

Drap i Norge i perioden 2004–2009



Norges offentlige utredninger 2010

Seriens redaksjon:
Departementenes servicesenter
Informasjonsforvaltning

1. Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet.
Arbeidsdepartementet.
2. Håndhevelse av offentlige anskaffelser.
Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet.
3. Drap i Norge i perioden 2004–2009.
Helse- og omsorgsdepartementet.

Drap i Norge i perioden 2004–2009

Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 24. april 2009.
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 3. mai 2010.

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1050-8

07 Aurskog AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Regjeringen oppnevnte ved kongelig resolusjon 24. april 2009 et utvalg som skal undersøke saker hvor personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv i perioden 1.1.2004 – 1.5.2009. Formålet med gjennomgangen er læring, slik at det eventuelt kan iverksettes tiltak med sikte på å unngå slike tragiske hendelser i fremtiden.

Utvalget avgir med dette sin utredning.

Oslo 3. mai 2010

Ann-Kristin Olsen
leder

Björg Månum Andersson	Bjørn Lydersen	Geir Gudmundsen
Georg Fr. Rieber-Mohn	Hilde Guldbakke	Jon Ragnar Skotte
Marianne Kristiansson	Mette Kammen	Tom Gunnar Vik

Egil Nygaard
Anne Wie-Groenhof

Innhold

1	Sammendrag	11	4.1.4	Metode for å skaffe informasjon om gjerningspersoner med kjent psykisk lidelse	24
2	Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid	12	4.1.5	Konfidensialitet	25
			4.2	Litteraturgjennomgang	25
3	Drapsundersøkelser i Norge ...	15	4.3	Intervjuer med dømte, dømtes pårørende og pårørende til offeret .	26
3.1	Tidligere forskningsbaserte drapsundersøkelser	15	4.4	Intervjuer med hjelpeinstanser ...	26
3.1.1	«Norske drapsmenn 1930–1954» .	15	4.5	Bistand fra forsknings- og fagmiljø	27
3.1.2	«Drapsforbrytelsen og nyere rettspraksis»	16	4.6	Stormøte	27
3.1.3	«Drapsutviklingen i Norge 1960–1983. Belyst ved et rettsmedisinsk obduksjonsmateriale» .	16	5	Drap i perioden 01.01.2004–01.05.2009	28
3.1.4	«Forbrytelser med døden til følge på Vestlandet 1950–1984»	16	5.1	Avgrensninger	28
3.1.5	«Drap og sinnssykdom»	16	5.2	Antall drap i perioden	29
3.1.6	«Det gjelder drap – En rapport om 250 personer dømt for drap eller drapsforsøk i perioden 1980–1989»	17	5.3	Omfang av psykiske lidelser	31
3.2	Pågående og planlagte forskningsbaserte drapsundersøkelser	17	5.4	Demografisk informasjon	33
3.2.1	Barnedrap	17	5.4.1	Kjønn	33
3.2.2	Partnerdrap – kvantitativ studie ...	17	5.4.2	Alder	33
3.2.3	Partnerdrap – kvalitativ studie	17	5.4.3	Sivilstand	34
3.3	Offentlige utvalg og arbeidsgrupper	18	5.4.4	Fødeland	34
3.3.1	Rasmussenutvalget	18	5.4.5	Utdannelse, yrkesstatus og boligsituasjon	35
3.3.2	Mælandgruppen	18	5.4.6	Relasjoner på gjerningstidspunktet	36
3.4	Gjennomganger som gjøres av permanent opprettede organer ...	19	5.5	Tidligere historie av vold og kriminalitet	36
3.4.1	Statens helsetilsyns gjennomgang av enkeltsaker	19	5.6	Offer	38
3.4.2	Den rettsmedisinske kommisjons gjennomgang av sakkyndige erklæringer avgitt i drapssaker ...	19	5.7	Drapsmetode og motiv	39
3.5	Oppgaver og avhandlinger avgitt for akademisk grad	19	5.8	Drap kombinert med selvdrap	40
			5.9	Reaksjoner	40
			5.10	Oppsummering	41
4	Materiale og metode	20	6	Sammenhenger mellom psykisk lidelse og drap	42
4.1	Utvalgets gjennomgang av drapsaker, herunder definisjon av mandatet	20	6.1	Innledning	42
4.1.1	«Har tatt liv»	20	6.2	Psykisk helse og drap	42
4.1.2	Metode for å finne personer som har tatt liv	21	6.2.1	Schizofreni og drap	43
4.1.3	«Kjent psykisk lidelse»	23	6.2.2	Bipolar lidelse, alvorlig depresjon og drap	46
			6.2.3	Personlighetsforstyrrelser og drap	47
			6.2.4	Rus og drap	47
			6.2.5	Andre diagnoser og drap	48
			6.2.6	Kombinasjon av flere psykiske lidelser	49
			7	Rus, psykisk helse og vold	50
			7.1	Innledning	50

7.2	Bruk av rusmidler, misbruk og avhengighet – begreper og diagnoser	51	7.8.5	Forskning	70
7.2.1	Akutt rus (intoksikasjoner)	51	7.8.6	Sikre utredning og stabile tjenester for de uten bekreftet alvorlig psykisk lidelse	70
7.2.2	Skadelig bruk	51	7.8.7	Råd for å forebygge «kasteball-effekten» og råd vedrørende personer med personlighetsforstyrrelse	70
7.2.3	Avhengighetssyndrom	52	7.8.8	Sikkerhet og trygghet for pasienter, pårørende og personell ..	71
7.2.4	Abstinenser	52	7.8.9	Restriktiv forskrivningspraksis og trygge utleveringsordninger	71
7.3	Hvilken betydning har rusmiddelbruk for forekomst av vold?	52	7.8.10	Folkehelseperspektivet	71
7.3.1	Alkohol og vold	52	8	Oppfølging som personene mottok før hendelsen	73
7.3.2	Andre rusmidler og vold	54	8.1	Avgrensninger	73
7.4	Omfang av rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet	55	8.2	Kunnskapsstatus	73
7.5	Dobbeltdiagnose: samtidig rusmiddelproblem og annen psykisk lidelse	56	8.3	Funn fra utvalgets gjennomgang av saker	77
7.5.1	Dobbeltdiagnoser	56	8.3.1	Kontakt med hjelpeapparat for psykiske lidelser	77
7.5.2	Personlighetsforstyrrelser og rus ..	57	8.3.2	Utskriving fra akutt-/døgneheter for psykisk helse	81
7.5.3	Vold ved ruslidelse hos personer med en samtidig annen primær psykisk lidelse	58	8.3.3	Utskriving fra poliklinisk spesialisthelsetjeneste	83
7.5.4	Rusutløst psykisk lidelse og vold ..	58	8.3.4	Kontakt med annet hjelpeapparat ..	84
7.6	Individrettede rusrelaterte forebyggende tiltak mot vold	59	8.3.5	Pårørendes kontakt med hjelpeinstanser og ønske om innleggelse ..	85
7.6.1	Hvilke instanser vil hyppigst komme i kontakt med personer med rusrelatert vold?	59	8.3.6	Medisinbruk	86
7.6.2	Individrettede tiltak mot ruslidelse, spesielt hos personer med samtidig annen psykisk lidelse	59	8.3.7	Oppfølging av personer med schizofreni/paranoid psykose	87
7.6.3	Oppfølging innenfor helse- og sosialtjenester	59	8.3.8	Oppsummering av funn fra utvalgets gjennomgang	90
7.6.4	Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusproblem	61	8.4	Utvalgets råd	91
7.6.5	Personer med rusutløst psykose, spesielt der den har vært assosiert med voldsepisode	63	9	Voldsriskovurdering og voldsriskohåndtering blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse	95
7.7	Funn fra utvalgets gjennomgang av drapssaker	63	9.1	Innledning	95
7.7.1	Omfang av rusproblemer	63	9.1.1	Definisjoner og avgrensninger	95
7.7.2	Samsykelighet	66	9.1.2	Vold utøvd av mennesker med alvorlige psykiske lidelser – når og mot hvem?	96
7.7.3	Hvilken kartlegging og behandling hadde skjedd?	67	9.2	Vurdering av risiko for voldelig atferd	97
7.7.4	Rus og tilknytning til offer	68	9.2.1	Utvikling av forskning om vurdering av risiko for voldelig atferd	97
7.8	Utvalgets råd	68	9.2.2	Strukturert klinisk voldsrisikovurdering – hvor treffsikker er den? ..	98
7.8.1	Grunnleggende anbefaling vedrørende rus, psykisk lidelse og vold	68	9.2.3	Dynamiske risikofaktorer og dynamisk risikotilstand	98
7.8.2	Tidlig intervensjon	68			
7.8.3	Integrerte tjenester og sømløse overganger	69			
7.8.4	Satsing på aktivt oppsøkende virksomhet og høyspesialiserte tverrfaglige team	69			

9.3	Behandling og intervensjon i forhold til dynamiske risikofaktorer	101	11.6	Politiets mulighet for å formidle informasjon	127
9.3.1	Risikoprinsippet	103	11.6.1	Kommunikasjon for å forebygge lovovertridelser	127
9.3.2	Relevant forskning på Kompetansesenter, Oslo universitetssykehus	103	11.6.2	Klientopplysninger og opplysninger om avgjørelser	129
9.4	Oppsummering	105	11.6.3	Bruk til primærformålet	130
9.5	Noen råd etter gjennomgang av kunnskapsstatus for voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering	106	11.6.4	Oppsummering	130
			11.7	Er økt informasjonsutveksling et adekvat middel?	130
			11.8	Utvalgets vurderinger og tilrådinger	131
10	Kommunikasjon mellom helsetjenesten og andre berørte	107	11.8.1	Forståelsen av gjeldende rett	131
10.1	Gjennomgang av enkeltsaker	107	11.8.2	Forslag til lovendringer	132
10.2	Erfaringsbasert kunnskap om bruk av taushetspliktbestemmelsene ...	108	11.8.3	Forslag til ytterligere utredningsarbeid	133
10.3	Kommunikasjon mellom psykisk helsetjeneste og pasientens pårørende	109	12	Samarbeid mellom politiet og helsetjenesten om personer med psykisk lidelse	134
10.3.1	Helsevesenets mulighet for å formidle og motta informasjon ..	110	12.1	Innledning	134
10.3.2	Pårørendes erfaringer med helsepersonellens praktisering av regelverket	110	12.1.1	Politiets rolle i samarbeidet med psykisk helsevesen	134
10.3.3	Anbefalinger til tiltak for å sikre at nødvendig kommunikasjon finner sted	111	12.1.2	Modeller for tverretattlig samarbeid	135
			12.1.3	Noen aktuelle problemstillinger ..	137
11	Taushetsplikt, opplysningsplikt og -rett	112	12.2	Spørreundersøkelse	138
11.1	Avgrensning av temaet	112	12.2.1	Innledning	138
11.1.1	Hvilke etater?	112	12.2.2	Spørsmålene	138
11.1.2	Hva slags informasjonsutveksling?	112	12.2.3	Sammendrag av svarene på spørsmålene	139
11.1.3	Hva er taushetsbelagt og hvorfor? ..	113	12.3	Erfaringene med veileder om samarbeid mellom helsetjeneste og politi	146
11.2	De verdimeslige spenningsfeltene	113	12.4	Studier/litteratur om tverretattlig samarbeid i utlandet	147
11.2.1	Etatene har ulikt verdifokus	113	12.5	Utvalgets råd	148
11.2.2	Synet på forholdet mellom konfidensialitet og informasjonsutveksling er ikke statisk	115	13	Individuell plan	150
11.3	Oversikt over regelverket	116	13.1	Innledning	150
11.4	Helsevesenets mulighet for å formidle informasjon	117	13.2	Juridisk rammeverk	151
11.4.1	Rutiner som skal sikre at informasjonsbehovet oppdages ...	117	13.2.1	Individuell plan – hjemlet i flere lover	151
11.4.2	Informasjonsplikter	117	13.2.2	Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven	151
11.4.3	Informasjonsadgang	120	13.2.3	Veileder til forskrift om individuell plan	151
11.4.4	Oppsummering	124	13.2.4	Tidligere forslag til endringer i ordningen med individuell plan ..	152
11.5	Sosialtjenestens mulighet for å formidle informasjon	124	13.2.5	Hva skiller individuelle planer fra andre planer i helsetjenesten?	152
11.5.1	Bruk til primærformålet	124	13.2.6	Ansvarsgrupper	152
11.5.2	Adgangen til «gjenbruk» av sosialtjenestens informasjon	125	13.3	Utvalgets funn	153

13.3.1	Hvor mange av gjerningspersonene hadde krav på individuell plan?	153	14.2	Kunnskapsoppsummering – om forskning, mottak og helsetilbud ..	164
13.3.2	Hvor mange av dem som hadde rett på individuell plan, hadde fått det?	153	14.2.1	Generelt om innvandrere og helsetilstand	164
13.3.3	Hvorfor hadde ikke de som hadde rett på individuell plan, fått det? ...	154	14.2.2	Migrasjon og psykisk helse – flyktninger	166
13.3.4	Hvor mange hadde fått opprettet ansvarsgrupper?	154	14.2.3	Papirløse migranter	166
13.3.5	Hvem sto som koordinator, hvilke hjelpeinstanser var involvert, når var planene sist oppdatert, og var nytt møte avtalt?	154	14.2.4	Mottakssystemet	166
13.3.6	Hvordan var kvaliteten på planarbeidet?	154	14.2.5	Vold og asylmottak	167
13.3.7	Hva gjennomgangen av sakene viser	154	14.2.6	Kartlegging av psykisk helse av personer i mottak	168
13.4	Stormøte	154	14.3	Funn fra utvalgets gjennomgang av saker	169
13.5	Kunnskapsstatus	155	14.3.1	Fødeland og botid i Norge	169
13.5.1	Oppdatert kunnskap om erfaringer med individuell plan	155	14.3.2	Psykisk lidelse på gjernings-tidspunktet	169
13.5.2	Erfaringer med bruk av individuell plan for personer med alvorlig psykisk lidelse og behov for langvarige og koordinerte tjenester	155	14.3.3	Tidligere vold eller krenkende hendelser	170
13.5.3	Brukererfaringer med nettbasert individuell plan	156	14.4	Vurdering av kunnskap, kommentarer og anbefalinger	170
13.5.4	Erfaringer med bruk av individuell plan for personer med ruslidelser som har behov for langvarige og koordinerte tjenester	157	15	Tjenestenes erfaringer etter at en person med kjent psykisk lidelse har tatt liv	172
13.5.5	Praksisfeltets erfaringer og anbefalinger	157	15.1	Sammendrag	172
13.5.6	Internasjonale erfaringer med individualiserte planer	158	15.2	Bakgrunn	173
13.5.7	Oppsummering av kunnskapsstatus	159	15.3	Mål og problemstillinger	173
13.6	Utvalgets drøftelse, konklusjon og anbefalinger	160	15.4	Metode	173
13.6.1	Hvordan sikre koordinerte tjenester for personer som sier nei til individuell plan?	160	15.4.1	Kvalitativ metode	173
13.6.2	Bruk av individuell plan for personer med ruslidelser og andre psykiske lidelser	161	15.4.2	Informanter	174
13.6.3	Utvalgets anbefalinger	162	15.4.3	Kvalitative intervjuer	175
14	Mottaksforhold og oppfølging av gjerningspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn	164	15.4.4	Dataanalyse	175
14.1	Innledning	164	15.4.5	Juridisk rammeverk og etiske hensyn	176
			15.5	Resultater	176
			15.5.1	Personlig belastning for de involverte	176
			15.5.2	Behov for ivaretagelse og bearbeiding	178
			15.5.3	Endringer i rutiner og systemer ...	178
			15.5.4	Samarbeid og ansvar	179
			15.5.5	Risikovurdering	181
			15.5.6	De utfordrende pasientene	182
			15.5.7	Rus som utfordring	183
			15.5.8	Urealistiske forventninger	183
			15.6	Diskusjon	184
			15.6.1	Behov for trygghet og ivaretagelse	184
			15.6.2	Mulighet for læring og utvikling ..	184
			15.6.3	Behov for samhandling	185
			15.6.4	Risikovurdering	186
			15.6.5	Rus som utfordring	186
			15.6.6	Å leve med det uforutsigbare eller strukturere seg bort fra risiko?	187

16	Oppsummering av utvalgets forslag til tiltak	189	16.3	Utvalgets tilrådinger i kapittel 9 – Voldsriskovurdering og voldsriskohåndtering blant personer med alvorlig psykisk lidelse	193
16.1	Utvalgets tilrådinger i kapittel 7 – Rus og vold	189	16.4	Utvalgets tilrådinger i kapittel 10 – Kommunikasjon mellom helse-tjenesten og andre berørte	194
16.1.1	Grunnleggende anbefaling om rus, psykisk lidelse og vold	189	16.4.1	Kartlegging av hvordan taushets-plikten faktisk brukes	194
16.1.2	Tidlig intervensjon	189	16.4.2	Pårørendes rolle	194
16.1.3	Integrerte tjenester og «sømløse» overganger	189	16.5	Utvalgets tilrådinger i kapittel 11 – Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett	194
16.1.4	Satsing på aktivt oppsøkende team	190	16.5.1	Forslag til lovendringer	194
16.1.5	Forskning	190	16.6	Utvalgets tilrådinger i kapittel 12 – Samarbeid mellom politiet og helsetjenesten om personer med psykisk lidelse	194
16.1.6	Sikre utredning og stabile tjenester for dem uten bekreftet alvorlig psykisk lidelse	190	16.7	Utvalgets tilrådinger i kapittel 13 – Individuell plan	194
16.1.7	Råd for å forebygge «kasteball-effekten» og råd vedrørende personer med personlighetsforstyrrelser	190	16.7.1	Retningslinjer for håndtering av situasjoner hvor tjenestemottakeren sier nei til individuell plan	195
16.1.8	Sikkerhet og trygghet for pasienter, pårørende og personell	191	16.7.2	Retningslinjer for bruk av kriseplaner som del av individuell plan	195
16.1.9	Restriktiv forskrivningspraksis og trygge utleveringsordninger	191	16.7.3	Frist for utarbeidelse av individuell plan når behovet er fastlagt	195
16.1.10	Folkehelseperspektivet	191	16.7.4	Omfanget av individuelle planer for tjenestemottakerne	195
16.2	Utvalgets tilrådinger i kapittel 8 – Oppfølging som personene mottok før hendelsen	191	16.7.5	Forskning på effekten av individuelle planer	195
16.2.1	Samhandling	191	16.7.6	Tjenesteyternes ansvar for å utarbeide individuell plan	195
16.2.2	Oppfølging etter utskriving fra akutt- og døgnenheter	192	16.7.7	Ansvarsgrupper og koordinatorrollen	195
16.2.3	Samarbeid mellom NAV/ sosialtjeneste og psykisk helsetjeneste	192	16.7.8	Undervisning og informasjon til helsepersonell og andre tjenesteytere	195
16.2.4	Oppfølging av pasienter som har mistet kontakt med helse-tjenesten	192	16.8	Utvalgets tilrådinger i kapittel 14 – Mottaksforhold og oppfølging av gjerningspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn	195
16.2.5	Tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon	192	16.8.1	Helseundersøkelse etter ankomst til landet/bosetting i kommunen	195
16.2.6	Behandling med benzodiazepiner	192	16.8.2	Kompetanse hos helsepersonell innen behandling av flyktninger/ asylsøkere	196
16.2.7	Behandling av personer med samsykkelighetsproblematikk	192	16.8.3	Behandlingstilbud for torturofre	196
16.2.8	Behandling av personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse	192	16.8.4	Helsetjenester til papirløse innvandrere	196
16.2.9	Behandling rettet mot risikogrupper for vold	193	16.8.5	Forskning	196
16.2.10	Forskning	193	16.8.6	Barn og mindreårige	196
16.2.11	Etablering av en permanent forskningsbasert ordning for gjennomgang av samtlige drapssaker i Norge	193			
16.2.12	Korrekt informasjon til befolkningen	193			
16.2.13	Allmennpreventive tiltak	193			

