

Helse og omsorgsdepartementet,  
Spesialisthelsetjenesteavdelingen  
Postboks 8011 Dep,  
0030 Oslo

## **Høring – NOU 2010: 3 ”Drap i Norge i perioden 2004 – 2009**

*NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse)*

Aller først takk for henvendelsen om høringsuttalelse. Som nasjonalt kompetansesenter på området minoritetshelse vil NAKMI gjerne bidra til at det kastes lys over risikofaktorer som er knyttet til migrasjon og etablering i et nytt sosiokulturelt miljø, i håp om at det på sikt kan føre til mer adekvate tjenester for denne delen av befolkningen. Utvalget må videre roses for en fremragende rapport om et vanskelig emne. Den er grundig, den anlegger gjennomgående et konstruktivt perspektiv, og den er velskrevet, lett å finne frem i og lett å lese. Spesielt gledelig er det at det i forbindelse med dette arbeidet, i regi av SINTEF

Helsetjenesteforskning, er utført en kvalitativ undersøkelse for å bringe frem involverte fagpersoners syn på denne problematikken. Slik jeg ser det er de aller fleste relevante poeng vel ivaretatt – også når det gjelder minoritetsbefolkningene. Det følgende er derfor vesentlig en fremheving og vektlegging av ulike forhold som det er grunn til å tro er spesielt viktig i et minoritetshelseperspektiv. Med bakgrunn som allmennpraktiserende lege har jeg kunnet observere to rettssaker hvor somaliske menn har begått drap, og disse erfaringene vil i stor grad farge denne uttalelsen, selv om det også legges vekt på å knytte kommentarene til hva som er dokumentert gjennom forskning på området.

Slik jeg leser rapporten, ser det ut til at utvalget oppfatter mord som 'toppen av isfjellet'. For eksempel hevdes det at tiltak som synes relevante for å forebygge nye drap også vil kunne bidra til å redusere forekomsten av vold i samfunnet generelt (for eksempel 17.1). Jeg er enig i en slik vurdering, og de funn som fremholdes i rapporten er relevante også i et videre helseperspektiv. Med andre ord, rapporten omtaler i stor grad betydningen av '*sosiale helsedeterminanter*'. Her kunne betydningen av bolig eller et trygt oppholdssted kanskje poengteres sterkere. Det fremheves videre i rapporten at vold og aggresjon ikke skjer i et vakuum, men oppstår i en sammenheng (s 186). Med andre ord: Om noen dreper eller ikke avhenger *like mye* av den enkeltes aktuelle situasjon som av vedkommendes personlighet og tidligere erfaringer. I avsnittet om risikovurdering, 15.6.4, er dette perspektivet tydelig. Dessverre er det ikke like tydelig i alle deler av rapporten. Videre fremholdes at kombinasjonen av rus og krenkelse er farlig. Den helsemessige betydningen av forholdene etter ankomst til mottakslandet understrekes av Thapa og Hauffs undersøkelse (som siteres

s 164). En ny rapport fra SSB (Blom 2010) viser at det er en nær sammenheng mellom opplevd diskriminering og selvrapportert sykdom. Det er nærliggende å tro at denne type ofte gjentatte, mindre krenkelser også kan bidra til aggressive gjennombrudd. De sakene jeg har observert i retten bekrefter dette. Det synes derfor som en svakhet at opplevd diskriminering/utestengning ikke eksplisitt omtales.

Et annet gjennomgående tema er *helsearbeideres følelse av avmakt* i forhold til å forebygge vold (bl.a. s 183, 185, 187). Forventningen fra samfunnet om at helsetjenesten skal bidra til å forebygge vold og drap, samtidig som de skal forholde seg til pasientenes behov og forventninger om hjelp – eventuelt pasientenes manglende vilje og evne til å samarbeide om helsehjelpen - blir lett for mye. Men det må heller ikke underslås at mange som er i en fortvilet eller desperat situasjon nettopp henvender seg til helsetjenesten. Helsearbeidernes frykt for å gå inn på slike saker må, tror jeg, dels forstås i lys av at samfunnet er blitt mindre tolerant overfor ikke alltid optimale tjenester - en intoleranse som i stor grad er blitt formidlet av media - slik det også nevnes i rapporten. Men like viktig er at håndtering av slikt “krysspress”, dvs. ulikt forventningspress fra samfunnet og fra pasientene, ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet i de ulike profesjonsutdanningene.

*Fastlegens rolle* som nøkkelperson i dette arbeidet fremheves i en rekke sammenhenger (bl.a. s 180, 189,170,197). En del kommunikasjonsforskning (bl.a. prof. Arnstein Finseth) viser at leger ikke er flinke til å oppfatte pasienters invitasjoner (cues and concerns) til å snakke om vanskelige, sensitive, av og til tabu-belagte forhold. Jeg tillater meg derfor å stille meg tvilende til fastlegen som koordinator for kommunehelsetjenestens kontakt med spesialisthelsetjenesten. En slik ordning vil trolig kunne bidra til å gjøre spesialisthelsetjenesten mer tilgjengelig. Det vil derfor være nødvendig å utvikle smidigere ordninger – for eksempel at pasienter med kjent psykisk lidelse selv kan ta direkte kontakt med sykehuset når de føler behov for det. Det vil med andre ord være en utfordring å sørge for ikke bare ”stabile tjenester”, men tjenester som er tilgjengelige når folk trenger det som mest – uten forsinkende mellomledd.

