

Helse- og omsorgsdepartementet  
Spesialisthelsetjenesteavdelingen  
Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo

[postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

27. oktober 2010

---

**NOU 2010:3 "Drap i Norge i perioden 2004 – 2009"**  
**Høringsuttalelse fra Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst**

Det vises til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 18. juni 2010, om NOU 2010:3 "Drap i Norge i perioden 2004 – 2009". Departementet ber om syn på de vurderinger og forslag som fremkommer i rapporten og spesielt om at noen av anbefalingene fra utvalget vurderes. Fagrådet i Regional sikkerhetsavdeling har utarbeidet nedenstående høringssvar. Vi vil i vår uttalelse fokusere på de anbefalingene departementet spesielt ber om synspunkter på.

Utvalget har laget en god gjennomgang av problemområdene som er reist i forbindelse med gjennomgangen av drap i Norge over femårsperioden 2004-2009. Utredningen bygger på et verdifullt grunnlagsmateriale som danner grunnlag for en systematisk og nyttig fremstilling av som er aktuelle for helsevesen, politi/jus og sosialt og velferdsarbeid innen disse problemområdene. Dette vil også være aktuelt i forbindelse med voldshandlinger som ikke ender med drap. Det kan mange ganger være tilfeldigheter som bestemmer om offeret dør eller ikke. Dette er viktig blant annet når utvalget anfører mange områder hvor det både pekes på behovet for forskning (og vi vil tilføye systematisering av klinisk og praktisk erfaring) og for bedret samarbeid mellom berørte faginstanser.

***Prioritere behandling rettet mot risikoreduksjon/forebygging av voldelig adferd blant pasienter med rusavhengighet, personlighetsforstyrrelse, mv (jfr pkt 16.1.1, 16.1.7, 16.2.8, 16.2.9 mv)***

Kommentarer til pkt. 16.1.1:

Det er vanskelig å være uenig i at det ville være gunstig å kunne tilby denne pasientgruppen "god behandling og omsorg." Imidlertid tilsier klinisk erfaring at dette er en pasientgruppe som i liten grad søker seg til behandling, og som i begrenset grad utholder frivillig behandling over tid. Pasientgruppens manglende vilje til samarbeid, kanskje til og med motstand mot samarbeid vil gjøre det nødvendig å vurdere bruk av tvang i behandlingen av disse pasientene. Tvang vil mange ganger kunne være den eneste måten å komme i posisjon for å yte behandling. Per i dag er det bare alvorlig sinnslidelse som kvalifiserer for bruk av tvang ved innleggelse til behandling. Denne pasientgruppen vil ikke nødvendigvis falle innenfor denne definisjonen. Lovendringer må

derfor vurderes (bl. a. tvungen behandling i forbindelse med behandling av rusavhengige - noe som dessverre ikke behandles i Stoltenberg-utvalget: "Rapport om narkotika", avgitt juni 2010).

#### Kommentarer til punkt 16.1.4:

Det legges i rapporten for stor vekt på DPS'enes betydning i behandlingen av denne pasientgruppen. Vår erfaring tilsier at det er viktig å ikke ha urealistiske forventninger til DPS nivået. DPS'ene vil i mange tilfeller ha små fagmiljøer og få av denne type pasienter, noe som vil være lite hensiktsmessig i oppfølgingen av en så krevende pasientgruppe (personer med rusavhengighet, personlighetsforstyrrelse - eventuelt også alvorlig sinnslidelse - og med voldelig atferd eller risiko for voldelig atferd).

Det er for få lukkede døgnplasser som kan møte de krav og behov disse pasientene er i behov av. Foreløpig kan det se ut som rammene av kriminalomsorgen er det som må til for å komme i posisjon overfor disse pasientene. (Jfr. også forslag i Kriminalomsorgsmeldingen (Stortingsmelding nr. 37 (2007-2008), "Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn") om "Ressursavdelinger for innsatte med psykiske lidelser og store atferdsavvik" og utredning om ressursavdelinger fra en arbeidsgruppe, avgitt til Justisdepartementet november 2009.)

#### Kommentarer til punkt 16.1.6:

Utredning krever kompetanse og kompetanse krever erfaring. Erfaring krever volum ("øvelse gjør mester"), noe som taler for en viss sentralisering i oppfølgingen av disse pasientene.