16.8.7	Rusforebyggende tiltak for innvandrere i mottak	196	2	Definisjoner	221
16.8.8	Evaluerings av voldsforebyggende tiltak i mottak	196	3	Litteratursøk psykisk helse og drap	227
16.8.9	Forebygging av psykiske lidelser ..	196	4	Rusmidler: Biologisk grunnlag for aggresjon og vold	269
17	Økonomiske og administrative konsekvenser	197	5	Betydning av alkoholpolitiske virkemidler for å begrense forekomst av vold	280
17.1	Innledende bemerkning – omfattende tiltak for å påvirke et svært begrenset antall personer ...	197	6	Undersøkelse av omfanget av politioppdrag relatert til psykiske lidelser	283
17.2	Samhandling	197	7	Kartlegging av politidistriktene og særorganers aktivitet vedr. «psykiatri»	294
17.3	Gode tjenester	198	8	Samarbeidsnettverket mellom akuttpsykiatri og politi i Oslo politidistrikt. Erfaringer og momenter til fremtidig styrking av samarbeid mellom det psykiske helsevern /psykiatrien og politiet. .	295
17.4	Regelverksutvikling	198	9	Samarbeidsnettverk mellom akuttpsykiatri og politi i Oslo	297
17.5	Faglige veiledere og retningslinjer .	198	10	Spørsmål om Helsedirektoratets forebyggende arbeid i forhold til voldelig atferd, samt faglige anbefalinger, veiledere, retningslinjer etc.	301
17.6	Forskning	198	11	Spørsmål om oppfølging av tidligere utredningsarbeid fra Rasmussen-utvalget	304
17.6.1	Rusforskning	198	12	Eksempel på en kriseplan	307
17.6.2	Drapsforskning	199			
17.6.3	Forskningsbasert gjennomgang av alle drap i Norge	199			
17.6.4	Bruk av strukturerte verktøy for risikovurdering	199			
17.6.5	Taushetsplikt	199			
17.6.6	Tverretattlig samarbeid mellom politi og psykisk helsetjeneste	199			
17.6.7	Individuell plan	199			
17.6.8	Migrasjons helse	199			
Referanser	200				
Vedlegg					
1	Mandat for et utvalg som skal undersøke mulig svikt i systemer og forløp knyttet til mennesker med kjent psykisk lidelse og som har tatt liv	218			

Kapittel 1

Sammendrag

Drap begått av personer med alvorlig psykisk lidelse står i fokus i denne rapporten. Drap er av de alvorligste former for fysisk krenkelse som kan ramme et menneske. I tillegg til at liv går tapt, får drap store konsekvenser for en rekke andre mennesker – pårørende til offeret, venner og omgangskrets, nabolag, hele bygdesamfunn med videre. Drapet får også konsekvenser for gjerningspersonen og gjerningspersonens pårørende. Ikke sjelden er drapspersonens og offerets pårørende de samme. Ved de fleste drap har gjerningspersonen og offeret en relasjon til hverandre på gjerningstidspunktet, familie- eller kjæresteforhold og venne- eller omgangskrets.

Gjennom mediedekningen av drapstragedier og påfølgende straffesaksbehandling vil en stor mengde personer bli mer eller mindre berørt av det som har skjedd. Mange vil dermed også føle utrygghet og redusert livskvalitet, ikke minst personer i tragediens nærområde eller med en livssituasjon som ligner offerets. Mye taler for at frykten i befolkningen er større enn faktaene tilsier.

Vi lever i ett av verdens tryggeste samfunn, og i internasjonal sammenheng har Norge få drap. Dette faktum kan på ingen måte gi trøst til dem som sitter igjen med sorg og savn. Av hensyn til den allmenne trygghetsfølelsen i samfunnet er det likevel viktig å gjøre oppmerksom på hvor lav sannsynligheten er for at slike hendelser skjer, og det gjør vi for å få en realistisk forståelse av risiko og for at frykt for dødelig vold ikke kommer ut av proporsjoner.

Aggresjon er en del av menneskers følelsesrepertoar, og aggresjon kan komme til uttrykk gjennom vold. Vold og drap skyldes sammensatte forhold, og drap kan sjelden forklares ut fra én årsaksfaktor alene. Dersom man likevel skulle forsøke å peke på en viktig faktor for at alvorlig vold eller drap skjer, må det være rusmiddelbruk, i første rekke av alkohol. Dette gjelder både drap begått av personer med og uten psykiske lidelser. Risikofaktorer knyttet til rus er derfor viet stor plass i denne rapporten.

I tillegg har utvalget utredet en rekke temaer, blant annet sammenhengen mellom psykisk lidelse og drap, og det er beskrevet hvilken oppfølging gjerningspersonene fikk før hendelsen. Temaet risikovurdering er utredet grundig, og kommunikasjon og taushetsplikt er gitt bred omtale. Kapittelet om politiets befatning med personer med psykisk lidelse omfatter blant annet en undersøkelse av politidistriktenes erfaringer med samarbeidet med helsetjenesten, og de viktigste aspekter ved bruk av individuell plan for personer med psykisk lidelse som har begått drap, er inngående beskrevet. Likeledes er forholdene i flyktning- og asylmottak for personer med psykisk lidelse beskrevet og vurdert. Utvalget har fått foretatt en omfattende undersøkelse av hvilke erfaringer tjenester som har opplevd drap begått av personer med psykisk lidelser, har gjort.

For å svare på mandatet har utvalget gjennomgått og analysert samtlige drapssaker i perioden, foretatt en gjennomgang av relevant litteratur, beskrevet kunnskapsstatus på de felter som er utredet, og gitt tilrådinger. Tilrådingene finnes oppsummert i kapittel 16, og de står nærmere utdypet i slutten av de aktuelle kapitlene. Informasjon fra utvalgets undersøkelse og analyse av de aktuelle sakene finnes i kapittel 5 og i kapittel 8, og i tilknytning til de enkelte kapitler.

Vi håper at utvalget har lyktes med å legge til grunn et gjennomgående perspektiv hvor forløp og systemer ses i en helhetlig sammenheng. Vår hovedtilnærming har vært forebygging og læring. Dessuten vil vi gjerne bidra til en realistisk forståelse av at drap aldri kan forebygges fullstendig, men at tryggheten i samfunnet vårt er så stor at risikoen for å bli offer for drap begått av en fremmed person med en psykisk lidelse er svært liten. En realistisk oppfatning av risikoen vil også bidra til at personer med psykisk lidelse ikke stigmatiseres unødvendig.

Kapittel 2

Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid

24. april 2009 oppnevnte regjeringen et utvalg som skal undersøke forhold knyttet til at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv. Formålet med oppnevningen er læring, slik at det om mulig kan iverksettes tiltak med sikte på å unngå slike tragiske hendelser i fremtiden.

Utvalget ble oppnevnt som følge av at det i løpet av relativt kort tid hadde skjedd flere tragiske hendelser hvor gjerningspersonens psykiske lidelse/rusproblem ble trukket frem i medieomtalen av sakene, heriblant det såkalte «Bodø-drapet» i desember 2008 og trippeldrapssaken i Tromsø i mars 2009. Dette førte til spørsmål om svikt i tjenesteapparatet kunne være en medvirkende årsak til slike tragedier.

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

- Fylkesmann Ann-Kristin Olsen, Vest-Agder fylkesmannsembete, leder
- Kommunaldirektør Bjørg Månum Andersson, Oslo kommune
- Tidligere generalsekretær Bjørn Lydersen, Rådet for psykisk helse
- Spesialrådgiver Georg Fredrik Rieber-Mohn, Justis- og politidepartementet
- Politimester Geir Gudmundsen, Rogaland politidistrikt
- Advokat Hilde Guldbakke
- Psykiatrisk sykepleier Jon Ragnar Skotte, Vindern DPS
- Verksamhetschef Marianne Kristiansson, Rättsmedicinalverket, Sverige
- Generalsekretær Mette Kammen, Mental Helse Norge
- Seksjonsoverlege Tom Gunnar Vik, Sykehuset Telemark HF

Utvalgets sekretariat har bestått av:

- seniorrådgiver Egil Nygaard og spesialrådgiver Anne Wie-Groenhof.

Følgende eksterne bidragsytere har gjennomført kunnskapsoppsummeringer, gitt faglige innspill og levert tekst til rapportens ulike kapitler:

- Kapittelet 7 og vedleggene 4 og 5 Rus, psykisk helse og vold:
 - Forskningsdirektør professor dr. med. Jørgen G. Bramnes, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)
 - Professor dr. philos. Edle Ravndal, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)
 - Førsteamanuensis/lege Thomas Clausen, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)
 - Divisjonsdirektør, professor dr. med. Jørg Mørland, Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo
 - Avdelingsdirektør og spesialist farmakologi Liliana Bachs, Folkehelseinstituttet
 - Forsker og lege Kristian Østby, Folkehelseinstituttet
 - Lege Knut Boe Kielland, Kompetansesenter rus – region øst.
 - Forsker dr. philos. Ingeborg Rossow, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
- Kapittelet 9 Voldsriskovurdering og voldsriskohåndtering:
 - Professor Stål Bjørkly, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst
 - Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Midt- og Nord-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst
- Kapittelet 11 Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett:
 - Professor dr. juris Tor-Geir Myhrer, Politi-høyskolen
- Kapittelet 12 og vedlegg 6 Samarbeid mellom politiet og helsetjenesten om personer med psykisk lidelse:
 - Politioverbetjent Arne Erik Hennum, Oslo politidistrikt
 - Rådgiver John Martin Dervå
- Kapittelet 13 Individuell plan:
 - Seniorrådgiver Toril Bakke, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

- Kapittelet 14 Mottaksforhold og oppfølging av gjerningspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn:
 - Spesialrådgiver dr.med. Birgit Lie, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Sør
- Kapittelet 15 Tjenestenes erfaringer etter at en person med kjent psykisk lidelse har tatt liv:
 - Forsker psykologspesialist Tonje Lossius Husum, SINTEF helsetjenesteforskning
 - Seniorforsker dr. med. Sissel Steihaug, SINTEF
 - Seniorforsker psykologspesialist dr. philos. Rolf Gråwe, SINTEF
 - Forsker dr. polit. Reidun Norvoll, SINTEF

I tillegg rettes det en særskilt takk til overlege Maria Sigurjonsdottir, Regional sikkerhetsavdeling, Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus HF for nyttig bistand i utvalgets gjennomgang av bestemte enkeltsaker.

Utvalget takker alle eksterne utredere og bidragsytere for verdifulle bidrag. Det må imidlertid understrekes at synspunkter, vurderinger og anbefalinger i rapporten står for utvalgets egen regning.

Utvalget har fått i oppgave å granske alle saker hvor personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv de siste fem år (fra 1. januar 2004 til 1. mai 2009), konkret og i detalj. Utvalget skal søke å belyse omstendighetene rundt hendelsene hvor liv gikk tapt, og undersøke om det er fellestrekk i sakene som kan indikere systemsvikt. Det har ikke vært i utvalgets mandat å ta stilling til strafferettslige eller erstatningsmessige ansvarsforhold. Utvalgets mandat er i sin helhet inntatt som vedlegg.

For at utvalget skulle kunne gjennomgå de ulike sakene i dybden og få tilstrekkelig grunnlag for sitt arbeid, var det viktig at det fikk tilgang til alle relevante opplysninger. På denne bakgrunn fremmet regjeringen et eget lovforslag, Ot. prp. nr. 90 (2008–2009) Om lov om forklaringsplikt, taushetsplikt mv. for utvalg som skal undersøke forhold knyttet til at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv.¹ Loven ble vedtatt av Stortinget 19. juni 2009 og ga utvalget unntak fra taushetspliktbestemmelser i den grad det er nødvendig for å kunne ivareta dets mandat.²

I tillegg til gjennomgangen av drapssakene i perioden har gjennomgang og sammenstilling av

allerede eksisterende forskning på området vært en sentral oppgave i utvalgsarbeidet. Litteraturgjennomgangen har i særdeleshet vært viktig i utvalgets behandling av spørsmål om årsakene til drap. Det er videre lagt til grunn at anbefalinger fra utvalget må være basert på eksisterende forskning.

I tråd med mandatet har utvalget også utredet følgende temaer særskilt:

- Rus og vold/drap
- Erfaringslæring i helsetjenesten etter drap
- Kommunikasjon og samarbeid mellom etater
- Individuell plan som verktøy for å sikre god kontinuitet og oppfølging.
- Migrasjonshelse

Det er forutsatt i mandatet at et gjennomgående perspektiv hvor forløp og systemer sees i en helhetlig sammenheng, skal legges til grunn for utvalgets tilnærming og metode.

Utvalget har i rapporten ikke tatt inn noen kunnskapsoppsummering for behandlingsmetoder for personer med risiko for voldsutøvelse, men noen typer eksisterende behandlingstilbud er nevnt. Og utvalget har ikke gått nærmere inn på temaet kriminalomsorg. Innenfor utvalgsarbeidets rammer har det ikke vært mulig å presentere en utfyllende oppsummering om dette omfattende temaet.

Utvalget har heller ikke utredet eller vurdert bruken av tvang og vilkårene for tvang. Dette er et omfattende tema som ligger utenfor dette utvalgets mandat. Utvalget har imidlertid notert at Helse- og omsorgsdepartementet har varslet oppnevning av et eget lovutvalg som skal vurdere etiske, faglige og rettslige sider ved dagens regler og praksis innen psykisk helsevern i løpet av 2010, jf. Prop.1 S (2009–2010) kapittel 734 post 72.

Fristen for avlevering av sluttrapport ble i mandatet satt til 1. mai 2010. Utvalget har i alt hatt ti helagsmøter, det første 28. mai 2009 og det siste 26. mars 2010. Tre av disse møtene har vært av to dagers varighet. Utvalget har videre gjennomført en studietur til University of Manchester, England, i januar 2010. Redaksjonen ble avsluttet 12. april 2010.

Utvalget har valgt tre strategier for å besvare mandatets hovedproblemstillinger. Det er for det første gjort en detaljert gjennomgang av alle avgjorte drapssaker i perioden. For å få en oversikt over alle gjerningspersoner med kjent psykisk lidelse i den aktuelle perioden har utvalget måttet innhente opplysninger fra flere kilder, herunder fra politi, Den rettsmedisinske kommisjon (DRK), gjerningspersonenes fastleger og Statens helsetil-

1. Ot.prp. nr. 90 (2008–2009) Om lov om forklaringsplikt, taushetsplikt mv.

2. Lov 19. juni 2009 nr. 73 om utvalg som skal undersøke forhold knyttet til at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv

syn. For det andre er det gjort kunnskapsoppsummeringer for de ulike temaer som omfattes av denne rapporten. Disse oppsummeringene er gjort i form av litteratursøk – delvis gjennomført av utvalgssekretariatet og delvis gjort av samarbeidende fagmiljøer. Resultatet av disse søkene utgjør det viktigste bakgrunnsmateriale for utvalgets forslag til tiltak. Som en tredje utredningsform har utvalget kontaktet relevante norske miljøer, slik at utvalget kunne få tilgang på erfaringer og synspunkter, og aktuelle studier, rapporter, veiledere,

retningslinjer og andre publikasjoner som har relevans for rapportens ulike temaer. Det har også blitt utført intervjuer med dømte og dømtes pårørende og med tjenesteutøvere og politi. Videre har bruker- og pårørendeorganisasjoner, hjelpeinstanser og berørte etater blitt invitert til å komme med innspill på utvalgets høringsmøte i november 2009. I dette møtet ble det satt et særskilt fokus på tverrfaglig samarbeid, herunder kommunikasjon mellom etater, og på hvilke faktorer som kan bidra til god sammenheng i tjenestene.

Kapittel 3

Drapsundersøkelser i Norge

Utvalget er i mandatet bedt om å foreta en generell gjennomgang av tidligere utredningsarbeider på området. Det vises her til mandatets punkt 4.2.1.

I gjennomgangen nedenfor er materialet inndelt i følgende kategorier: tidligere forskningsbaserte drapsundersøkelser, pågående og planlagte forskningsbaserte drapsundersøkelser, utredninger gjort av offentlige utvalg og arbeidsgrupper, gjennomganger som gjøres av permanent opprettede organer og oppgaver/avhandlinger avgitt for akademisk grad. Listen er ikke uttømmende. Når det gjelder rapporter fra offentlige utvalg, er det også redegjort for hvordan rapportene senere er blitt fulgt opp.

3.1 Tidligere forskningsbaserte drapsundersøkelser

Nedenfor følger en kort presentasjon og oppsummering av sentrale norske drapsundersøkelser. Det er både tidligere gjennomførte og noen pågående studier. Når det gjelder utenlandske drapsstudier, vises det til litteraturgjennomgangen som redegjort for i kapittel 6 og vedlegg 3. Oversikten omfatter forskningsbaserte studier med tilknytning til flere fagfelter, herunder jus, kriminologi, medisin og psykologi. I oppsummeringen er det særlig fokusert på de kvantitative studiene. Bakgrunnen for det er at variabler som er blitt benyttet i disse undersøkelsene, har tjent som sammenligningsgrunnlag for den undersøkelsen som dette utvalget har gjennomført. Alle de norske studiene er foretatt retrospektivt uten kontrollgruppe og gir derfor begrenset informasjon om årsaksfaktorer til drapene.

3.1.1 «Norske drapsmenn 1930–1954»

Ragnar Christensen gjorde i 1956 en gjennomgang av 124 drapsmenn i perioden 1930–1954¹. Materialet omfattet domfelte etter straffeloven § 233 (forsettlig drap), både fullbyrdet drap og drapsforsøk.

Studien omfattet bare menn, og angitt begrunnelse for det var at drapsdømte kvinner, fra en psykologisk synsvinkel, i hovedsak utgjorde et annet problem. Flertallet av de kvinner som var dømt for drap i perioden, hadde tatt livet av uønsket barn. De dømte ble inndelt i grupper med utgangspunkt i gjeldende straffelovstermer: 33 var kategorisert som «sinnssyke», 53 hadde «mangelfullt utviklede eller varig svekkede sjelsevner», og 7 hadde «bevissthetsforstyrrelser». 29 % var tidligere straffet, og 39 % var alkoholpåvirket. I 18 av sakene var ofrene fremmede. Christensen kategoriserte materialet med hensyn til årsak til drap ut fra en psykologisk forståelse, og han fant blant annet: 40 grunnet sjalusi, 16 normalpsykologisk uforståelig, 13 kortslutningstilstand i affekt, 10 skjulte annen forbrytelse, 10 familiekonflikt, 8 fyllekrangel, 8 vrangforestilling av paranoid/hallusinatorisk natur, 6 rovmord, 5 konflikt med seksualpartner og 4 vrangforestillinger av depressiv natur. Christensen konkluderte med at patologisk sjelleliv var en meget viktig faktor, men gjorde samtidig følgende presisering:

«Tolkingen av de funne opplysninger er imidlertid vanskelig. Det er av interesse å påpeke sammenhenger mellom personlighetsstrukturer, sinnslidelse og kriminalitet, men det er ulike viktigere å finne frem til årsakssammenhenger. Her svikter denne undersøkning i første rekke fordi forsøkene på kausalanalyse må foretas retrospektivt. Vi har nok vist karakteristiske trekk hos gruppen av drapsmenn, men noen virkelig forklaring på hva som har fått disse menneskene til å ta liv, har vi ikke funnet (...) En kausalanalyse ville vel bare være mulig å utføre i forbindelse med en dybdepsykologisk analyse av hvert enkelt tilfelle. Personlig er jeg også da i tvil om en egentlig ville komme så meget lenger enn å henføre drapshandlingen til en bestemt referanseramme som bygger på den spesielle analytiske teori.»²

Christensen arbeidet i 1995 med en ny undersøkelse av drap begått i perioden 1955–1982, men denne studien er ikke blitt publisert.

1. Christensen, 1956

2. Christensen, 1956 s. 316

3.1.2 «Drapsforbrytelsen og nyere rettspraksis»

Helge Røstad publiserte i 1982 en studie med gjennomgang av 55 ankesaker behandlet av Høyesterett i perioden 1970–1979 angående drap begått av menn.³ Gjennomgangen omfattet 38 % av alle menn som ble dømt for drap i perioden. Røstad fant blant annet at 55 % av drapsmennene tidligere var straffedømt. Andre funn var at flere av drapsmennene hadde hatt problematisk oppvekst, at en rekke av de drapsdømte hadde påvist markante avvik i karakter og følelsesliv, og at en ikke ubetydelig andel hadde hatt alvorlige alkoholproblemer.

3.1.3 «Drapsutviklingen i Norge 1960–1983. Belyst ved et rettsmedisinsk obduksjonsmateriale»

Torleiv Ole Rognum gjorde en gjennomgang av drap i Norge i to adskilte femårsperioder, henholdsvis 1960–64 og 1979–1983.⁴ Grunnlagsmaterialet for gjennomgangen var obduksjonsrapportene til de drapsofre som ble undersøkt ved Rettsmedisinsk institutt i Oslo. Dette omfattet 51,1 % av alle drap i Norge i den første perioden og 47,4 % i den siste. Studien viste blant annet, at det var vesentlig menn som begikk drap, og at drapsmennenes medianalder var cirka 36 år. I materialet ble 13 % ansett som sinnssyk i strafferettslig forstand. Videre viste studien at fyllekrangel fremdeles var den dominerende utløsende årsak til drap. I den siste perioden var det også tilkommet drap hvor drapsmannen var påvirket av annet rusmiddel – diazepam og hasj. De fleste drap skjedde fremdeles hvor gjerningspersonen var i familie med eller bekjent med offeret.

3.1.4 «Forbrytelser med døden til følge på Vestlandet 1950–1984»

J. Chr. Giertsen gjorde en gjennomgang hvor materialet omfattet 140 dødsfall som følge av forbrytelser i tidsrommet 1950–1984 og omfattet alle dødsfall der det ble skrevet drap på dødsattesten.⁵ Det skriftlige kildemateriale omfattet rettsmedisinsk sakkyndigerklæring og dom. Materialet ble gruppert etter subsumsjonen i tiltalebeslutningen for følgende straffebestemmelser: § 228 (legemsfornærmelse), § 229 (legemsbeskadigelse), § 233 (drap), § 239 (uaktsomt drap), § 242 (hensette i

hjelpesløs tilstand) og § 267, jf. § 268 (grovt ran). For de gjennomgatte forbrytelsene var det i alt 82 domfelte, hvorav 78 var menn. Forbryterens gjennomsnittsalder var 35,7 år ved legemsfornærmelse og ved de øvrige forbrytelsene varierte gjennomsnittsalderen mellom 28–29 år. Det ble funnet at gruppen omfattet ni tilfeller hvor gjerningspersonen i strafferettslig forstand ble ansett som sinnssyk på gjerningstidspunktet, dvs. 6,4 % av totalmaterialet. Alkoholpåvirkning fantes hos tre av disse ni. For øvrig viste tallene at cirka 75 % av forøverne hadde vært påvirket av alkohol ved disse voldshandlingene. Ifølge de rettspsykiatriske sakkyndige hadde ganske mange av forøverne alkoholproblemer. Bare fem av forøverne var påvirket av andre rusmidler. Både ved legemsfornærmelse, ved legemsbeskadigelse og ved drap hadde omtrent halvparten av gjerningspersonene tidligere mottatt straffereaksjoner for vinnings- og voldsforbrytelser.

3.1.5 «Drap og sinnssykdom»

Kjell Noreik og Arne Gravem gjorde en detaljert studie av 71 gjerningspersoner som i perioden 1980–1989 hadde blitt siktet etter straffeloven § 233 for drap eller drapsforsøk, og som hadde blitt vurdert som sinnssyke i strafferettslig forstand på gjerningstidspunktet eller på undersøkelsestidspunktet.⁶ De sentrale kildene for undersøkelsen var Kriminalstatistikken til Statistisk sentralbyrå, Kripos' drapsstatistikk, rettspsykiatriske erklæringer vurdert av Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) og strafferegisteret. Tallene for den aktuelle perioden viste at i alt 493 personer hadde blitt siktet etter straffeloven § 233 for drap eller drapsforsøk og rettspsykiatriske undersøkt. Av disse ble 76 (15 %) funnet «sinnssyke» i strafferettslig forstand, enten på tidspunktet for den påklagede handling eller på tiden for den rettspsykiatriske undersøkelsen. Studien gikk nærmere i detalj på 71 av disse gjerningspersonene. Noreik og Gravem fant at 60 % av de «sinnssyke» var schizofrene, og 17 % var paranoid psykotiske. Andre psykotiske tilstander var relativt sjeldne. Alkohol- og rusmisbruk var lavere hos «sinnssyke» enn andre drapspersoner. For de «sinnssyke» skjedde drapet hyppigst innen husholdet/familien (67 %). 20 % var alkoholpåvirket under utøvelsen, men få hadde vært påvirket av andre rusmidler. For de fleste var drapet vurdert å være psykotisk motivert. Nær en tredjedel av drapsmennene var under behandling med psykofarmaka på drapstidspunktet. Hos 9 %

3. Røstad, 1982

4. Rognum, 1985

5. Giertsen, 1988

6. Noreik & Gravem, 1993

var det instituert behandlingen som ikke ble gjennomført og som dermed glapp.

3.1.6 «Det gjelder drap – En rapport om 250 personer dømt for drap eller drapsforsøk i perioden 1980–1989»

Kåre Bødal og Inger Marie Fridhov publiserte studien i 1995.⁷ Det overordnede mål med rapporten var dokumentasjon. Rapporten var derfor i hovedsak deskriptiv. Studien omfattet 250 personer dømt til fengsel i tre år eller mer for drap eller drapsforsøk i perioden 1980–1989 i Norge. Studien omfattet ikke gjerningspersoner som ble vurdert som «utilregnelige». Kildematerialet besto vesentlig av dokumentasjon i form av straffeutskifter, rettsbøker, rettspsykiatriske uttalelser og personundersøkelser og fyllbyrdesjournaler. I studien ble de dømte inndelt i grupper som skilte mellom drapspersoner med mange dommer og debutanter, aldersgrupper, kjønn og utlendinger/nordmenn. Studien omfattet også tiden etter soning og temaet gjentakelsesfare. Det var særlig to funn som i rapporten blir trukket frem. For det første viste gjennomgangen at flere av de langtidsdømte, herunder også de drapsdømte, hadde vært dømt for annen kriminalitet tidligere. For det andre fant man at alkohol spilte en påtrengende rolle som en medvirkende, utløsende faktor for vold.

3.2 Pågående og planlagte forskningsbaserte drapsundersøkelser

I mandatets punkt 4.2.2. heter det at

«utvalget skal holde seg orientert om pågående arbeid i Justisdepartementet på området, herunder planlagt kartlegging av drapssaker i samarbeid mellom Justisdepartementet og Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, helseregion Sør-Øst».

3.2.1 Barnedrap

Det pågår en kartlegging av risikofaktorer og rettslige utfall ved barnedrap i Norge for tidsperioden 1980–2009. Studien definerer ofre som barn under 18 år og den definerer forøver som foreldre og partnere til foreldre som er domfelt for overtredelse av straffeprosessloven § 233 første og/eller andre ledd, eller § 229 tredje straffealternativ eller § 234. Datakildene i studien er dommer og eventu-

elle rettspsykiatriske vurderinger av domfelte. Studien favner også tilfeller hvor forøver begikk selvdrap etter drapet. I disse tilfellene er datakilden Kripos' arkiv over drap–selvdrap, hvor det systematisk er registrert demografiske variabler for de involverte, modus for drapet og mulig motiv for drapet. Samtlige tilfeller barnedrap i tidsperioden inngår i studien. Datainnsamlingen forventes avsluttet i løpet av 2010, og resultatene forventes å publiseres i internasjonale tidsskrifter og i norske medier i løpet av 2011. Prosjektleder er kriminolog Vibeke Ottesen ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst. Arbeidet fullfinansieres av Stiftelsen Helse & Rehabilitering gjennom søkerorganisasjonen Norges Kvinne- og Familieforbund. Studien er godkjent av Riksadvokaten og Den regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Sør-Øst).

3.2.2 Partnerdrap – kvantitativ studie

Det er planlagt en kartlegging av risikofaktorer og rettslige utfall ved partnerdrap i Norge for perioden 1980–2009. Studien definerer partnere som nåværende eller tidligere ektefeller, samboere eller kjærester og favner om drap i både heterofile og homofile forhold. Studien definerer forøver som menn og kvinner som er domfelt for overtredelse av straffeprosessloven § 233 første og/eller andre ledd eller § 229 tredje straffealternativ. Datakilden i studien er dommer. I utgangspunktet skulle eventuelle rettspsykiatriske vurderinger brukes i partnerdrapsstudien slik som i barnedrapsstudien, men Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Sør-Øst og Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) godkjente ikke bruken av disse vurderingene i den forestående partnerdrapsstudien. Studien favner i likhet med barnedrapsstudien også om tilfeller hvor forøver begikk selvdrap etter drapet, og kilden vil også i denne studien være Kripos' arkiv over drap–selvdrap. Samtlige tilfeller partnerdrap i tidsperioden skal inngå i studien. Datainnsamlingen forventes påbegynt i løpet av 2010. Prosjektleder er kriminolog Vibeke Ottesen. Politidirektoratet har bestilt en rapport over resultatene i anledning realiseringen av tiltak 34 i Vendepunkt, regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Studien er godkjent av Riksadvokaten.

3.2.3 Partnerdrap – kvalitativ studie

Det skal gjennomføres en kvalitativ analyse av et utvalg drapssaker (8–12 saker) der gjerningsper-

7. Bødal & Fridhov, 1995

sonen var offerets nåværende eller tidligere partner. Fokus vil være på å identifisere risikofaktorer, mulige forvarsler og forklaringsvariabler, kartlegging og systematisering av offerets og gjerningspersonens kontakt med hjelpe- og behandlingsapparatet. Prosjektansvarlig er psykologspesialist, Ph.D. og tidligere medlem av Kvinnevoldsutvalget Solveig Karin Bø Vatnar. Prosjektet ble februar 2010 godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Riksadvokaten og Personvernombudet.

3.3 Offentlige utvalg og arbeidsgrupper

3.3.1 Rasmussenutvalget

I utvalgsmandatets innledende del er det nevnt at forhold rundt drap begått av mennesker med psykiske lidelser også er blitt gjennomgått og vurdert tidligere. Dette med særskilt henvisning til det såkalte Rasmussenutvalget i 1998.

Daværende Sosial- og helsedepartementet oppnevnte 20. mars 1998 et utvalg som skulle vurdere tilfeller av drap og andre alvorlige voldshandlinger foretatt av sinnslidende i perioden 1994–96. Utvalget ble ledet av dr. philos. Kirsten Rasmussen, og rapporten ble avgitt til departementet 10. desember 1998.⁸ Bakgrunnen for oppnevningen av utvalget var at Sosial- og helsedepartementet i St. meld. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser hadde foreslått at det skulle

«foretas en gjennomgang av alle tilfeller av drap og andre alvorlige voldshandlinger som er utført av alvorlig sinnslidende de siste åra, for å få avdekket eventuell systemsvikt».⁹

Stortinget sluttet seg til forslaget, jf. Innst. S. nr. 258 (1996–97).

Ifølge mandatet skulle utvalget ta utgangspunkt i en kasuistisk gjennomgang av et begrenset antall enkeltsaker. Denne gjennomgangen tok utgangspunkt i Helsetilsynets prosjekt «Drap begått av utilregnelige i årene 1994, -95 og -96» ved prosjektleder Randi Rosenqvist og prosjektrapporten. Denne rapporten omhandlet tre årganger av rettspsykiatriske erklæringer om personer som var siktet/tiltalt etter straffelovens § 233, og som ble funnet strafferettslig utilregnelig. Materialet omfattet totalt 26 saker. Dødsfall var resultatet i 14 av sakene. I de øvrige 12 sakene var det i alt 19 per-

soner som hadde vært utsatt for fare og/eller skade. Rasmussenutvalget skulle blant annet vurdere om det kunne sies å ha forekommet svikt innen helsevesenet, sosialtjenesten, kriminalomsorgen eller andre deler av offentlig tjenesteyting som har vært medvirkende til at utilregnelige hadde begått alvorlige voldshandlinger. Utvalget skulle også vurdere mulige forebyggende tiltak, samarbeid mellom etater eventuelt behov for ytterligere granskning eller utredningsarbeid på saksfeltet.

Når det gjelder detaljene rundt Sosial- og helsedepartementets vurdering og oppfølging av utvalgsrapporten, vises det til Helse- og omsorgsdepartementets redegjørelse i brev av 22. oktober 2009. Brevet er inntatt som vedlegg 11.

3.3.2 Mælandgruppen

I utvalgets mandat punkt 4.2.2. fremgår det at

«utvalget skal holde seg orientert om pågående arbeid i Justisdepartementet på området, herunder oppfølging av rapporten fra utredningsgruppen som har foretatt etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, straffrettslige særreaksjoner og forvaring (Mæland-gruppen)».

Utredningsgruppen ble oppnevnt av Justis- og politidepartementet i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 18. mai 2006. De nye regler om strafferettslig utilregnelighet og straffrettslige særreaksjoner trådte i kraft 1. januar 2002. Det psykiske helsevernet ble med reglene pålagt å ta ansvaret for gjennomføringen av særreaksjoner for utilregnelige. I lovproposisjonen varslet Justis- og politidepartementet at det skulle gjennomføres en etterkontroll av de nye reglene om utilregnelige og særreaksjoner etter at de hadde virket i fem år.¹⁰ Ifølge mandatet skulle utredningsgruppen blant annet kartlegge personer som var idømt overføring til tvungent psykisk helsevern eller dømt til tvungen omsorg. Materialet besto av rettskraftige dommer i tidsrommet fra 1. januar 2002 til og med 31. desember 2006 (dom til tvungent psykisk helsevern) og 31. desember 2007 (dom til tvungen omsorg). Materialet omfattet også noen drapsdømte.

Rapporten ble sendt på høring 15. februar 2008, med høringsfrist 1. april 2009.¹¹ På det tidspunkt redaksjonen for denne utvalgsrapporten ble avslut-

8. Rasmussen-utvalget, 1998

9. St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

10. Ot.prp. nr. 87 (1993–1994) Om lov om endringer i straffeloven m.v., s. 105

11. Mæland, Sagfossen, & Revis, 2008

tet, var status at høringssaken var under behandling i Justis- og politidepartementet.

3.4 Gjennomganger som gjøres av permanent opprettede organer

3.4.1 Statens helsetilsyns gjennomgang av enkeltsaker

Helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn fører tilsyn med helsepersonell og virksomheter i helse-tjenesten. Statens helsetilsyn har også det overordnede ansvaret for tilsyn med sosialtjenesten og barnevernet. På disse områdene fører fylkesmennene tilsyn med tjenestene. Tilsyn med helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten skjer blant annet gjennom tilsynssaker. Tilsynssaker starter på grunnlag av henvendelser fra pasienter eller pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere, politi, apotek og andre. Tilsynsmyndigheten tar også opp saker av eget tiltak, for eksempel etter oppslag i mediene eller informasjon som fremkommer ved annen tilsynsaktivitet.

Tilsynssakene utredes av Helsetilsynet i fylket ved at det innhentes relevant dokumentasjon, herunder pasientjournaler, uttalelser fra involvert helsepersonell og/eller virksomhet, uttalelse fra pasient mv. De fleste tilsynssaker avsluttes av Helsetilsynet i fylket uten bemerkninger, ved råd/veiledning eller ved konstatering av mindre alvorlige brudd på helselovgivningen. Saker som vurderes som så alvorlige at det kan være grunnlag for reaksjon mot helsepersonell, jf. helsepersonelloven kapittel 11, oversendes Statens helsetilsyn for avsluttende behandling. Tilsvarende kan saker som gjelder alvorlige pliktbrudd i virksomheter, og pålegg om å rette på forhold, jf. spesialisthelsetjenesteloven kapittel 7 og kommunehelsetjenesteloven § 6–3, oversendes Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyn foretar en avsluttende behandling og fatter vedtak om administrative reaksjoner i tilsynssakene. Vedtak om reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11 kan påklages til Statens helsepersonellnemnd.

