

## Psykiatrisk divisjon

Justis- og politidepartementet  
Postboks 8005 Dep  
0030 OSLO

Deres ref:  
201009890 ES TSA/bj

Vår ref:  
2010/5313

Saksbehandler:  
Klinikkoverlege Per Bentsen

Bergen,  
28.01.2011

### Høringsuttalelse - Utvidelse av virkeområdet for strafferettslige særreaksjoner for utilregnelige som begår vedvarende og samfunnsskadelig kriminalitet

Forslaget innebærer et helt nytt prinsipp, nemlig at løsningen på et kriminelt problem skal løses innen det psykiske helsevern. Det begrunnes i vesentlig grad ut fra hensynet til samfunnsvern mot vedvarende og skadelig kriminalitet.

Helse Bergen er av den oppfatning at de tiltak som samfunnet finner nødvendig for å sikre seg mot kriminalitet må forankres i kriminalomsorgen. Vi kan derfor ikke støtte den foreslåtte utvidelse av virkeområdet for strafferettslige særreaksjoner.

#### Utilregnelighetsbegrepet

En skal kanskje ikke forundres over at en har en del plagsomme "utilregnelige" som har frikort til å begå kriminelle handlinger. Ved å la begrepet utilregnelighet favne så vidt som det gjør i dag, skjer dette. At det skal være mulig å dømme en del av disse til tidsbegrenset særreaksjon kan vi slutte oss til, men samtidig må en vokte seg for å gjøre dette til en sovepute slik at en ikke gjør andre grep.

Pasientens psykose er ikke hovedfaktoren når det gjelder risiko for kriminalitet. Andre faktorer er viktigere. Når vi ser på de kriminelle handlingene som disse gjør, så er de ofte logiske og rimelig godt planlagte. De virker ikke å være styrt av psykosen. I siviljussen tenker en annerledes. En person med psykose kan godt sette opp et testamente eller en avtale og dette vil bare være ugyldig dersom testamentet eller avtalen er sinnsykt motivert. Sivilrettslig handleevne har man altså.

En overgang fra det medisinske prinsipp til det psykologiske ville kunne medføre at flere av disse "plagsomme" personer blir kriminalomsorgens ansvar. Det er ikke sinnslidelsen som er den viktigste drivende faktor for kriminalitet.

Det er derfor etter vårt syn nødvendig å se nærmere på begrepet utilregnelighet. I realiteten er det slik i Norge at hvis man har en diagnose = alvorlig sinnslidelse, så er man utilregnelig selv om man var adekvat behandlet på gjerningstidspunktet. I teorien er det slik at man da skulle

kunne defineres som tilregnelig, men i praksis skjer dette sjelden.

#### **Ettervern**

En annen faktor myndighetene bør se nærmere på, er hvordan kroniske psykotiske pasienter med tilleggsproblematikk som for eksempel vedvarende og samfunnsskadelig kriminalitet, følges opp av det psykiske helsevern.

Det er et uomtvistelig faktum at godt fungerende ettervernspliklinikker er mangelvare. Oppfølgingen skjer ofte fra poliklinikker med en høy turnover av pasienter og relativt uerfarne behandlere. Dette kan medføre både dårlig antipsykotisk behandling og en dårlig overordnet håndtering av tilleggsproblematikken. Ofte nekter poliklinikk/kommune å ta ansvar for disse pasientene og det blir ofte overlege på sykehuspost som får ansvaret for å ivareta denne oppfølgingen. Denne overlegen har i tillegg mange andre oppgaver og har derfor lite tid til oppsøkende virksomhet som er helt nødvendig i slike saker.

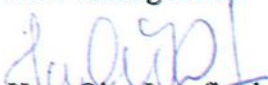
Det er også slik at det er en "drift" av besværlige pasienter fra allmennpsykiatrien og over i sikkerhetspsykiatrien. Dette ser en i hele Europa og har mye å gjøre med nedbyggingen av institusjonspsykiatrien. I tillegg har det noe å gjøre med en motvilje mot å ta ansvar for pasienter som skaper mye "bråk". Konklusjonen er derfor at psykiatrien har en viktig rolle overfor disse pasientene spesielt i forhold til god oppfølging poliklinisk. Dette vil kreve føringer fra sentralt hold om krav til oppretting av ettervernsplikikker. I tillegg bør kriminalomsorgen på sikt sterkere inn i forhold til de som "burde" vært vurdert som tilregnelig.

#### **Merknader til de konkrete forslag**

For tilfelle foreslåtte ordning blir etablert, vil Helse Bergen advare mot at de regionale sikkerhetsavdelingene skal ha ansvar for disse pasientene. Her er kapasiteten så liten at man ikke bør redusere kapasiteten ytterligere ved å benytte disse plassene til lavrisikopasienter. Det er etter vårt syn mer hensiktsmessig at dette kan være et ansvar for lokale sikkerhetsposter. Lokale sikkerhetsposter har et bedre og tettere samarbeid med kommunene, noe som vil lette gjennomføringen av den utredningen og oppfølgingsplanlegging som skal finne sted i perioden.

Når det gjelder den oppfølgingsplan som skal utarbeides, er vi enig i at koordinator skal være en person fra den oppfølgende instans som vil ha mest å gjøre med domfelte etter opphør av tidsbegrenset særreaksjon. Dette kan med fordel framgå av lovteksten i ny § 39, tredje til sjette ledd.

Med vennlig hilsen



Hans Olav Insteffjord  
divisjonsdirektør  
Psykiatrisk divisjon  
Helse Bergen HF