#### Kommentarer til punkt 16.1.7:

Igien vil avveiningen mellom frivillig behandling og tvang være sentralt, samt antall egnede langtidsplasser innenfor sykehusene.

#### Kommentarer til punkt 16.1.8:

Hensynet til ansatte i psykiatrien i møtet med voldelige pasienter er et område det har vært satt lite fokus på. Lovverket som regulerer disse forholdene blir i beste fall motstridende.

Arbeidsmiljøloven og menneskerettigheter skal sikre de ansatte, mens pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven gir pasienten rettigheter som i mange tilfeller ikke er forenlig med ivaretagelse av personalets sikkerhet og trygghet i hverdagen. Dette er et område som bør utredes videre.

Eksempler på vanskelige områder er: Bruk av tvangsmidler i forebyggende hensikt når det foreligger gjentagende og hyppig voldelig adferd over tid, behov for rutinemessig ransaking i akutt- og sikkerhetspsykiatri, skjerming og økt bruk av statisk sikkerhet.

Lav terskel for anmeldelse er en prisverdig tanke. Det er i utredningen imidlertid sagt lite om at dette potensielt er en stor belastning for den ansatte, som flere år etter hendelsen kan måtte vitne i retten. Det er per i dag ikke nasjonale retningslinjer for hvordan anmeldelser skjer eller ikke skjer, og det er grunn til å regne med store mørketall. En viktig faktor kan være at altfor mange saker nærmest rutinemessig henlegges uten etterforskning.

En utfordring er også at de ansatte skal ivareta en terapeutisk relasjon til pasienten etter en eventuell anmeldelse. Dette bør utredes nærmere og "beskyttende" regler i likhet med det som finnes for politi og kriminalomsorgen bør vurderes, i hvert fall i sikkerhetspsykiatrien og akuttpsykiatrien.

Dersom det skal rapporteres på vold, eventuelt også alvorlige trusler ("jeg vet hvor du bor og jeg har kontakter som kan skade/drepe deg/medlemmer av familien din/barna dine"), mot ansatte slik at data skal samles, må det være et poeng at dette gjøres nasjonalt for å kunne si noen om

omfanget.

Dette reiser selvfølgelig også mange forskningsetiske problemer: Hvor skal dataene samles, og hva kan/skal de brukes til? Hvordan skal data bearbeides, og hvem og hvordan vil slike data kunne følges opp?

#### Kommentarer til punkt 16.2.8:

Det finnes per i dag ikke sikker forskningsdokumentert effektiv behandling av psykopati. I de fleste tilfeller vil sykehusinnleggelse i behandlingsmessig øyemed være kontraindisert. Pasientene profiterer ikke på å være i sykehusavdeling, og ødelegger det terapeutiske miljøet for andre, spesielt de psykotiske pasientene og særlig de schizofrene.

Det er kanskje riktigere å snakke om håndtering av denne pasientgruppen - og "damage control." For å komme i posisjon er det vanskelig å tenke seg bruk av tvang i behandlingsmessig sammenheng.

Kriminalomsorgen er kanskje nærmest til å utøve tvang overfor de kriminelle innenfor denne gruppen, som er langt de fleste. Å eventuelt utvide forvaringsordningen, og styrke kompetansen til de fengselsansatte samt å ruste opp det psykiatriske behandlingstilbudet i fengslene, for eksempel gjennom ressursavdelinger, synes å være et skritt i riktig retning. Det er også behov for bedre "samarbeid" og tilbud fra psykiatrien overfor innsatte (både i forbindelse med varetekt, forvaring og dom) når det gjelder tidsbegrenset innleggelse for vurderinger og "second opinion". På denne måten kan man på en kvalifisert og kompetent måte finne fram til de det er mulig å hjelpe ved terapeutiske intervensjoner.

Det gjennomføres også tiltak og forskning i andre land som det er viktig å gjøre seg kjent med, både teoretisk og praktisk, slik at man eventuelt kan nyttegjøre seg dette også i Norge.