Kunnskap om *kontekstuelle faktorer* er viktig ikke bare når det gjelder psykiske lidelser og drap, men også i forhold til en lang rekke andre sykdomstilstander. Metoder for å kartlegge slike forhold og finne fram til og utvikle ressurser i den enkeltes nettverk må således styrkes i grunnutdanningene. Særlig vil jeg påpeke at dersom fastlegen skal kunne fylle den rollen som skisseres for ham i denne meldingen må det i medisinerstudiet legges betydelig mer vekt på at sykdom ikke kun kan forstås som anormale biologiske prosesser, men må sees i en kontekstuell sammenheng. Videre må medisinerstudenten bli kjent med modeller for å arbeide meningsfullt med slike sammenhenger.

I kapittel 15 (s 180) settes *ansvarsdeling*, d.v.s. at kommune, DPS og sykehus arbeider sammen på en felles arena, opp som en kontrast til *ansvarsavgrensning*. Jeg mener at det er uheldig, fordi en slik ansvarsavgrensning (som jo er nødvendig) vil måtte variere fra sak til sak. Ansvarsavgrensning vil med andre ord måtte være gjenstand for forhandlinger, og dette kan best skje dersom de involverte parter opptrer/møtes på en felles arena.

Når det gjelder tiltak, er det som er foreslått etter min mening svært adekvat. Særlig vil jeg fremheve betydningen av ”case management” og oppsøkende tjenester.

Blant alle samarbeidspartnere som nevnes, savnes imidlertid *boligkontorene*. De har ofte en vanskelig rolle når de skal fordele sterkt begrensede ressurser, og de har etter min erfaring lite eller ingen kunnskap om hva et tungrodd byråkrati eller et avslag om hjelp kan bety for en person med store psykiske problemer. Dersom de kunne dras tettere inn i et forpliktende samarbeid om konkrete saker, ville også deres kjennskap til problematikken på sikt øke. Et slikt samarbeid ville kunne bli mulig dersom de foreslåtte lovendringene gjennomføres (11.8.2). Generelt har jeg ingen innvendinger mot de lovendringene foreslås i dette avsnittet.

I 16.1.10 nevnes *folkehelseperspektivet*. I denne sammenheng vil jeg gjerne påpeke betydningen av ’sosial kapital’, dvs nettverksforbindelser preget av gjensidighet og tillit. En rekke undersøkelser har nå vist at sosial kapital kan fungere som buffer både mot ulike former for sykdom og for kriminalitet. I flere av de sakene som jeg kjenner til har det forut for drapene vært opprivende konflikter. Slike konflikter er en trussel for personens opplevelse av tilhørighet og tilgjengelig sosial kapital. Dette er et felt for *Konfliktrådene*. Det er uklart i hvilken grad Konfliktrådene slik de fungerer i dag har forutsetninger for å involveres i slikt arbeid, men det har så vidt jeg kjenner til vært gjennomført tiltak på prosjektbasis ved Konfliktrådene i Oslo som har vært lovende. Det ville absolutt være kjærkomment om Konfliktrådene eller andre som har bakgrunn i konflikthåndtering kan dras inn i det foreslåtte folkehelsearbeidet på lokalnivå. Erfaringen er jo at når konflikter løses på tilfredsstillende måter utvikles det nettopp tillit og gjensidighet i relasjoner, med andre ord sosial kapital. Et slikt konfliktarbeid kan også være aktuelt når en psykiatrisk pasient med en drapshistorie bak seg, skal utskrives fra sykehuset og på nytt etablere seg i samfunnet. I det aktuelle dokumentet er, så vidt jeg kan se, ikke Konfliktrådene tillagt noen rolle i arbeidet med å forebygge vold og drap, og heller ikke i den sosiale rehabiliteringsprosessen.

De tiltakene som er nevnt i kap. 14.4 (s 171) og 16.8.1, om mottak og oppfølging av gjerningspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn, er alle svært viktige i et minoritetshelseperspektiv (selv om det ikke er asylsøkere som står bak de fleste overgrepene).

*Forskning på drap*: Utvalgets forslag er godt og betimelig, og det vil være naturlig, ikke minst på grunn av den påviste overrepresentasjon av personer med innvandrerbakgrunn og videre

den påviste betydningen av kontekstuelle forhold/sosiale helsedeterminanter, at NAKMI, som nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, trekkes inn i en slik forskning.

I kapittel 17.6.8 nevnes *forskning på migrasjonshelse*. Det er svært viktig at også denne styrkes, og jeg vil i denne sammenheng fremheve viktigheten av at det forskes på *hvordan sosial kapital utvikles og distribueres* i ulike innvandremiljøer. Vi vet svært lite om dette i dag, og vi vet heller ikke noe om hvorvidt sosial kapital kan fungere som en buffer mot diskriminering, krenkelser, sykdom og kriminalitet i disse miljøene. Kunnskap om dette vil kunne ha stor betydning for videre langsiktig planlegging og videre når det gjelder utforming av konkrete tiltak.

Oslo 27.10.10

Arild Aambø  
Seniorrådgiver, NAKMI