Statens helsetilsyn er i helsepersonelloven § 67 tillagt myndighet til å begjære påtale ved straffbare brudd på helsepersonelloven. Statens helsetilsyn og Riksadvokaten har utarbeidet retningslinjer for behandling av disse sakene (Rundskriv nr 5/2001 fra Riksadvokaten og rundskriv fra Statens helsetilsyn IK-2/2008). Det er gitt retningslinjer for samhandling og interne retningslinjer for saksbehand-

lingen for henholdsvis politi/påtalemyndighet og tilsynet. I saker som gjelder mulig straffbare brudd på helsepersonelloven, gir tilsynsmyndigheten råd om saken bør etterforskes. Etter at saken er ferdig etterforsket, tar Statens helsetilsyn stilling til om det skal begjæres påtale. Tilsynet kan gi råd under etterforskningen og gir også råd i saker hvor påtalemyndigheten vurderer foretaksstraff mot virksomheter i helsetjenesten.

Det er ikke nedfelt skriftlige retningslinjer for kontakt mellom politi og tilsynsmyndighet i saker hvor mennesker med kjent psykisk lidelse har begått alvorlige straffbare handlinger. I slike tilfeller kan det være aktuelt for tilsynsmyndigheten å foreta en selvstendig vurdering av om den psykiske syke har fått helsefaglig forsvarlig behandling. Det kan også være aktuelt å vurdere om sosialtjeneste og/eller barnevern har gitt forsvarlig oppfølging.

3.4.2 Den rettsmedisinske kommisjons gjennomgang av sakkyndige erklæringer avgitt i drapssaker

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) er en nasjonal kommisjon oppnevnt av Justisdepartementet som har som hovedoppgave å foreta en ekstern kvalitetssikring av alle rettsmedisinske sakkyndigvurderinger avgitt i straffesaker, herunder drapssaker hvor den tiltalte har vært gjennom en judisiell observasjon. I praksis foretas en slik judisiell observasjon i de fleste drapssaker, men med unntak av saker med kombinert drap og selvdrap. Kommisjonen er hjemlet i straffeprosessloven § 146.

DRKs dokumentasjonsmateriale har ved flere anledninger blitt brukt som kilde for drapsstudier i Norge. Det vises her blant annet til Giertsen (1988), Noreik og Gravem (1993), og Rasmussen mfl. (1998).

3.5 Oppgaver og avhandlinger avgitt for akademisk grad

Det finnes et ikke ubetydelig antall oppgaver og avhandlinger hvor drap i Norge er temaet. Dette materialet har tilknytning til flere fagfelter, herunder jus, kriminologi, medisin, pedagogikk, psykologi og sosiologi. Forskjellige problemstillinger rundt temaet drap er søkt belyst, med ulikt ståsted og med forskjellig metodisk tilnærming.

Kapittel 4

Materiale og metode

Utvalget har brukt flere metodiske tilnærminger for å utrede og belyse de ulike problemstillinger som er tatt opp i mandatet. Nedenfor gjennomgås de ulike metoder som utvalget har benyttet: Kvalitativ gjennomgang av drapssakene i perioden, litteraturgjennomgang, intervjuer med dømte, dømtes pårørende og pårørende til offeret, intervjuer med hjelpeinstanser, bistand fra forsknings- og fagmiljøer og arrangering av et stormøte.

4.1 Utvalgets gjennomgang av drapssaker, herunder definisjon av mandatet

Det følger av mandatets punkt 4.1.1 at utvalget skal undersøke saker hvor mennesker med kjent psykisk lidelse har tatt liv i perioden fra 1. januar 2004 til 1. mai 2009. For at utvalget skulle få nødvendig informasjon og nødvendige opplysninger, har Stortinget i lov gitt utvalget en særskilt hjemmel til innhenting av nødvendige opplysninger fra ulike instanser og personer. I praksis har innhenting av nødvendig informasjon i den enkelte drapssak dreid seg om følgende to hovedoppgaver: 1) identifisering av gjerningspersonene og 2) kartlegging av hvor mange av gjerningspersonene som hadde en kjent psykisk lidelse.

4.1.1 «Har tatt liv»

I § 1 i lov 19. juni 2009 nr. 73 *om utvalg som skal undersøke forhold knyttet til at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv*, heter det at utvalget

«skal undersøke mulig svikt i systemer og forløp knyttet til mennesker med psykisk lidelse og som har tatt liv».

I mandatets punkt 4.1.1 er det presisert at utvalget

«skal undersøke mulig svikt i systemer og forløp knyttet til mennesker med kjent psykisk lidelse og som har tatt liv de siste fem år (fra 1. januar 2004 til 1. mai 2009)».

Det legges til grunn at «har tatt liv» i ulike sammenhenger kan tolkes forskjellig og at begreps-

bruken vil kunne være forskjellig i medisinsk og i juridisk sammenheng. Videre legges det til grunn at utvalgets fortolkning av mandatets ordlyd «har tatt liv» og «drap» har fått betydning for hvor mange enkeltsaker som utvalget skulle undersøke, og for hvilke treff man har fått i litteratursøkene.

Når det gjelder «drap» i medisinsk forstand, vises det til klassifikasjonen som brukes internasjonalt (ICD-10; International Classification of Diseases 10). Drap er der definert slik:

«Homicide, injuries inflicted by another person with intent to injure or kill, by any means.»

Dette innebærer for eksempel at norsk strafferetts «legemsbeskadigelse med døden til følge» etter WHO's klassifikasjon også kodes som drap. I Norge blir alle dødsfall registrert og klassifisert etter ICD-10 i det såkalte Dødsårsaksregisteret. Dødsårsaksregisterets statistikk er basert på innsendte dødsmeldinger og eventuelle obduksjoner. Det blir utgitt årlige statistikker fra Statistisk sentralbyrå (SSB) over dødsårsaker. I Dødsårsaksregisteret registreres det imidlertid ikke noe vedrørende den som utfører drapet.

I juridisk sammenheng og i forhold til norsk strafferett kan «tatt liv» relateres til flere ulike bestemmelser i straffeloven. Når det gjelder kriminalstatistikken, definerer både Kripes og Statistisk sentralbyrå (SSB) drap som brudd på straffeloven § 233 første og andre ledd, altså forsettlig eller overlagt drap (ikke uaktsomt drap, forsøk på drap eller legemsbeskadigelse med døden til følge). Andre handlinger som medfører at gjerningspersonen «har tatt liv», omhandles i andre lovbestemmelser, for eksempel mordbrann (straffeloven § 148). Det vil likevel finnes forskjeller mellom tabeller som ellers ser noenlunde like ut, i drapsoversikten fra Kripes og de mer generelle kriminalstatistikkene fra SSB. Drapsoversikten fra Kripes beskriver drap fordelt etter året ugjerningen ble utført. Her blir de historiske data jevnlig oppdatert. SSB har andre kriterier for hvilke saker som kommer med i deres årlige kriminalstatistikker. En vesentlig grunn til at statistikkene blir ulike, er at man har ulikt tidspunkt for når opplysningene fra sakene blir brukt til å lage statistikkene.

Utvalget har tatt utgangspunkt i den medisinske definisjonen av drap. I vurderingen er det vektlagt at denne definisjonen samsvarer godt med lovens ordlyd («har tatt liv»). Det er også sett hen til at den medisinske definisjonen er mer egnet når det gjelder gjennomføring av søk i internasjonal litteratur. Dette innebærer at blant annet saker som etter norsk strafferett er klassifisert som drap (straffeloven § 233 første og andre ledd), legemsbeskadigelse med døden til følge (straffeloven § 229 tredje straffalternativ) og mordbrann (straffeloven § 148), har blitt gjenstand for utvalgets undersøkelser. En fullstendig oversikt over hvilke straffebestemmelser dette vil gjelde, følger nedenfor. Utvalget har videre lagt til grunn at forsøk på drap og uaktsomt drap ikke omfattes av gjennomgangen. Forsøk er uansett ikke omfattet av lovens eller mandatets ordlyd «har tatt liv».

Gjennomgangen omfatter saker hvor gjerningen fant sted i tidsrommet mellom 01.01.2004 og 01.05.2009. Dette følger av forhistorien for opprettelsen av utvalget og formuleringene inntatt i mandatet.

Videre har det vært en grunnleggende forutsetning at saken er oppklart, i den forstand at det er identifisert hvem som har forårsaket dødsfallet. Drapssaker hvor ingen gjerningsperson er funnet, faller utenfor utvalgets arbeidsområde. Det tilligger heller ikke utvalget å ta stilling til uavklarte ansvarsforhold. Utenfor faller således saker hvor mistenkte/siktede/tiltalte bestrider faktisk tilknytning til saken, og det ikke foreligger rettskraftig domsavgjørelse vedrørende ansvarsforholdet. Dersom gjerningspersonen har tatt sitt eget liv og saken av den grunn ikke er pådømt, har konklusjonen fra etterforskningen etter omstendighetene blitt lagt til grunn.

4.1.2 Metode for å finne personer som har tatt liv

Utvalget har med grunnlag i politiets driftsstatistikk – STRASAK – funnet frem til aktuelle straffesaker og gjerningspersoner i perioden. Dette er den eneste databasen med en komplett oversikt over alle aktuelle straffesaker i Norge. Både den nasjonale drapsstatistikken fra Kripos og den nasjonale kriminalstatistikken fra Statistisk sentralbyrå (SSB) bygger på data fra STRASAK. Når det gjelder den nasjonale drapsstatistikken, omfatter den drapssaker etter straffeloven § 233, og omfatter således ikke annen kriminalitet med dødsfølge.

Politidirektoratet (POD) har ansvar for STRASAK og BL. Databehandler for systemene er Politiets data- og materieltjeneste (PDMT). Det var således PDMT som gjorde det praktiske arbeidet med å gjøre uttrekk fra STRASAK.

Det er gitt en skjematisk oversikt over hvordan uttrekket er foretatt i figur 4.1. Det første uttrekket av 3134 saker (antatte gjerningspersoner) ble gjort 28. september 2009 etter følgende vilkår:

- Gjerningstidspunkt fra og med 1. januar 2004 til og med 30. april 2009
- Saker registrert per 28.09.2009 (første uttrekk)
- Saker registrert med en kode som kunne indikere kriminell handling med dødsfølge. Følgende koder indikerte at det hadde vært dødsfølge:
 - Drap (kode 1708 – straffeloven § 233)
 - BARNEDRAP (kode 1710 – straffeloven § 234)
 - Legemsbeskadigelse med døden til følge (kode 1714 – straffeloven § 229, tredje straffealternativ)
- Uttrekket inkluderte også saker med følgende koder med mulig dødsfølge:
 - Grov legemsbeskadigelse (kode 1706 – straffeloven § 231)
 - Frihetsberøvelse (kode 1602 – straffeloven § 223)
 - Hensette i hjelpesløs tilstand (kode 1718 – straffeloven § 242)
 - Liv, legeme, helbred diverse (kode 1799)
 - Ran, utpressing diverse (kode 2599)
 - Forsettlig brann med dødsfølge (kode 701 – straffeloven § 148)
 - Voldtekt med døden til følge (kode 1420 – straffeloven § 192, tredje ledd)

Uttrekket inkluderte 1651 saker som var henlagt av andre grunner enn at antatt gjerningsperson var død. Disse sakene ble ekskludert. Av de resterende sakene var 1225 saker registrert med koder som indikerte mulig dødsfølge. Disse ble manuelt gått gjennom, og 6 saker hadde dødsfølge og oppfylte utvalgets inklusjonskriterier.

Basert på dette uttrekket ble det sendt forespørsel til aktuelle politidistrikter om å få nødvendige opplysninger om gjerningsperson fra politiets saksdokumenter i 258 saker som hadde koder som indikerte at det hadde vært dødsfølge. Det kom raskt frem at det grunnet feilkodinger i STRASAK var et stort antall av sakene fra uttrekket hvor fornærmede ikke var død som følge av den kriminelle handlingen. Det ble derfor foretatt en manuell gjennomgang av den elektronisk tilgjengelige informasjonen hos Politiets data- og materieltje-

Boks 4.1 STRASAK

BL (Basisløsninger) og STRASAK er et register for behandling av straffesaker, og fungerer som en straffesaksjournal i form av registrering og oppfølging av anmeldelser og undersøkelsessaker, som savnede personer og mistenkelige dødsfall. Når politiet igangsetter etterforskning, registreres sakens data i BL. Alle data og samtlige saksdokumenter som er registrert i systemet, lagres her. En vital del av registreringen er kodingen, som består i å henhøre den enkelte sak under en statistikkode som indikerer det aktuelle straffebud. Kodingen er manuell og basert på saksopplysningene på tidspunktet for sakens opprettelse. Sakens koding kan endres etter hvert som nye opplysninger tilsier at et annet straffebud bør anvendes. Når saken er ferdig registrert, overføres aktuelle data til STRASAK. STRASAK gir derved en oversikt over straffesakene ved at det oppgis både saksbevegelser og hvor saken befinner seg frem til saken er endelig/rettskraftig. Registeret skal gi en oversikt over og kontroll av saksgangen og saksavviklingen for alle straffesaker. Registeret danner grunnlag for kriminalstatistikk, både for den enkelte saksbehandling og for kriminalitetens omfang og sammensetning. STRASAK-rapporter er et hjelpemiddel for politiets målstyrte og resultatrettede arbeid, ved at de gir oversikt

Kilde: NOU 2003:21

over alt fra type kriminalitet til det enkelte distrikts restanser. Statistikk fra STRASAK danner også grunnlag for politiets analysearbeid. Data overføres til Statistisk sentralbyrå (SSB) og danner grunnlaget for den offisielle kriminalstatistikken.

STRASAK inneholder opplysninger om alle registrerte straffesaker. Av registeret fremgår opplysninger om det anmeldte forhold (statistikkgruppe/kode for lovbrudd, gjerningsdato, gjerningssted/sonen), navn, fødselsdata med videre på anmeldt og klager (fornærmede/melder/implisert), gods i straffesak, bil/båt/annet kjøretøy som er involvert i straffesak, modus, ansvar for behandling (distrikt, ansvarlig etterforsker, ansvarlig jurist, utlån), hvilke etterforskningsskritt som er tatt, ekspedisjoner i saken/saksgang og saksavgjørelse (påtaleavgjorte saker, dommer). Videre fremgår gruppering av saker.

En viktig del av opplysningene i STRASAK er statistikkoden. Den er en forutsetning for at STRASAK skal være formålstjenlig, at de enkelte saker blir registrert med korrekt statistikkode. Dette gjelder særlig for SSBs oppgaver, men er i utgangspunktet av like stor betydning for politiets arbeid.

neste (PDMT) i alle sakene for å fastslå om det var dødsfølge for den fornærmede.

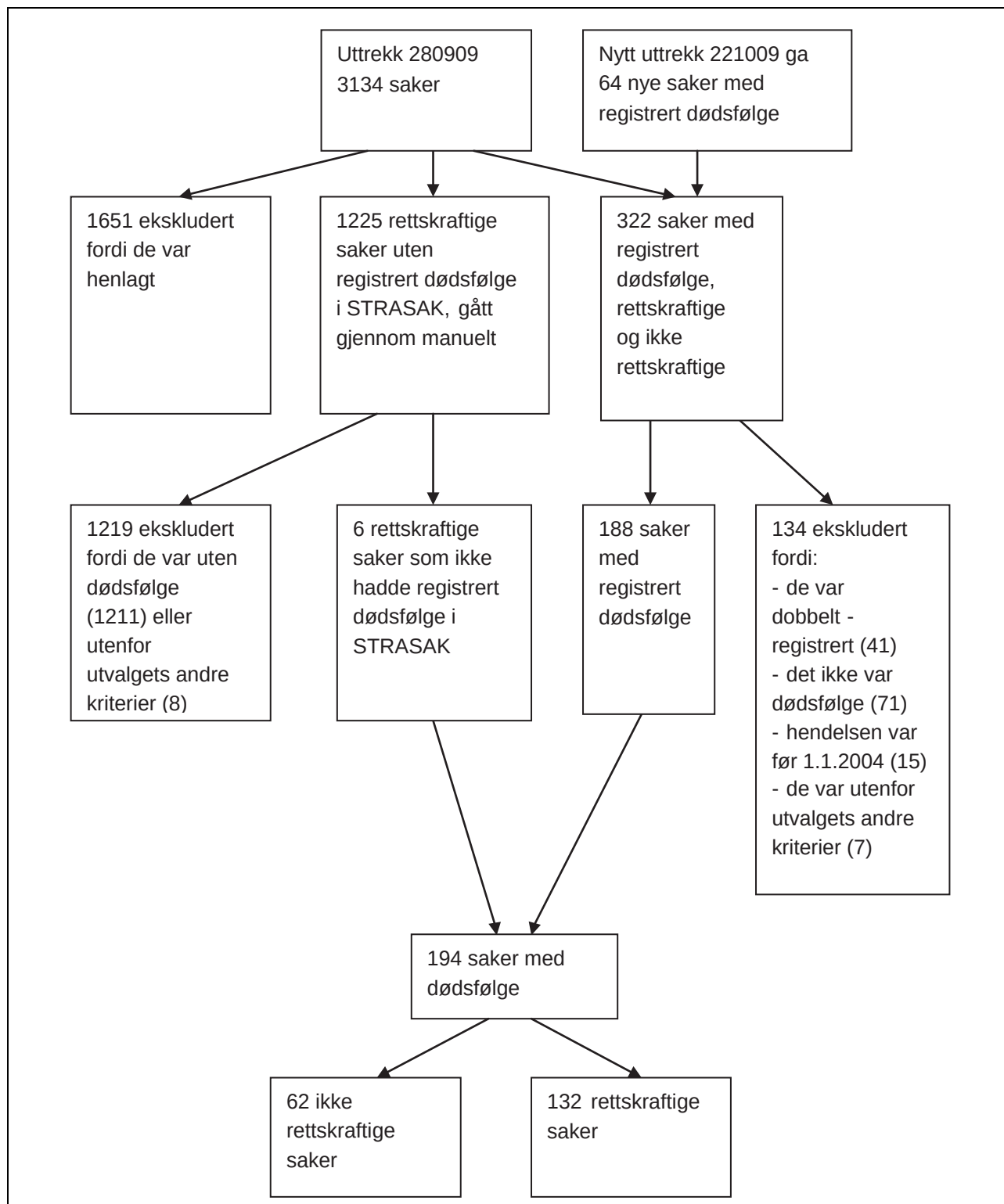
I tillegg ble informasjonen om fornærmede og gjerningspersonen kontrollert mot Folkeregisteret for å kontrollere om fornærmede var død, eventuelt om også gjerningspersonen var død. I tillegg ble registrert dato for død tidspunkt kontrollert. For å kunne kontrollere mot Folkeregisteret måtte det gjennomføres et nytt uttrekk (22.10.2009). Det nye uttrekket inkluderte samme koder som foregående uttrekk.