#### ***Vurdere endringer av aktuelle bestemmelser i helsepersonelloven og politiloven vedrørende taushetsplikt og informasjonsrett/plikt (pkt 11.8.2)***

Det er utvilsomt behov for bedre kommunikasjon og samarbeid mellom justissektoren og helsevesenet, selv om det som utvalget peker på har også vært gjort positive fremskritt på dette området. Det er meget viktig at det er etablert løpende kontakt og samarbeid og før en vanskelig og ofte alvorlig sak haster og krever løsning. Lovverket bør kunne gi muligheter for slikt samarbeid og det bør avklares om det er praksis og fortolkninger mer enn lovverket som gir de vanskelighetene utvalget peker på. Det kan synes som bekreftelse fra lovtolkende myndigheter på den mer liberale praksis utvalget peker på, kan være et viktig (og tilstrekkelig?) første skritt på dette området.

#### ***Etablering av permanent ordning for forskning på drap (pkt 16.2.11)***

Utvalget omtaler behovet for forskning en rekke steder i utredningen. I forbindelse med mange av de problemstillinger som er viktige, vil det være vanskelig å gjennomføre hvis man tenker 'forskning' i avgrenset/streng forstand. Det vil være viktig å kunne benytte ikke bare metoder som anvendes i kvantitativ forskning, men også anvende metoder fra kvalitativ forskning og helsetjeneste forskning. Systematisering av klinisk erfaring og praktisk erfaring fra andre områder vil også være viktig og nyttig kunnskapsinnhenting.

Det er foreslått at forskningen skal være knyttet til saker der volden ender med dødelig utgang. Vi mener forskningen bør dekke et bredere område. Som nevnt ovenfor, er det ofte tilfeldigheter som avgjør om volden ender med drap eller alvorlig vold, og alvorlig voldelige handlinger overfor andre derfor bør inkluderes. Med en slik bredere tilnærmin vil man lettere kunne skaffe

økt kunnskap om sammenhengen mellom utøvelse av alvorlig vold og rus, personlighetsforstyrrelser og andre psykiatriske tilstander. Slik forskning vil kunne ha stor betydning både i forhold til forebygging og behandling. Forholdet mellom rus, alvorlig personlighetsforstyrrelse og alvorlig sinnslidelse vil være sentralt her. Vi mener det er en mangel at den senere tids utredninger om etterkontroll av strafferettslige særreaksjoner og den foreliggende utredning om drap ikke har fått i sitt mandat å drøfte mer prinsipielt og omfattende lovreglene i Norge for strafferettslig utilregnelighet. Spørsmålet om strafferettslig utilregnelighet og spørsmålet om soningsdyktighet er også av avgjørende betydning for prinsipielle og praktiske forhold når det gjelder samarbeidet og oppgavefordelingen mellom justismyndighetene / kriminalomsorgen og helsevesenet / psykiatrien.

#### Kommentarer til punkt 16.2.11:

Fagrådet ved RSA ønsker å minne om Koordineringsenheten for dømte til behandling i Helse Sør-Øst, og den muligheten som ligger i den kunnskapen og dokumentasjonen som finnes der. Foreløpig er foreligger det ikke tillatelse fra de rette myndigheter til å forske på dette materialet, men det bør absolutt vurderes dersom det skal satses på forskning på drap og alvorlige voldsforbrytelser. Det vil også være viktig at dette kan gjøres på nasjonal basis.

#### ***Migrasjonshelse – Mottaksforhold og oppfølging av gjerningspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn (kap 14)***

Vår anbefaling er at alle asylsøkere til Norge får en førstegangsundersøkelse slik det er i flere kommuner allerede. Denne gjøres av lege i kommunen, og man vil kunne få svar på enkle spørsmål om søvn, matlyst, voldserfaringer m.v. uten at dette blir for stort. Samtidig blir informasjonen i helsevesenet.

#### ***Økonomiske og administrative konsekvenser (kap 17)***

Det er nødvendig å beregne økonomiske, legale og administrative konsekvenser av utvalgets forslag. Forslagene vil kreve ressurser når det gjelder kapasitet, kompetanse, tidsbruk, personalressurser og økonomi. Det vil være viktig at de foreslåtte tiltak blir reelle forbedringer og ikke at de iversettes på en slik måte at det går ut over andre nødvendige og faglig gode tiltak.

Med vennlig hilsen

[ sign.]

Carl Fredrik Haaland

Avdelingssjef

Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst