og obduksjoner generelt og er ikke knyttet til rettsmedisinske oppgaver spesielt. I tillegg til disse læringsmålene er det i

spesialistutdanningen i del 1 (som er felles for alle spesialiteter) et læringsmål om under supervisjon å kunne avdekke tegn til vanskjøtsel, mishandling og seksuelt misbruk av barn.

Tabell 5. Læringsmål i del 2 og 3 i relevante spesialiteter – vold, overgrep, obduksjoner

Spesialitet	Læringsmål del 2 og 3
Akutt- og mottaksmedisin AMM-008	Overgrep, mishandling, voldtekt og vold hos voksne og barn: Ha god kunnskap om symptomer/tegn på overgrep, mishandling, voldtekt og vold hos voksne og barn. Beherske henvisninger til relevante instanser for oppfølging. Ha kunnskap om rettsmedisinske vurderinger i mottak knyttet til dette.
Barnesykdommer / Sosialpediatri PED-148 PED-149 PED-150 PED-151	Mishandlings- og overgrepssaker Ha god kunnskap om akutt utredning og dokumentasjon i mishandlings- og overgrepssaker og selvstendig kunne iverksette adekvate tiltak for å beskytte barnet. 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. Fabrikkert eller påført sykdom 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). Påført hodeskade (filleristingsskade - abusive head trauma) Ha god kunnskap om og kjenne symptomer og funn som gir mistanke om påført hodeskade (filleristingsskade - abusive head trauma). Fysisk, psykisk eller seksuelt overgrep eller omsorgssvikt 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.
Fødselshjelp og kvinnesykdommer GYN-077	Seksuelle overgrep - undersøkelse, prøvetaking og fotodokumentasjon Ha kjennskap til gynekologisk undersøkelse med prøvetaking og fotodokumentasjon ved seksuelle overgrep.
Ortopedi ORT-065	Ha kunnskap om tegn på barnemishandling. Selvstendig kunne undersøke barn der man mistenker barnemishandling
Patologi PAT-181 PAT-182	Rettspatologisk sakkyndighetserklæring, sakkyndiges rolle i retten Ha kjennskap til rettspatologisk sakkyndighetserklæring, samt ha kjennskap til den sakkyndiges rolle i retten og den rettsmedisinske kommisjon (DRK) og dennes funksjon. Rettsmedisinske og medisinske obduksjoner 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)
Rus- og avhengighetsmedisin	Undersøke og vurder Selvstendig kunne innhente og vurdere opplysninger, eventuelt komparentopplysninger om påvirkningsfaktorer i oppvekst og utviklingshistorie, skolegang/arbeid, ressursfaktorer, sårbarhet, risikofaktorer og forhold til rettsvesenet, herunder faktorer som:

- familiær disposisjon
- pasientens styrke og motstandskraft
- vold og seksuelle overgrep – omsorgssvikt

Vurdering

Når det gjelder gjennomgang av læringsmål i spesialistutdanningen er det med tanke på å sikre en grunnleggende kunnskap om fagområdet. Det understrekes at dette tiltaket ikke kan erstatte et mer strukturert kompetansehevende tiltak som bygger på en spesialistutdanning i ulike spesialiteter.

Andre tiltak

I møter og gjennom skriftlige innspill fra de involverte instansene har det fremkommet flere forslag til tiltak som er belyst i utredningen, men som ikke omfattes av anbefalingene på grunn av avgrensningen av oppdraget. Disse bør imidlertid følges opp videre.

Her nevnes noen sentrale tiltak:

- Beredskaps- og vaktordninger
- Nasjonale maler for mandater og rettsmedisinske erklæringer
- Nasjonal kompetansetjeneste for vold og seksuelle overgrep mot barn og unge
- Nasjonalt kompetansenettverk for rettsmedisin – Regjeringens oppfølging av NOU 2017:12 Svikt og svik (Barnevoldsutvalget)
- Nasjonale kvalitetsregistre for fagutvikling, forskning og kvalitetsoppfølging
- Internettbasert nasjonalt system for fagfelleevaluering hvor man kan sende bilder og få tilbakemeldinger på disse, på en trygg måte
- Utrede finansieringsordningene på rettsmedisin-området

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er ikke foretatt kostnadsberegninger knyttet til etablering av en spesialitet, kompetanseområde eller øvrige tiltak. I drøftingen av fordeler og ulemper ved en opprettelse av en spesialitet i rettsmedisin er det imidlertid pekt på noen økonomiske og administrative konsekvenser som:

- Administrative konsekvenser for Helsedirektoratet i forbindelse med etablering av spesialitet, herunder forskriftsarbeid, etablering av overgangsordning, godkjenning av spesialister og godkjenning av utdanningsvirksomheter
- Kostnader for RHF/HF ved noe økning av antall leger i spesialisering (LiS) og overleger, herunder ressurser til veiledning og supervisjon av LiS
- Kostnader for RHF/HF ved etablering av vaktordninger og eventuell beredskapsordning.

Behovet for antall nye stillinger/årsverk ved etablering av en spesialitet vil være lavt, [jf. kapittel 2](#) om behov og antall leger som utfører rettspatologiske tjenester i dag.

Finansierungsordningen for rettsmedisinske tjenester er ikke gjennomgått i denne utredningen. Det vises her til Politidirektoratets og Helsedirektoratets «Utredning av ansvarsforhold rundt og finansiering av sporsikring og skadedokumentasjon i volds- og overgrepssaker» fra 2015 og tilleggsutredning i 2016.

Anbefalinger

Nedenfor angis Helsedirektoratets anbefalinger etter utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i Norge. Disse er delt inn i tiltak knyttet til lovregulering og styringsdokumenter og tiltak knyttet til kompetanse.

Anbefaling knyttet til lovregulering og styringsdokumenter

- Forslag om lovendring fra 2015/2016 opprettholdes. På lengre sikt bør det vurderes ytterligere regelverksarbeid knyttet til rettsmedisinske tjenester, ikke kun sporsikring og skadedokumentasjon.
- De regionale helseforetakene gis i oppdrag å sørge for å bygge opp kapasitet innen rettsmedisinske tjenester gjennom oppdragsdokumentene, herunder sørge for at helseforetakene inngår samarbeids-/rammeavtaler om rettsmedisinske tjenester til politi og påtalemyndighet.

Anbefaling knyttet til kompetanse

- Det opprettes en spesialitet i rettsmedisin for leger.
- Læringsmålene i spesialistutdanningen gjennomgås med tanke på å sikre en grunnleggende kunnskap innen rettsmedisin for relevante spesialiteter.
- Det anbefales å utrede etablering av et videreutdanningstilbud som omfatter rettsmedisinske oppgaver for sykepleiere og annet relevant personell.
- I påvente av avklaring om kompetanseområder skal etableres på generelt grunnlag anbefales det ikke opprettelse av kompetanseområde i klinisk rettsmedisin i denne omgang. Helsedirektoratet vil komme tilbake med anbefalinger knyttet til kliniske spesialiteter.

Sammensetning av prosjektgruppe, styringsgruppe og referansegruppe

Prosjektgruppe

- Cathrine H. Welle-Watne, Avdeling retningslinjer og fagutvikling (prosjektleder)
- Edel Camilla Holene, Avdeling retningslinjer og fagutvikling
- Turid Moseid, Avdeling retningslinjer og fagutvikling
- Valborg Kristine Dyngvold, Avdeling retningslinjer og fagutvikling
- Kristin Refsdal, Avdeling prosjekt og tjenestedesign
- Mari Mjøs, Avdeling helserett og bioteknologi
- Sverre Harbo, Avdeling spesialisthelsetjenester
- Gerd Jorunn Møller Delaveris, Avdeling for rettsmedisinske fag, OUS (engasjement)

Styringsgruppe

- Morten Græsli, avdelingsdirektør, Avdeling retningslinjer og fagutvikling (leder)
- Torunn Janbu, avdelingsdirektør, Avdeling spesialisthelsetjenester
- Anne Louise Valle/Vårin Hellevik, avdelingsdirektør, Avdeling helserett og bioteknologi

Referansegruppe

Referansegruppe

Representerer	Navn	Arbeidssted
Helse Sør-Øst RHF	Hege Luytkis	Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo Universitetssykehus HF
	Irene Sætran	Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF	Inge Morild	Haukeland universitetssykehus/Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen
	Christian Lycke Ellingsen	Avdeling for patologi, Stavanger universitetssykehus
Helse Midt- Norge RHF	Harald Aarset	Avdeling for patologi. St. Olavs Hospital HF
	Gaute Heming Nilsen	Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF	Lars Uhlin-Hansen	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
Høyere påtalemyndighet (Riks- advokaten og statsadvokatembetene)	Trude Elisabeth Sparre	Oslo statsadvokatembeter

Politidirektoratet	Christine Bøe Jensen	Straffesaksseksjonen, Politifagavdelingen
	Morten Weensvanger	Kripos
Den norske advokatforening	Anne Kroken	Advokatforeningen og Advokatfirmaet Torstrup AS
Den rettsmedisinske kommisjon	Torleiv Ole Rognum	DRK, gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin
	Arne Kristian Myhre	DRK, gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin
Den norske legeforening	Kari Eikvar	Legeforeningen, Medisinsk fagavdeling, Enhet for utdanning og utvikling
	Anne Jarstein Skjulsvik	Avdeling for patologi, St. Olavs hospital
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)	Helle Nesvold	Overgrepsmottaket, Allmennlegevakten, Helseetaten, Oslo kommune
	Dina Midttun	Overgrepsmottaket, Allmennlegevakten, Helseetaten, Oslo kommune
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)	Mia Myhre	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