Dette siste uttrekket ga 64 nye saker med registrert dødsfølge, og de to uttrekkene ga totalt 322 saker med registrert dødsfølge. Av disse måtte 134

saker ekskluderes, hvorav 71 saker på bakgrunn av at manuell gjennomgang viste at det likevel ikke forelå dødsfølge.

Det betyr at man ved utvalgets gjennomgang har funnet totalt 194 gjerningspersoner som har tatt liv i perioden. Av disse hadde 132 rettskraftige avgjørelser, og 62 var ikke rettskraftig avgjort på tidspunktet for uttrekket.

Basert på den oppdaterte oversikten ble det sendt ny forespørsel til politidistriktene om innsyn i politiets saksdokumenter i de rettskraftige sakene. Utfallet ble at utvalget til slutt fikk innsyn i politiets saksdokumentasjon i samtlige 132 rettskraftige saker som lå innenfor utvalgets uttrekk.



Figur 4.1 Oversikt over antall saker

4.1.3 «Kjent psykisk lidelse»

Begrepet «psykisk lidelse» er et vidt begrep, som har ulik betydning i ulike setninger. Grensedragning mellom hvem som skal være innenfor begre-

pet eller ikke, vil avhenge av hvilket perspektiv man ønsker å ha. Utvalget presiserer nedenfor hvordan utvalget bruker begrepet i denne rapporten. Som eksempler på ulike grensedragninger nevnes imidlertid først:

- Gjerningspersoner som ble vurdert til å være utilregnelige og dømt til tvungent psykisk helsevern, det vil si å legge en juridisk definisjon til grunn. Dette ble for eksempel gjort ved den forrige utvalgsgjennomgangen av drapssaker i Norge.¹
- Personer med en diagnose som ansees som alvorlig psykisk lidelse, dvs. å legge en medisinsk definisjon til grunn. Det er uenighet om hvor grensene går for alvorlig psykisk lidelse, men ofte inkluderer man schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depressiv lidelse. I noen tilfeller inkluderes også noen personlighetsforstyrrelser.
- Personer med en psykisk lidelse i henhold til Verdens helseorganisasjons definisjon, det vil si en lidelse innen kapittelet om psykisk lidelse (F0-F99) i diagnosemanualen ICD-10.²

I gjennomgangen av sakene i perioden har utvalget valgt samme definisjon av «psykisk lidelse» som Verdens helseorganisasjon. En slik inkluderende definisjon i kartleggingsfasen var etter utvalgets vurdering nødvendig for å få en helhetlig forståelse. Man fikk dermed et bedre grunnlag for å sammenligne denne undersøkelsen med tidligere undersøkelser. I tillegg fikk man et grunnlag for å si noe om forholdet mellom det totale antallet gjerningspersoner og antallet gjerningspersoner med ulike typer psykisk lidelse.

I tilrådingene har utvalget imidlertid valgt hovedfokus på personer med alvorlige psykiske lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser, spesielt der disse er i kombinasjon med ruslidelse. Med begrepet alvorlige psykiske lidelser i rapporten menes: schizofreni, schizotyp lidelse, paranoid psykose, schizoaffektiv lidelse og andre psykoser (F20-F22, F24-F29), manisk og bipolar lidelse (F30-F31) og alvorlig depressiv lidelse (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3). Begrepet alvorlig personlighetsforstyrrelser brukes i rapporten om: paranoid, schizoid, dyssosial og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.0-F60.3). Begrepet ruslidelse er brukt i rapporten om lidelser relatert til alkohol og andre rusmidler (F10-F16, F18-F19).

Før drapet har mange gjerningspersoner ikke vært via hjelpeinstanser som har kunnet vurdere sykdomsbilde opp mot diagnoser før drapet. Utvalget har derfor valgt å inkludere personer som i rettspsykiatrisk erklæring, etter hendelsen, har blitt diagnostisert til å ha vært syk før eller under

hendelsen, på samme måte som de som ble diagnostisert før hendelsen.

4.1.4 Metode for å skaffe informasjon om gjerningspersoner med kjent psykisk lidelse

Utvalget måtte selv kartlegge hvilke av gjerningspersonene som hadde «kjent psykisk lidelse». Dokumentasjon innhentet fra politi bidro til viktig informasjon om psykisk lidelse i mange av sakene, men informasjonen var ikke komplett. På den bakgrunn var det nødvendig å innhente informasjon fra flere kilder. Et naturlig utgangspunkt for innhenting av opplysninger om psykisk lidelse var gjerningspersonenes fastlege.

Basert på funnene fra gjennomgangen av STRASAK og Folkeregisteret innhentet utvalget deretter informasjon fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) om hvem som var gjerningspersonens fastlege på gjerningstidspunktet, eventuelt hvem som senere var blitt gjerningspersonens fastlege.

På grunnlag av de opplysninger som fremgikk av HELFOS register, ble det sendt forespørsel til alle fastleger som var fastlege på gjerningstidspunktet eller ved forespørselsdatoen. Fastlegen ble forespurt om pasienten hadde psykisk lidelse (inklusive ruslidelser) på gjerningstidspunktet eller tidligere. Hvis pasienten hadde det, ba utvalget om å få tilsendt kopi av relevant informasjon i pasientjournalen som kunne gi informasjon om psykisk lidelse. For 19 av gjerningspersonene var det ikke registrert noen tilknytning til fastlege, og for fem av gjerningspersonene mottok utvalget ingen tilbakemelding fra forespurte fastlege. Det betyr at utvalget har mottatt informasjon fra fastlegene til 108 av gjerningspersonene.

Det ble tidlig klart at en svært viktig kilde til informasjon om gjerningspersonens psykiske helse og rusbruk var rettspsykiatriske erklæringer avgitt for domstolene i henhold til straffeprosessloven § 165. Utvalget har fått innsyn i rettspsykiatriske erklæringer i 85 saker. I de resterende 47 sakene har det ikke foreligget noen slik erklæring.

I den grad det er reist tilsynssak, har også saksdokumenter fra helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn gitt supplerende informasjon om gjerningspersoner med kjent psykisk lidelse. Av de 132 sakene som utvalgets gjennomgang omfattet, var det saksdokumenter fra helsetilsynene i 21 av dem.

I gjennomgangen av sakene er det valgt en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Utvalget har gått gjennom noen enkeltsaker i detalj. I tillegg har alle saker blitt gått gjennom

1. *Rasmussen-utvalget*, 1998

2. World Health Organization, 2000

med hensyn på 314 forhåndsbestemte variabler, og informasjonen ble lagt inn i statistikkprogrammet SPSS. Variablene ble utvalgt basert på informasjon fra litteratursøk, mandattekst og innspill fra utvalget og samarbeidende fagpersoner. For å sikre sammenligningsgrunnlag ble variabellisten koordinert med hva som er benyttet i offentlig statistikk og andre undersøkelser, både tidligere og pågående. Utvalget fikk blant annet tilgang til kodeboken til et større forskningsprosjekt i Storbritannia.³ Utvalget fikk også tilgang til kodeboken til avsluttet forskningsprosjekt til forsker Pål Grøndahl ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst.

4.1.5 Konfidensialitet

Dokumentasjonsgrunnlaget for utvalgets gjennomgang omfatter materiale utlånt fra politidistrikter, helsetjenesten, Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) og Statens helsetilsyn. Materialet inneholder personsensitive og taushetsbelagte opplysninger. Det har derfor vært viktig for utvalget, og for samarbeidende fagpersoner som har utført utredningsoppdrag for utvalget, å sørge for at opplysninger ikke kommer på avveie. I forståelse med de instanser som etter utvalgsloven har gitt dokumentinnsyn i bestemte saker, har utvalget sørget for at utlånt materiale enten returneres til opphavsstedet, eller at utlånte kopier blir destruert. Likeledes skal benyttede elektroniske lagringsmedier destrueres i etterkant av analysearbeidet.

Av juridiske og etiske hensyn, er det i rapporten ikke inntatt detaljerte beskrivelser av hendelsesforløp og involverte personer. De enkelthistorier som er inntatt er omskrevet og til dels oppkonstruerte for å umuliggjøre identifisering av informantene.

4.2 Litteraturgjennomgang

En av hovedmålsetningene til utvalget er i henhold til mandatets punkt 5.2 å

«gi råd om hvilke tiltak som bør iverksettes på tjeneste- og systemnivå for å forebygge at personer med alvorlig psykisk lidelse/rusmiddelavhengighet begår drap».

For å sikre at utvalget gir faglig begrunnede råd, har mye av utvalgets arbeid basert seg på gjennomgang av eksisterende forskningslitteratur. Utvalget

har blant annet foretatt en strukturert litteraturgjennomgang om sammenhengen mellom psykiske lidelser og drap, jf. vedlegg 3. I tillegg har eksterne samarbeidspartnere som har skrevet deler av utredningen, basert seg på eksisterende forskningslitteratur og beskriver kunnskapsstatus på sine felter. På grunn av tidsbegrensning har eksterne samarbeidspartnere hovedsakelig basert seg på litteratur de allerede har kjennskap til. I noen tilfeller har de også foretatt litteratursøk som beskrevet i hvert enkelt kapittel.

Utvalgets gjennomgang av 132 drapssaker kan ikke si noe sikkert om årsakene til drapene. Denne typen gjennomganger vil måtte være beheftet med svakheter idet gjennomgangen omfatter et meget begrenset antall saker og vurderingene er gjort retrospektivt (i etterpåklokskapens lys). Man har heller ikke undersøkt en sammenlignbar gruppe personer med samme metode, og det er dermed vanskelig å vurdere om det er forskjeller mellom de som har drept og andre personer. Forskningen som er foretatt på feltet, og som ikke har slike svakheter, har større mulighet til å beskrive sannsynlige årsaksfaktorer til drap. Utvalget mener derfor at det vil være uheldig å basere råd som skal omfatte mange mennesker og systemer, på bare en slik begrenset gjennomgang av saker.

Litteraturgjennomgangen viser at det er foretatt flere grundig forskningsbaserte studier på mange av temaene som mandatet omfatter. Mye av denne forskningen kan, i større grad enn utvalgets begrensede gjennomgang av et fåtall saker, danne grunnlag for forslag til råd og tiltak, fordi disse forskningsbaserte studiene har bygget på et omfattende materiale og vært underlagt rigide krav til metode og kvalitetssikring. I tillegg kommer det at forskningen har blitt gjort på mange ulike måter og under ulike vilkår, og derfor har gitt mulighet til å beskrive flere sider av mandatets komplekse problemstillinger enn hva utvalgets gjennomgang har gitt mulighet til.

Utvalget har søkt etter råd/tiltak som kan senke risikoen for drap, og rådene må følgelig være relatert til årsaksfaktorer til drap. Her ligger den store utfordringen, og det vises i den forbindelse til Christensens konklusjon i studien fra 1956, hvor det heter:

«Det er av interesse å påpeke sammenhenger mellom personlighetsstruktur, sinnslidelse og kriminalitet, men det er ulike viktigere å finne frem til årsakssammenhenger. Her svikter denne undersøkning i første rekke fordi forsøkene på kausalanalyser må foretas retrospektivt. Vi har nok vist karakteristiske trekk hos gruppen av drapsmenn, men noen virkelig for-

3. Appleby, 2005

klaring på hva som har fått disse menneskene til å ta liv, har vi ikke funnet..... En kausalanalyse ville vel bare være mulig å utføre i forbindelse med en dybdepsykologisk analyse av hvert enkelt tilfelle. Personlig er jeg også da i tvil om en egentlig ville komme så meget lenger enn å henføre drapshandlingen til en bestemt referanseramme som bygger på den spesielle analytiske teori.»⁴

Tilsvarende utfordringer gjør seg gjeldende når utvalget ifølge mandatets punkt 4.1.2 er blitt bedt om å

«redegjøre for de forhold som det mener har betydning for at gjerningspersonen kom i en situasjon hvor den psykiske lidelsen, og evt. medfølgende rusmiddelproblematikk, medvirket til at liv ble tatt».

Ved utvalgets gjennomgang har man mulighet til å se hvor ofte anbefalinger i veiledere og andre standarder ikke har blitt fulgt. Man har imidlertid ikke mulighet til å si noe sikkert om årsaksfaktorer i den enkelte sak. En retrospektiv gjennomgang av saker uten gjennomgang av sammenlignbare grupper, vil ikke være en egnet metode for å ta stilling til det spørsmål som mandatet reiser. Dette gjelder for dette utvalgets gjennomgang av enkeltsaker som for tidligere gjennomganger.⁵

Utvalget kan ved sin gjennomgang beskrive hva som har skjedd, og om det har skjedd avvik fra eller brudd med gjeldende veiledere og standarder. Utvalget kan ikke utelukke at svikt i systemer og brudd på standarder har medført at liv har blitt tatt, men utvalget kan ikke si hvorvidt dette har skjedd i det enkelte tilfellet.

4.3 Intervjuer med dømte, dømtes pårørende og pårørende til offeret

Etter oppdrag fra Olsenuutvalget har Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst gjennomført et begrenset antall intervjuer med personer som er dømt for alvorlig voldskriminalitet med dødsfølge, og intervjuer med pårørende til dømte. De som har gjennomført intervjuene, har i forbindelse med oppdraget undertegnet en personlig taushetsplikterklæring til Olsenuutvalget, og utvalgets leder har ført liste over alle personer som har mottatt opplysninger undergitt taushetsplikt i forbindelse med utvalgsarbeidet, jf. kapittel. 8.3 i Ot.prp. nr. 90 (2008–

2009) Om lov om forklaringsplikt, taushetsplikt mv.⁶

Intervjuundersøkelsen er ikke forskningsbasert. Undersøkelsen omfatter et meget begrenset antall personer, og det er ikke benyttet representativ utvalgsmetode. Intervjuene kan ikke hevdes å være representative for gruppen, og det vil ikke være forsvarlig å generalisere utover den ene saken.

Hensikten med intervjuene er å belyse nærmere og finne illustrasjoner/eksempler på hvordan dømte og pårørende til dømte har oppfattet kontakten med helsevesenet, og få høre deres oppfatning av hva som eventuelt ledet opp til drapet. Det ble særskilt søkt besvart hvorvidt det har foreligget en individuell plan eller en behandlingsplan, om det er blitt tilbudt ulike former for behandling, og om den dømte da har fulgt opp behandlingen og hva han syntes om den. Sitater fra intervjuundersøkelsen er tatt inn i bokser under kapitlene 8 og 12.

Utvalgssekretariatet hadde i forkant av intervjuene innhentet godkjenning fra den institusjonen hvor den dømte befant seg, og skriftlig samtykke fra den dømte. Intervjuene med den dømtes pårørende er også samtykkebasert. I de tilfellene intervjuobjektet har samtykket til det, ble det gjort lyd- båndopptak under intervjuet for å skaffe et kilde- materiale det vil kunne være mulig å sitere ordrett fra. I tråd med avtalen med informantene har opp- takene fra intervjuene blitt destruert. Etter avtale med informantene vil materialet bare kunne pre- senteres og offentliggjøres i anonymisert form. For å umuliggjøre identifisering av sakene og infor- mantene har utvalget også omskrevet og konstru- ert deler av fremstillingene.

I tillegg til de gjennomførte intervjuer har utval- get og utvalgsmedlemmene mottatt direkte hen- vendelser fra personer som har stått gjerningsper- sonen og/eller offeret nær. Disse personlige beret- ningene har gjort inntrykk.

4.4 Intervjuer med hjelpeinstanser

SINTEF Helsetjenesteforskning har etter oppdrag fra Olsenuutvalget utført en kvalitativ studie hvor forskerne har gått grundig inn i seks tilfeller hvor en person med kjent psykisk lidelse har tatt liv. SINTEF gjennomførte til sammen 43 intervjuer med personer ansatt i kommune, sykehus, DPS og politiet i form av semistrukturerte intervjuer. For- målet har vært å fremskaffe eksempler på hvilke

4. Christensen, 1956 s 316

5. Rasmussen-utvalget, 1998 s. 7

6. Ot.prp. nr. 90 (2008–2009) Om lov om forklaringsplikt, taus- hetsplikt mv.

erfaringer tjenestene har gjort seg etter hendelsene, og hvordan de eventuelt er benyttet i kvalitetsforbedrende arbeid. Studien har, i likhet med det øvrige utvalgsarbeidet, vært regulert gjennom lov 19. juni 2009 nr. 73 om utvalg som skal undersøke forhold knyttet til at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv. Intervjuutskrifter og annet bakgrunnsmateriale er blitt destruert etter at oppdraget er avsluttet. Av juridiske og etiske hensyn er det i rapporten ikke inntatt detaljerte beskrivelser av hendelsesforløp og involverte personer. De enkelthistorier som er inntatt, er omskrevet og til dels oppkonstruert for å umuliggjøre identifisering av informantene. SINTEF-rapporten og funnene fra intervjuene har dannet grunnlaget for kapittel 15.

4.5 Bistand fra forsknings- og fagmiljø

Utvalgets mandat er omfattende og berører en rekke forskjellige fagområder og spesialfelter. For å sikre at utvalgets vurderinger og forslag til tiltak så godt som mulig er forankret i kunnskapsbasert viten, har utvalget søkt samarbeid med en rekke forskere og forskningsmiljøer – både i inn- og utland. I rapporten har utvalget fått bidrag fra forskere tilknyttet følgende norske institusjoner: Folkehelseinstituttet, Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Politihøgskolen, Ressurssenteret om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Sør (RVTS Sør), Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Kompetansesenteret rus – region Øst.

Når det gjelder utenlandske forskningsmiljøer, har utvalget hatt en særskilt kontakt med ett forskningsmiljø i England. Utvalget hadde i januar 2010 møter med professor Louis Appleby og enkelte medarbeidere ved «The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by Peo-

ple with Mental Illness», University of Manchester. Appleby innehar også embetsstillingen «National Director for Mental Health» ved «Department of Health». I tillegg har utvalgets svenske medlem kunnet bidra med særskilt innsiktsfull informasjon om aktuelle studier og forskning i Sverige. Når det gjelder internasjonal forskning for øvrig, har utvalget basert seg på informasjon som er kommet frem gjennom litteratursøk.

4.6 Stormøte

Olsenutvalget inviterte til stormøte/høringsmøte 18. november 2009 med temaet: «Forebygging og samarbeid. Eksisterer det samarbeidsproblemer som kan påvirke risikoen for at personer med psykisk lidelse tar liv?». Bakgrunnen for møtet var at utvalget ønsket å få synspunkter og råd fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og andre berørte i tillegg til behandlingsmiljøer, etater, forskningsmiljøer, frivillige organisasjoner mfl. i erkjennelse av at utvalgets arbeid var helt avhengig av bred og god tilgang på kunnskap, erfaringer og meninger.

Møtet var delt inn i to deler, hvor den ene sentrale problemstilling var: Hvilke faktorer kan sikre nødvendig informasjonsflyt mellom tjenester som skal samarbeide om personer med kjent psykisk lidelse? Den andre hovedproblemstillingen var: Hvordan skaper vi sammenheng i tjenestene for personer med kjent psykisk lidelse? Inviterte innledere – politioverbetjent Arne Erik Hennum, Oslo politidistrikt og kommuneoverlegen i Moss Knut Michelsen – innledet hver sin del før det ble åpnet for plenumsdiskusjon.

I møtet deltok forskjellige organisasjoner, tjenester, etater, institusjoner og fagpersoner som har et særskilt ansvar eller interesse for og erfaring med oppfølging av personer med psykisk lidelse som har behov for tverrfaglige tjenester. I alt var det 117 møtedeltakere.

Kapittel 5

Drap i perioden 01.01.2004–01.05.2009

5.1 Avgrensninger

Utvalgets mandat er å undersøke mulig svikt i systemer og forløp knyttet til mennesker med kjent psykisk lidelse som har tatt liv i Norge i perioden 01.01.2004–01.05.2009. Utvalget har derfor foretatt en gjennomgang av drapssakene i perioden, og forsøkt å finne informasjon om gjerningspersonenes psykiske helse. Kapittel 4 beskriver hvordan sakene ble identifisert, og hvordan informasjonen ble innhentet. Dette kapittelet inneholder resultater fra utvalgets gjennomgang og analyse av samtlige saker. I dette kapittelet gis det en beskrivelse av gjerningspersonene og deres ofre, og kartleggingen av gjerningspersonenes psykiske helse finnes i kapittel 5.3. Funn vedrørende hvilken behandling gjerningspersonene har mottatt i hjelpeapparatet, presenteres i kapittel 8.

I de 132 sakene som utvalget fikk innsikt i, hvor noen hadde tatt liv, var det ifølge opplysninger fra politiet selv usikkerhet knyttet til den informasjon som forelå hos politiet om gjerningsmennenes psykiske helse. Da det ikke forelå sikker informasjon i utgangspunktet om hvilke drapspersoner som hadde psykiske lidelser, måtte utvalget innhente informasjon om samtlige gjerningspersoner og analysere denne. Bare i de tilfeller hvor fastlegen har rapportert om kjent psykisk lidelse, har utvalget bedt om kopi av pasientjournalen fra fastlegen, og da bare for de relevante journalnotater. Med unntak av manglende journal fra fastlege for de uten kjent psykisk lidelse, var tilgjengelig informasjon lik for personer med og uten kjent psykisk lidelse.

Utvalget har vurdert om denne rapporten bare skal inneholde statistikk på personer som hadde kjent psykisk lidelse, men har valgt å presentere data for alle gjerningspersonene som utvalget har innhentet informasjon om. Dette er begrunnet i flere forhold.

Definisjonen på kjent psykisk lidelse vil kunne variere (jf. kapittel 4.1.3). Inklusjon av alle gjerningspersonene vil gi et mer helhetlig bilde enn om man ekskluderte deler av gruppen. Dette vil gi et større bidrag i forhold til målsetningen om eventuelt å forebygge flest mulig av fremtidige drap enn

om man bare tok for seg undergrupper av gjerningspersonene.

Hvis man bare presenterer data for personer med kjent psykisk lidelse, vil man ikke kunne si noe om gjerningspersoner med psykisk lidelse er annerledes enn andre. Det vil likeledes ikke være mulig å si om psykisk lidelse hos gjerningspersonen er sjelden eller hyppig forekommende. Utvalget har derfor valgt å presentere den tilgjengelige informasjonen om hele gruppen gjerningspersoner, både de med og de uten psykisk lidelse.

Utvalget har gått gjennom all informasjon som er mottatt om de 132 identifiserte gjerningspersonene. Det er imidlertid svært varierende hvilken informasjon som utvalget har mottatt om deres helse og behandling før hendelsen. Dette er begrunnet i flere forhold, blant annet:

- Rettspsykiatriske erklæringer har vært en viktig informasjonskilde der fastlege hadde begrenset informasjon. Det foretas rettspsykiatrisk undersøkelse kun der det er tvil om tilregnelighet eller fare for tilbakefall til alvorlig kriminalitet. Det var ikke foretatt rettspsykiatrisk undersøkelse i 47 av sakene.
- Helsetilsynet har innhentet detaljert informasjon om hvilken helsehjelp personene har mottatt. Helsetilsynene i fylket og/eller Helsetilsynet sentralt hadde totalt vært inne i 21 av sakene som utvalget har gått gjennom.
- Det var svært varierende informasjon som fastlegene hadde, noe som også reflekterte en stor variasjon i behandlingsintensivitet. I 24 saker har utvalget ikke mottatt informasjon fra fastlege, hovedsakelig fordi utvalget ikke har funnet at gjerningspersonen hadde fastlege (19 saker).
- I saker med selvdrap foreligger ikke dom eller rettspsykiatrisk erklæring.
- Der fastlegene ikke hadde informasjon som tilsa at personen hadde psykisk lidelse før hendelsen, har utvalget ikke mottatt journal fra fastlegen.
- Utvalget hadde innen utvalgets tidsrammer ikke mulighet til å innhente informasjon fra andre instanser, for eksempel spesialisthelsetjenesten eller psykisk helsetjeneste i kommu-

nene. I noen tilfeller har utvalget imidlertid fått tilgang til detaljert informasjon om deres tjenester, enten via rettspsykiatrisk erklæring, helsetilsynets gjennomgang, kopi av epikrise hos fastlege eller fra politidokumenter.

På grunn av disse begrensningene i hvilken informasjon utvalget har, vil antall saker med kjent informasjon (N) på de forskjellige temaene variere. Der det oppgis prosentvis andel, tas det utgangspunkt i de sakene hvor man har informasjon.

I noen saker var det flere gjerningspersoner, og i noen saker var det flere ofre. Da fokus for undersøkelsen har vært hvilken oppfølging gjerningspersonene har mottatt i forkant av drapet, er informasjonen sortert på gjerningspersoner og for eksempel ikke på ofre eller sak.

Utvalget legger til grunn at bare saker hvor det juridisk var endelig avgjort at noen hadde tatt liv, skulle inkluderes i utvalgets undersøkelse. Informasjonen som gis gjelder kun saker som var endelig avgjort før 28. september 2009 da utvalget satte strek for sin gjennomgang av sakene. Det gis derfor ikke informasjon om 62 gjerningspersoner med 38 ofre hvor det ikke forelå rettskraftig dom på dette tidspunktet. I en av disse sakene var en av gjerningspersonene dømt; det vil si at for et av ofrenes vedkommende, er bare en av flere antatte gjerningspersoner med i utvalgets gjennomgang. I tillegg var det seks drapsofre uten kjent gjerningsperson i politiets dokumenter. Det vil si at materialet ikke gir et komplett bilde av alle gjerningspersoner som har tatt liv i perioden. Det er mulig at en oversikt over alle sakene ville gitt et annet bilde. For eksempel er det mulig at det finnes særtrekk ved saker som tar lang tid i rettsapparatet. Det er også mulig at saker i slutten av perioden, som ikke var rettskraftig avgjort, er annerledes enn saker fra resten av perioden.

Så langt det har vært mulig innen utvalgets tidsfrister, har det vært forsøkt å finne mest mulig sammenlignbare tall, for å se om gjerningspersonene er annerledes enn andre grupper personer. For eksempel sammenlignes gjerningspersonene med befolkningen ellers, med tidligere innsatte i norske

fengsler, med tidligere grupper av gjerningspersoner som har utøvet drap undersøkt i norske og internasjonale undersøkelser, og så videre. Utvalget minner om at det sjelden er direkte sammenlignbare tall på tvers av undersøkelser. Det benyttes som oftest forskjellige metoder, og det kan være ulike svakheter og skjevheter mellom undersøkelsene. Som et eksempel kan det nevnes at i en del befolkningsundersøkelser er personer med alvorlige psykiske lidelser underrepresentert. Et annet eksempel er at det kan være problematisk å sammenligne funn på tvers av landegrenser på grunn av forskjeller i helsetjenester eller kulturelle forskjeller.

5.2 Antall drap i perioden

De 132 gjerningspersonene som utvalget har gått gjennom, drepte totalt 140 personer (tabell 5.1). I tillegg var det 37 ofre hvor ingen av de antatte gjerningspersonene hadde rettskraftige dommer, og for 6 ofre var det ukjent gjerningsperson. Det vil si at det i perioden døde totalt 183 personer av drap begått av andre, det vil si 34,3 drap i gjennomsnitt i året, som tilsvarer 0,74 drap per 100 000 innbyggere.

En del offentlige statistikker inkluderer bare personer drept i henhold til straffelovens § 233, forsettlig eller overlagt drap. I henhold til utvalgets gjennomgang var dette totalt 157 personer, det vil si 29,5 drap i gjennomsnitt i året i perioden som utvalget har undersøkt. Dette tilsvarer 0,64 drap per 100 000 innbyggere per år.

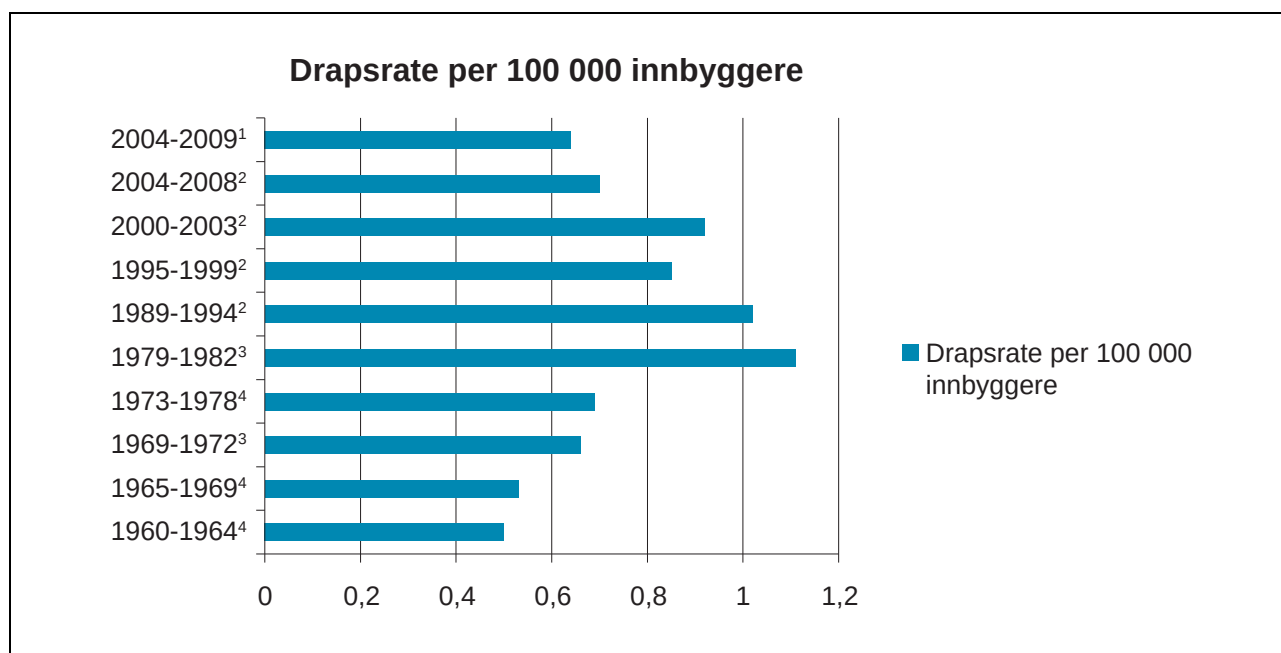
I 18 tilfeller begikk den antatte gjerningspersonen selvdrap i etterkant av hendelsen. Gjerningspersonene selv er ikke inkludert i oversikten over antall ofre.

Offentlige statistikker om drap i Norge fra SSB og Kripos tar utgangspunkt i informasjon fra politiets registre (STRASAK), og tar utgangspunkt i antall ofre for drap etter straffeloven § 233, det vil si forsettlig eller overlagt drap. Selv om det er noe forskjell når drapene registreres hos SSB og Kripos, vil de gi samme hyppighet av drap over tid.

Tabell 5.1 Oversikt over antall gjerningspersoner og antall ofre i de gjennomgåtte sakene

	1 offer	2 ofre	3 ofre
1 gjerningsperson	110 saker	8 saker	3 saker
2 gjerningspersoner	3 saker ¹		
3 gjerningspersoner	2 saker		

¹ I en sak med 2 antatte gjerningspersoner hadde foreløpig bare en gjerningsperson rettskraftig dom.



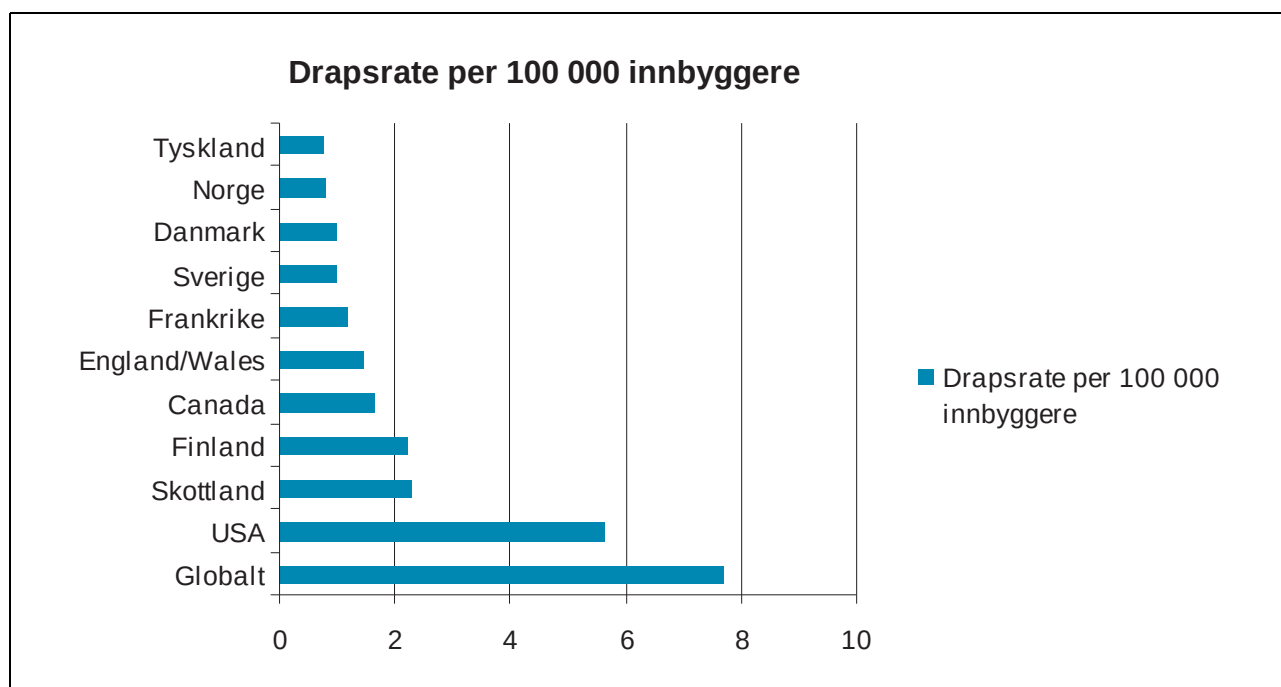
Figur 5.1 Drapsstatistikk over tid, døde per 100 000 bosatte per år

¹ I henhold til utvalgets gjennomgang, drap i henhold til str.l. § 233

² I henhold til Kripos, delt på antall 100 000 innbyggere per år. Kripos, 2008

³ I henhold til SSB, Statistisk sentralbyrå, 2004

⁴ I henhold til SSBs dødsårsaksstatistikk. Rognum, 1985



Figur 5.2 Drapsrate internasjonalt per 100 000 innbyggere

Drapsratene er i henhold til FNs internasjonale statistikk og er basert på gjennomsnittet av tilgjengelige data i perioden 2003–2008. (United Nations Office on Drugs and Crime, 2009)

Som man ser av figur 5.1, ser det ut som det har vært en nedgang i antall drap i Norge de siste 30 årene. Det er imidlertid verdt å merke seg at drapsraten var tilsvarende lav fra slutten av 1950-tallet og

frem til begynnelsen av 1970-tallet, hvor drapsratene sjelden var over 0,6 per 100 000 innbyggere.

Det kan være vanskelig å sammenligne antall drap på tvers av ulike land fordi definisjonen av

drap vil kunne variere. Det har imidlertid vært kjent i mange år at Norge har hatt lave drapsrater i forhold til andre land, inklusive de nordiske landene.¹ FN beregnet at det ble begått 490 000 drap i verden i 2004, det vil si en global drapsrate på 7,7 per 100.000 innbyggere.² De skandinaviske landene har imidlertid en lavere drapsrate (jf. figur 5.2).

5.3 Omfang av psykiske lidelser

Det var totalt 92 (71 %) av gjerningspersonene som hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse på gjerningstidspunktet, og 97 (75 %) hadde en psykisk lidelse i løpet av livet. De vanligste psykiske lidelsene på gjerningstidspunktet var rusrelaterte diagnoser (38 %), personlighetsforstyrrelser (30 %) og schizofreni/paranoid psykose (18 %). Andelen med diagnosen schizofreni eller paranoid psykose var vesentlig høyere enn det som er vanlig i befolkningen. Det var også overhyppighet av personlighetsforstyrrelser og rusrelaterte lidelser. Rusrelaterte psykiske lidelser drøftes i kapittel 7.

Utvalget har tatt utgangspunkt i fastsatte diagnoser, enten fra før hendelsen eller fra rettspsykiatrisk erklæring etter hendelsen. Utvalget har ikke overprøvd diagnostiseringen. Det vil si at man ikke har satt diagnose selv om det forelå informasjon om at personen burde hatt diagnose. Man har imidlertid godtatt grove eller unøyaktige diagnosesettinger. For eksempel har man tatt hensyn til diagnoser satt av fastleger innen diagnosesystemet ICPC-2, hvor man har et begrenset antall diagnose-

muligheter innen psykisk helse.³ Man har også inkludert diagnoser som ikke har referert seg til diagnosesystemer. Dette kan for eksempel være rettspsykiatriske erklæringer som sier at gjerningspersonen har hatt depresjon uten å spesifisere om dette er ment som diagnose eller eventuelt hvilken diagnose.

Diagnoser på gjerningstidspunktet er hovedsakelig satt i rettspsykiatriske erklæringer. Der det er satt diagnoser hos andre før hendelsen og informasjonen tilsier at de også har hatt denne sykdommen på gjerningstidspunktet, er denne informasjonen også inkludert.

Både hoveddiagnose og opptil fem bidiagnoser har blitt registrert (tabell 5.3). I tillegg har antall diagnoser blitt registrert (tabell 5.2). I tillegg har man registrert informasjon om oppstart av hoveddiagnose og når den ble diagnostisert første gang. For tre personer mangler informasjon om psykisk helse og eventuelle diagnoser.

Det er vanskelig å vite nøyaktig sammenlignbare tall for befolkningen i Norge, da det ikke eksisterer komplett statistikk over andel i befolkningen med de ulike diagnosene. Det finnes imidlertid undersøkelser som kan gi indikasjoner på noen områder. Disse undersøkelsene er oppsummert i en rapport fra Folkehelseinstituttet i 2009.⁴ Rapporten oppsummerer også tall for undersøkelser i en del andre land. Vi vil her gå gjennom de vanligste lidelsene hos gjerningspersonene (tabell 5.3). For rusrelaterte lidelser (F10-F19) henvises det til eget kapittel om det.

Det var vesentlig flere personer med schizofreni og lignende lidelser enn forventet ut fra befolkningstall. Det var totalt 20 personer (16 %) som ble vurdert til å ha schizofreni på gjernings-

1. Olaussen, 1995

2. FNs drapsstatistikk inkluderer ikke liv tatt som del av en væpnet konflikt (United Nations Office on Drugs and Crime, 2009)

3. KITH, NSAM, & Sosial- og helsedirektoratet, 2004

4. Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009

Tabell 5.2 Antall diagnoser

	På gjerningstidspunktet		I løpet av livet	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0	37	29 %	32	25 %
1	35	27 %	31	24 %
2	32	25 %	19	15 %
3	17	13 %	14	11 %
4	3	2 %	13	10 %
5	3	2 %	8	6 %
6	2	2 %	6	5 %
7 eller flere			6	5 %

Tabell 5.3 Diagnose for gjerningspersonene på gjerningstidspunktet og i løpet av livet (N = 129)

	På gjerningstidspunktet		I løpet av livet	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser (F0-F9)	3	2 %	3	2 %
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (F10-F19)	49	38 %	51	40 %
Schizofreni, schizotype og paranoide lidelser (F20-F29)	23	18 %	25	19 %
Affektive lidelser (F30-F39)	12	9 %	28	22 %
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-F49)	15	12 %	34	26 %
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59)	1	1 %	8	6 %
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F60-F69)	38	30 %	41	32 %
Psykisk utviklingshemning (F70-F79)	0	0 %	0	0 %
Utviklingsforstyrrelser (F80-F89)	3	2 %	4	3 %
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F90-F98)	10	8 %	17	13 %
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	0	0 %	2	2 %

tidspunktet, og ytterligere 3 personer hadde diagnose på paranoid psykose. Man har ingen oversikt over hvor mange som har schizofreni i Norge. En grundig finsk undersøkelse fant en forekomst av schizofreni på 1 %, mens en større metastudie av 188 forekomstundersøkelser har funnet en livstidsforekomst på 0,4 %. Andelen med gjerningspersoner med diagnosen schizofreni i utvalgets undersøkelse er høyere enn det som er funnet i de fleste undersøkelser av drap internasjonalt. En metastudie av 18 studier fra industrialiserte land viste at gjennomsnittlig ble 6 % av drapene begått av personer med diagnosen schizofreni.⁵

Samme studie viste også at det var sterk korrelasjon mellom total drapsrate i et land og drapsrate begått av personer med diagnosen schizofreni. Eller for å si det på en annen måte, jo høyere andel personer som begikk drap i et land, jo høyere andel av personer med diagnosen schizofreni begikk drap. Dette kan også tolkes som at både i land med høye drapsrater og i land med lave drapsrater ble gjennomsnittlig 6 % av drapene begått av personer med diagnosen schizofreni. Den høyere andelen med gjerningspersoner med diagnosen schizo-

freni i denne undersøkelsen sammenlignet med det som er funnet i metastudien referert ovenfor, ser ikke ut til å være statistisk tilfeldig.⁶

Når det gjelder kjønnsfordeling, alder, andel gifte, fødeland, fullførelse av videregående utdanning, arbeidssituasjon, boligsituasjon, flytting, sosialt nettverk, nære relasjoner, tidligere voldshendelser mot andre eller mot offer, eller relasjon til offer, var personene med diagnosene schizofreni eller paranoid psykose ikke signifikant forskjellige fra de som ikke hadde slik diagnose. De hadde imidlertid sjeldnere omsorg for barn (17 % vs. 40 %).⁷ De var også sjeldnere tidligere dømt (41 % vs. 67 %).⁸ Man skal huske på at undersøkelsen har få gjerningspersoner, og det kan være vanskelig å påpeke statistiske forskjeller i et slikt lite utvalg.

Det er ikke funnet undersøkelser av andel med affektive lidelser (F30-F39) i Norges befolkning, bare undergrupper av affektive lidelser. Andelen med affektive lidelser blant gjerningspersonene (22 %) er imidlertid ikke vesentlig høyere enn det

5. Large, Smith, & Nielssen, 2009

6. Kjikvadrat 57,1, $p \leq 0,0001$

7. Kjikvadrat 4,2, $p = 0,04$

8. Kjikvadrat 5,4, $p = 0,02$

befolkningsundersøkelser i utlandet har funnet (14 til 21 %).⁹ Det var ingen gjerningspersoner som hadde diagnosen bipolar lidelse på gjerningstidspunktet, og bare en person med slik diagnose gjennom livet. Det er mulig at det var flere som hadde diagnosen, men som ikke var blitt registrert som slik hos fastlegen grunnet et lite spesifisert diagnosesystem hos fastlegene.

Andelen med angstlidelser (F40-F49) i løpet av livet blant gjerningspersonene (26 %) var tilsvarende det som er funnet som livstidsforekomst av angstlidelser i befolkningen i Norge (27 %).¹⁰

Andelen med personlighetsforstyrrelser på gjerningstidspunktet er vesentlig høyere blant gjerningspersonene (30 %) enn man finner blant befolkningen i Norge generelt (6 til 13 %).¹¹ De vanligste typene personlighetsforstyrrelser var dyssosial personlighetsforstyrrelse (22 personer, 17 %), paranoid personlighetsforstyrrelse (6 personer, 5 %) og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (4 personer, 3 %). Det var fire personer som hadde symptomer tilsvarende to ulike personlighetsforstyrrelser på gjerningstidspunktet. Selv om andelen med personlighetsforstyrrelser var større enn befolkningen generelt, var den mindre enn man har funnet i internasjonale studier av innsatte i fengsler. En metastudie har for eksempel funnet at 47 % av de mannlige innsatte har dyssosial personlighetsforstyrrelse.¹²

Den hyppigste diagnosen innen F90-F98 var hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), hvor seks personer (5 %) hadde slik diagnose på gjerningstidspunktet, og 9 personer (7 %) i løpet av livet. Dette er mindre enn man har funnet for eksempel blant menn i fengsler (23 %). Samtidig er forekomsten tilnærmet lik den som er funnet blant et representativt utvalg av voksne i USA (4 %).¹³

I 48 av 87 kjente tilfeller (55 %) ble hoveddiagnose på gjerningstidspunktet først satt i etterkant av hendelsen. Dette var i 17 tilfeller rusrelatert diagnose, i 12 tilfeller schizofreni, i ni tilfeller personlighetsforstyrrelse og i fem tilfeller diagnose innen angstområdet. I gjennomsnitt ble hoveddiagnose satt 2,5 år (standardavvik = 4,5 år) før hendelsen, mens anslått tidspunkt for oppstart av symptomene var i gjennomsnitt 9,9 år (standardavvik = 8,0 år) før hendelsen.

Hoveddiagnose i løpet av livet ble i 31 av 91 kjente tilfeller (34 %) satt først etter gjerningstidspunktet. I gjennomsnitt ble diagnosen satt 4,4 år

(standardavvik = 6,0 år) før hendelsen, mens anslått tidspunkt for oppstart av symptomene var i gjennomsnitt 11,6 år (standardavvik 9,3 år) før hendelsen.

5.4 Demografisk informasjon

5.4.1 Kjønn

Det var i perioden 13 kvinnelige gjerningspersoner (10 %) og 119 menn (90 %). Selv om det bare var en kvinne som ikke hadde en psykisk lidelse på gjerningstidspunktet, var det ikke signifikant forskjell i kjønnsfordeling mellom de med og de uten psykisk lidelse på gjerningstidspunktet.

Det ser ut til å være en mindre andel av kvinner blant gjerningspersoner for drap enn blant siktede for brudd på andre straffelovsbestemmelser i Norge (15 %) eller blant innsatte i fengsel internasjonalt (19 %).¹⁴ Andelen kvinner er imidlertid ikke vesentlig forskjellig fra tidligere undersøkelser i Norge (7 %) eller internasjonale undersøkelser i for eksempel England/Wales (10 %) av drap.¹⁵

5.4.2 Alder

Alder på gjerningspersonene på gjerningstidspunktet varierte fra 15 til 86 år, med et gjennomsnitt på 36 år (standardavvik = 12 år) og median på 35 år. De aller fleste (90 %) var under 50 år gamle på gjerningstidspunktet. Det var ingen forskjell i gjennomsnittlig alder mellom de med og de uten psykisk lidelse på gjerningstidspunktet. Figur 5.3 viser aldersspredningen mer i detalj.

Sammenlignet med den store gjennomgangen av tilregnelige gjerningspersoner av Bødal og Fridhov for perioden 1980–1989 har man i denne gjennomgangen funnet en større andel gjerningspersoner i aldersgruppen 36 til 45 år, og man har dermed en noe høyere gjennomsnittsalder enn de fant i sin undersøkelse (31 år). Det er små forskjeller i alderssammensetning i forhold til undersøkelsen foretatt av Rognum for perioden 1979–1983 (median alder 36 år) og av Christensen for perioden 1930–1954 (34 år). Internasjonalt har man funnet noe lavere alder på drapspersoner. I England/Wales fant man nylig en median alder på 27 år, mens en undersøkelse i Danmark for perioden 1959–1983 fant en median alder på cirka 30 år.¹⁶

9. Mykletun mfl, 2009

10. Mykletun mfl, 2009

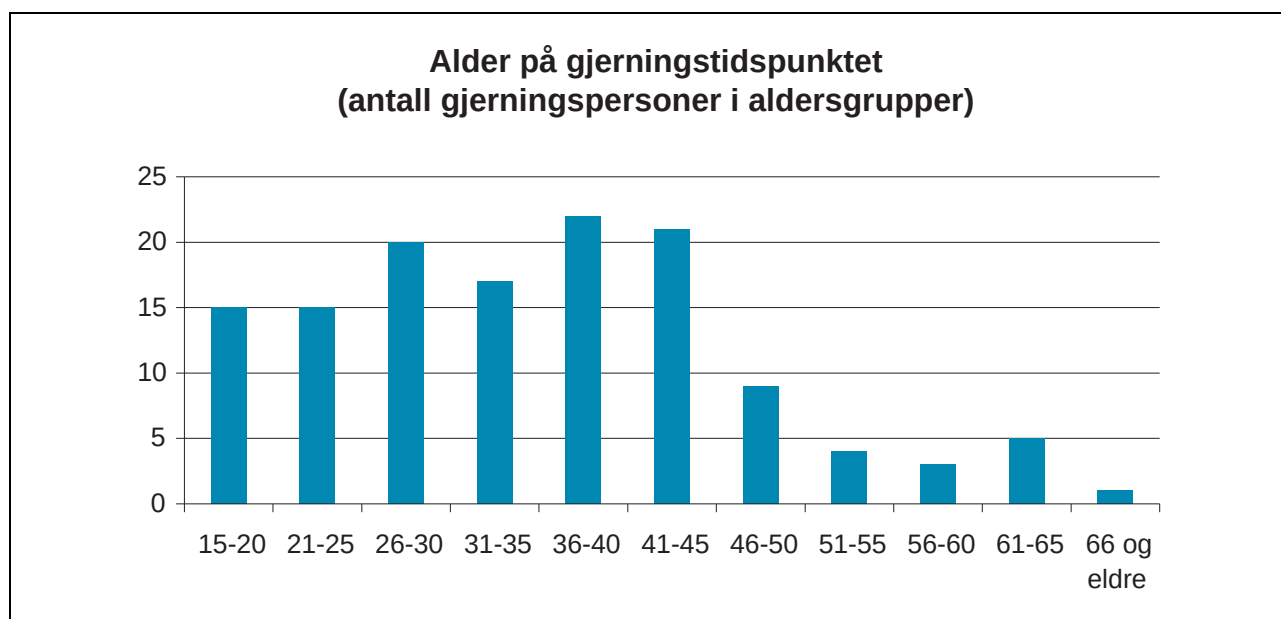
11. Mykletun mfl, 2009

12. Fazel & Danesh, 2002

13. Friestad & Skog Hansen, 2004; Kessler mfl, 2006

14. Fazel & Danesh, 2002; Statistisk sentralbyrå, 2009a

15. Bødal & Fridhov, 1995; Rognum, 1985; The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006



Figur 5.3 Gjerningspersoners alder på gjerningstidspunktet

5.4.3 Sivilstand

I 115 tilfeller var sivilstand på gjerningstidspunktet kjent (tabell 5.4). Gjerningspersonene var generelt oftere ugift eller skilt, og sjeldnere gift, enn befolkningen i Norge ellers. Andel gifte var tilnærmet lik det som er funnet blant personer innsatt i norske fengsler, mens andelen samboende var noe lavere enn det som er funnet blant innsatte (4 % vs. 19 %).¹⁷ Blant gjerningspersonene var det vesentlig færre av personene med psykisk lidelse på gjerningstidspunktet som var gift eller samboer på gjerningstidspunktet (11 personer, dvs. 13 %) enn av personene uten psykisk lidelse (10 personer,

dvs. 32 %).¹⁸ En større undersøkelse i England/Wales fant ikke en slik forskjell mellom de med og de uten psykisk lidelse i andel gifte. I England/Wales har de også funnet en høyere andel som er gift (42 %), men det er usikkert om det er begrunnet i metodiske eller samfunnsmessige forskjeller mellom Norge og Storbritannia.¹⁹

5.4.4 Fødeland

Det var totalt 97 (74 %) gjerningspersoner som var født i Norge, mens 35 (27 %) var født i andre land. I Norge generelt var det 10 % av befolkningen som var født utenfor Norge per 1.1.2010.²⁰ De uten-

16. Bødal & Fridhov, 1995; R. Christensen, 1956; Gottlieb, Gabrielsen, & Kramp, 1987; Rognum, 1985; The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

17. Friestad & Skog Hansen, 2004

18. Kji-kvadrat 5,3, $p = 0,02$

19. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

20. Statistisk sentralbyrå, 2009c

Tabell 5.4 Sivilstand på gjerningstidspunktet

	Antall	Prosent	Befolkning ¹
Ugift	70	61 %	50 %
Skilt/separert	18	16 %	9 %
Gift	19	17 %	36 %
Samboer	4	4 %	
Enke/enkemann	4	4 %	5 %
Totalt med kjent sivilstatus	115	100 %	

¹ Sivilstand i Norges befolkning. Offentlig statistikk inkluderer samboere blant ugifte. (Statistisk sentralbyrå, 2009b)

landsfødte gjerningspersonene kom fra i alt 21 forskjellige land. Fra land utenfor Norge var det på det meste fire personer med samme opphavsland.

Det var 106 personer (80 %) som hadde norsk statsborgerskap. Dette er en mindre andel enn i befolkningen generelt (94 %). Det er også en noe mindre andel enn dem som ble siktet for voldskriminalitet i 2005 (86 %).²¹

Det var en vesentlig større andel med personer født i Norge blant personer med psykisk lidelse (75 personer, dvs. 82 %) enn blant personene uten psykisk lidelse (21 personer, dvs. 57 %) på gjerningstidspunktet.²²

5.4.5 Utdannelse, yrkesstatus og boligsituasjon

Utdannelse på gjerningstidspunktet var kjent for 111 av gjerningspersonene (figur 5.4).

Gjerningspersonene hadde generelt et vesentlig lavere utdannelsesnivå enn befolkningen generelt. Mens det er 30 % i befolkningen som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning, var andelen blant gjerningspersonene 64 %. Dette inkluderte 6 % som ikke hadde fullført grunnskole, 32 % med bare grunnskole, og 28 % som hadde påbegynt, men ikke fullført videregående skole. Tilsvarende var det bare 12 % av gjerningspersonene som hadde fullført to år eller mer med høyere

utdanning, mens tilsvarende tall for befolkningen er 27 %.²³

Det var ingen forskjell i antall personer med fullført videregående utdanning blant de med og de uten psykisk lidelse på gjerningstidspunktet.

Det var få av gjerningspersonene som var selsatt (34 %) i forhold til resten av befolkningen (72 % i 2008) (tabell 5.5).²⁴ Det var imidlertid cirka like mange som var i lønnet arbeid på gjerningstidspunktet (28 %) som man har funnet blant personer som blir fengslet for andre forbrytelser (31 %).²⁵

Det var en vesentlig mindre andel av personene med psykisk lidelse på gjerningstidspunktet som var i arbeid eller studerte (24 personer, dvs. 27 %) enn blant personene uten psykisk lidelse (17 personer, dvs. 53 %).²⁶ Det ble ikke funnet slik forskjell i yrkesstatus mellom de med og de uten psykisk lidelse i England/Wales.²⁷

Også når det gjelder boligforhold, har gjerningspersonene en mindre stabil situasjon enn befolkningen ellers (tabell 5.6). Mens 27 % av gjerningspersonene bodde i eiet bolig, var tilsvarende tall i 2007 for befolkningen i Norge 81 %.²⁸ Andelen bostedsløse (9 %) var noe høyere enn det som er funnet i drapsundersøkelse i England/Wales (3 %)

21. Statistisk sentralbyrå, 2009a, 2009b

22. Kji-kvadrat 8,5, $p = 0,004$

23. Statistisk sentralbyrå, 2009d

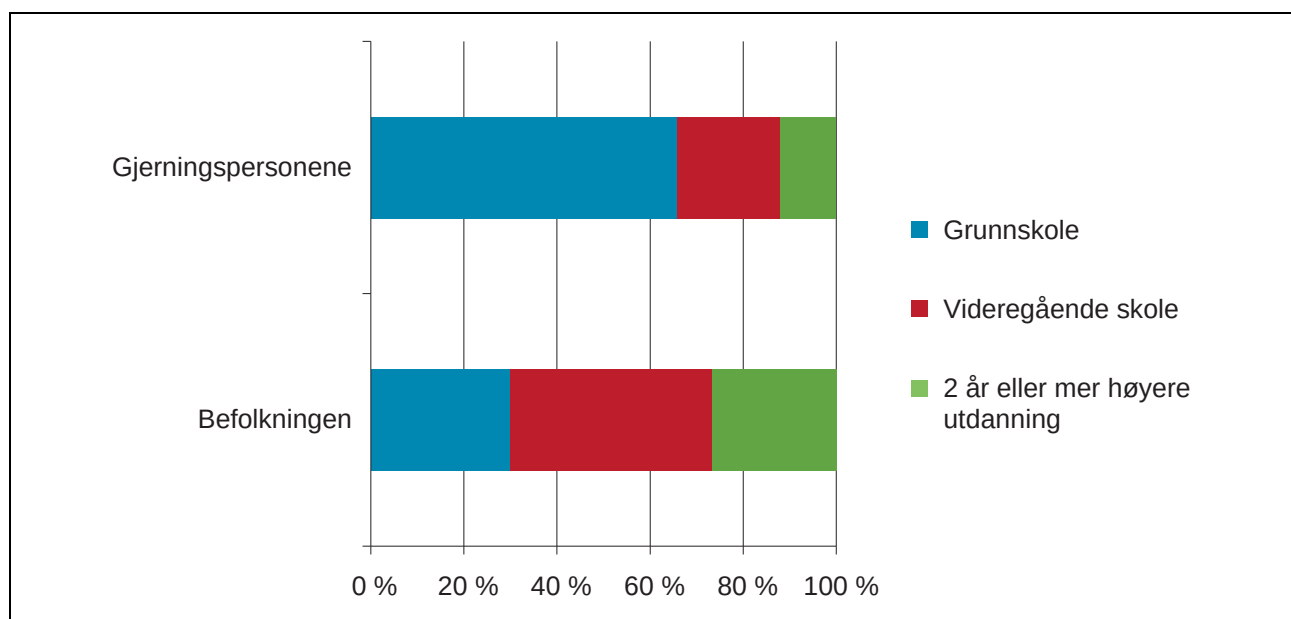
24. Statistisk sentralbyrå, 2010

25. Friestad & Skog Hansen, 2004

26. Kji-kvadrat 7,4, $p = 0,006$

27. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

28. Statistisk sentralbyrå, 2008a



Figur 5.4 Lengste fullførte utdanning på gjerningstidspunktet, gjerningspersoner og befolkningen

Tabell 5.5 Yrkesstatus på gjerningstidspunktet

	Antall	Prosent
Fast arbeid (hel eller deltid)	26	21 %
Midlertidig arbeid	8	7 %
Arbeidssøkende	4	3 %
Arbeidsløs, og ikke arbeids-søkende	22	18 %
Uførepensjonert/alders-pensjonert	21	17 %
Sykmeldt, attføring, rehabilite-ring	22	18 %
Student	8	7 %
Annet	13	11 %
Totalt	124	100 %

og blant innsatte i Norge (1 %), men dette kan være tilfeldig grunnet små tall.²⁹

Det var ingen vesentlig forskjell mellom personer med og uten psykisk lidelse på gjerningstidspunktet når det gjelder andel med fast bolig.

Det var totalt 53 (57 %) gjerningspersoner som ikke hadde flyttet siste året, 27 (29 %) hadde flyttet innen kommunen/bydelen, mens 13 (14 %) gjerningspersoner hadde flyttet til annen kommune/bydel de siste 12 månedene før hendelsen. Det betyr at det er en noe større andel som ikke hadde flyttet siste året før hendelsen enn det man har funnet blant innsatte i Norge (33 %).³⁰

Tabell 5.6 Type bolig på gjerningstidspunktet

	Antall	Prosent
Eiet bolig	28	27 %
Leid bolig	30	29 %
Egen bolig betalt av det offentlige (trygdebolig, kommunal bolig osv.)	9	9 %
Hos venner/kjæreste/annen familie	14	14 %
Hospits/hybelhus/fengsel/institusjon	11	11 %
Bostedsløs	9	9 %
Annet	2	2 %
Totalt	103	100 %

29. Friestad & Skog Hansen, 2004; The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

5.4.6 Relasjoner på gjerningstidspunktet

De fleste hadde ikke barn på gjerningstidspunktet (n = 82, 65 %). Det var 45 (35 %) som hadde barn, inklusive 14 (11 %) gjerningspersoner som hadde omsorg for barn under fem år på gjerningstidspunktet. Andelen som hadde barn, er lavere enn det som er funnet blant innsatte i norske fengsler (55 %). Det var ingen vesentlige forskjeller mellom personer med og uten psykisk lidelse i andel som hadde omsorg for barn.

De aller fleste hadde nære relasjoner (n = 104, 90 %) til noen på gjerningstidspunktet, mens noen få ikke hadde slike nære relasjoner (n = 11, 10 %). Dette kunne være kjæreste, barn, foreldre eller andre familiemedlemmer. Det var også svært få hvor det kom frem at personen ikke hadde venner (n = 8, 7 %), mens de fleste hadde noen (n = 94, 83 %) eller mange venner (n = 11, 11 %). Det var ingen vesentlig forskjell mellom personer med og uten psykisk lidelse når det gjaldt hvor stor andel som hadde nære relasjoner eller venner på gjerningstidspunktet.

5.5 Tidligere historie av vold og kriminalitet

Tidligere historie av vold er ved siden av alder og kjønn funnet å være den viktigste prediktor for fremtidig vold.³¹ Det er derfor ikke overraskende at gjerningspersonene ofte har en historie med tidligere vold og kriminalitet.

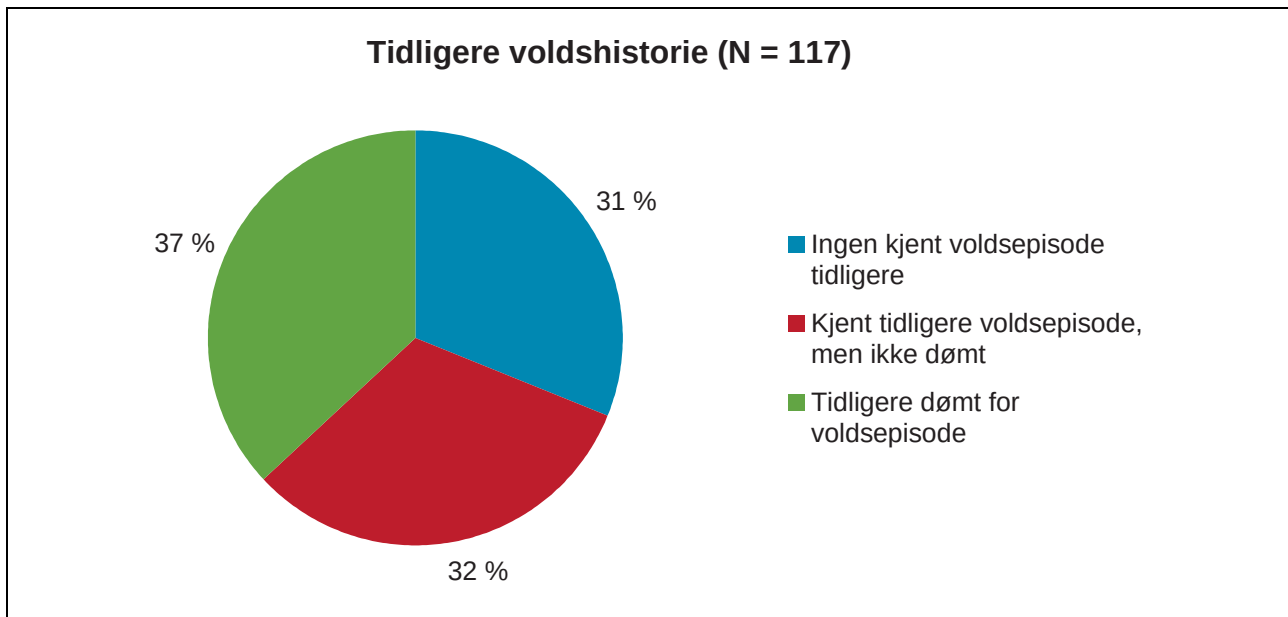
For 117 av gjerningspersonene var eventuell tidligere voldshistorie kjent. Cirka en tredjedel hadde ikke tidligere voldshistorie, mens cirka en tredjedel var dømt for voldsepisode før hendelsen (figur 5.5).

I 79 av 110 kjente tilfeller (72 %) indikerte informasjonen at det ikke hadde vært kjent voldshistorie mot drapsofferet fra gjerningspersonen, mens det i 31 tilfeller (28 %) hadde vært tidligere voldsepisoder mot offeret fra gjerningspersonen. Dette inkluderte tre tilfeller der gjerningspersonen var tidligere dømt for vold mot offeret.

I 34 av 87 kjente tilfeller (39 %) indikerte informasjonen at det ikke hadde vært kjent truslepisoder fra gjerningspersonen, mens det i 53 tilfeller (61 %) var kjent at gjerningspersonen hadde kommet med trusler. Dette inkluderte 19 gjerningspersoner som var tidligere dømt i forbindelse med truslepisoder. I 67 av 96 kjente tilfeller (70 %)

30. Friestad & Skog Hansen, 2004

31. Elbogen & Johnson, 2009



Figur 5.5 Tidligere voldshistorie (N = 117)

indikerte informasjonen at det ikke hadde vært trusler fra gjerningspersonen mot offeret, mens det i 29 tilfeller (30 %) hadde forekommet slike trusler mot offeret. To av disse var tidligere dømt for slike trusler.

I 11 av 93 kjente tilfeller (8 %) hadde gjerningspersonene tidligere hatt episoder hvor de hadde vært voldelige mens de var psykotiske. Fem av disse hadde hatt slike episoder mer enn en gang tidligere.

Det var 75 personer (62 %) som var dømt for noe tidligere (tabell 5.7). Dette inkluderte 15 personer som bare hadde vært bøtelagt, 16 personer som hadde fengselsdommer uten dommer vedrørende vold, og 44 personer (36 %) som hadde fengselsdommer for voldelig kriminalitet. Halvparten av de 43 personene som man hadde kjennskap til

når sist de var i fengsel, hadde kommet ut av fengsel i løpet av de siste to årene, og 28 % hadde kommet ut det siste året. Fire gjerningspersoner var under soning samme dag som hendelsen. De fleste som hadde tidligere fengselsdommer, hadde en (30 %) eller to (22 %) tidligere dommer, men det var også seks personer som hadde 10 eller flere fengselsdommer bak seg.

Utvalget har ikke funnet statistikk som sier hvor mange av den generelle befolkningen som har vært dømt eller har utøvet vold. Det synes imidlertid klart at det er en kraftig overrepresentasjon av tidligere dommer og voldsutøvelse blant gjerningspersonene. Kriminalstatistikken i Norge sier for eksempel at det er cirka 90 straffereaksjoner per 1000 innbyggere i befolkningen per år, hvorav de fleste er forelegg. Det er under seks

Tabell 5.7 Domshistorie til gjerningspersonene før hendelsen

	Ikke tidligere dømt	Tidligere dømt	Prosent tidligere dømt
Legemiddelovens §§ 23 eller 24 (rusrelatert)	89	28	24 %
Alkoholoven, hele loven (rusrelatert)	98	9	8 %
Vegtrafikkloven § 22, første ledd/§ 31 (promillekjøring)	74	40	35 %
Straffeloven § 228 (vold)	89	31	26 %
Straffeloven § 229 (vold)	99	19	16 %
Straffeloven § 233 (drap)	124	2	2 %
Dømt for våpenbruk (uavhengig av paragraf)	98	16	14 %
Noen gang dømt for noe forhold	46	75	62 %

dommer per 1000 innbyggere per år og under tre ubetingede fengselsdommer per 1000 innbyggere per år. Det er også cirka en person per 1000 innbyggere som får straffereaksjon for voldsforbrytelse per år.³²

Andelen som var dømt for noe annet før hendelsen (62 %), tilsvarer hva Bødal og Fridhov fant i sin gjennomgang (67 %), og det er tilnærmet samme fordeling av antall tidligere dommer som de fant.³³ Det var også tilnærmet lik andel som hadde tidligere dom for vold eller trusler i begge undersøkelsene.

Gjerningspersoner med psykisk lidelse på gjerningstidspunktet hadde vesentlig oftere utøvet vold tidligere (79 %) enn personer uten psykisk lidelse (41 %).³⁴ Det var også en tendens til at personer med psykisk lidelse på gjerningstidspunktet oftere var tidligere dømt (67 %) enn personer uten psykisk lidelse (50 %), men forskjellen var ikke statistisk signifikant. Tilsvarende tendens forelå når det gjaldt tidligere utøvelse av vold fra gjerningspersonen mot offeret, men igjen uten at forskjellen var statistisk signifikant. En undersøkelse i England/Wales har funnet det motsatte, hvor de fant at personer med mentale helseproblemer på gjerningstidspunktet sjeldnere hadde tidligere dommer for vold (23 %) enn personer uten psykisk helseproblemer (40 %).³⁵ Forskjellen mellom funnene i Norge og England kan være begrunnet i forskjeller i definisjon av psykisk lidelse, hvor England, i disse analysene, har benyttet en snevrere definisjon av psykisk lidelse.

5.6 Offer

Tallene som presenteres her, er for de 140 ofrene i forbindelse med de 132 gjerningspersonene som utvalget har undersøkt. Gjerningspersonenes selv-mord inkluderes som nevnt ikke i tallene.

Av de 140 ofrene var 73 personer menn (52 %) og 67 kvinner (48 %). Det var 15 barn (11 %), hvorav ett barn på ett år. Dette er en større andel barn enn det som er funnet i en tidligere norsk undersøkelse av drap. Det var 46 (34 %) av ofrene som var mellom 18 og 35, mens 76 var 35 år eller eldre (55 %). Det var 23 av ofrene (17 %) som var unge menn mellom 18 og 35 år. Dette er svært forskjellig fra England/Wales, hvor de har funnet at 55 % av ofrene var unge menn under 35.³⁶

Tabell 5.8 Ofrenes tilknytning til minst en av gjerningspersonene (N = 140)

	Antall	Prosent
Foreldre av gjerningspersonen	13	9 %
Barn av gjerningspersonen	14	10 %
Ektefelle/registrert partner	15	11 %
Samboer	7	5 %
Tidligere ektefelle/registrert partner	10	7 %
Søsken	5	4 %
Annen familie	5	4 %
Venner, bekjente	55	39 %
Fremmed, tilfeldig interaksjon	12	9 %
Fremmed, ingen interaksjon	4	3 %

Det var totalt 69 av ofrene (49 %) som hadde eller hadde hatt familietilknytning til gjerningspersonen (tabell 5.8). Dette er en høyere andel enn det som tidligere er blitt funnet blant tilregnelige gjerningspersoner i Norge av Bødal og Fridhov (cirka 20 %).

Det var totalt 16 personer (11 %) som ble offer uten å ha kjent gjerningspersonen før hendelsen, hvorav fire personer ble drept uten at det var noen interaksjon mellom offer og gjerningsperson før drapet. Andelen av ofre som ikke kjente gjerningspersonen før hendelsen, er lavere enn det som er funnet i England/Wales (20 %), og det som er funnet i en tidligere norsk undersøkelse (20 %).³⁷

Av de totalt 132 gjerningspersonene var det 57 (43 %) som bare drepte familiemedlem (inklusive tidligere partner). Tilsvarende mange (43 %) drepte venner/bekjente, men ikke fremmede, mens 18 gjerningspersoner (14 %) drepte fremmede. Personer med psykisk lidelse på gjerningstidspunktet drepte ikke oftere fremmede enn personer uten psykisk lidelse (figur 5.6). Det var fem personer med schizofreni eller paranoid psykose (22 %) som drepte fremmede, men det var ikke signifikant oftere enn andre gjerningspersoner. I England/Wales fant de imidlertid at personer med psykisk lidelse sjeldnere drepte fremmede enn personer uten psykisk lidelse (7 % vs. 16 %, $p < 0,01$).³⁸

32. Statistisk sentralbyrå, 2009a

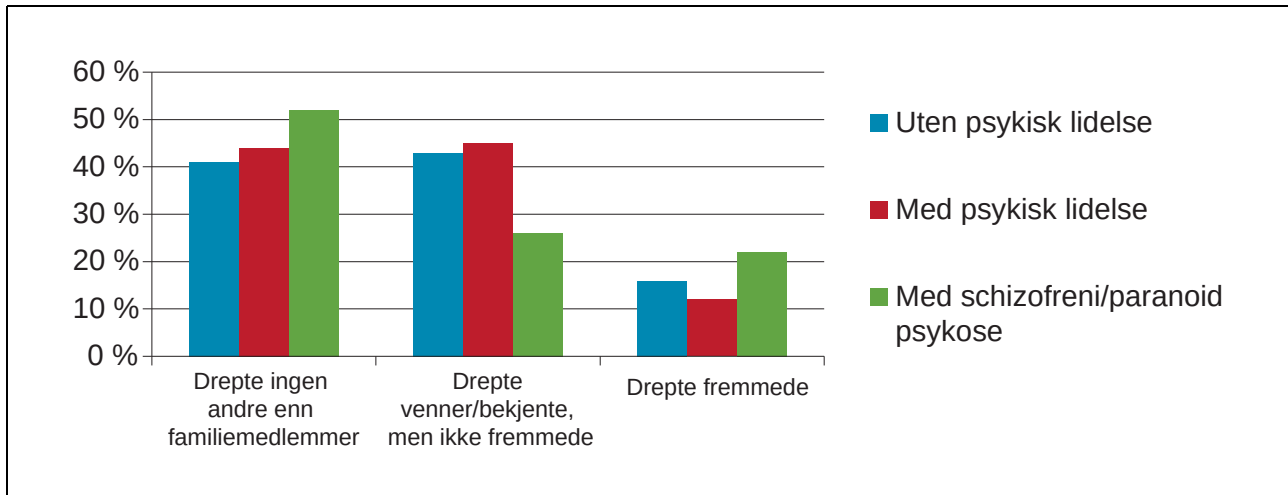
33. Bødal & Fridhov, 1995

34. Kji-kvadrat 14,9, $p \leq 0,001$

35. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

36. Bødal & Fridhov, 1995; The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

37. Bødal & Fridhov, 1995; The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006



Figur 5.6 Gjerningspersonenes tilknytning til ofre fordelt på gjerningspersoner uten psykisk lidelse, med psykisk lidelse og schizofreni/paranoid psykose på gjerningstidspunktet

N = 129, det var ingen signifikant forskjell mellom gjerningspersoner med og uten psykisk lidelse eller med og uten schizofreni/paranoid psykose på gjerningstidspunktet

5.7 Drapsmetode og motiv

Drapsmetoder er kjent for 137 av ofrene (tabell 5.9). Den vanligste drapsmetoden var å drepe med kniv. Det var ingen vesentlig forskjell mellom gjerningspersoner med og uten psykisk lidelse på gjerningstidspunktet når det gjaldt drapsmetode.

Andelen av drapene som ble begått med kniv, tilsvarer det som er funnet i tidligere undersøkelser i Norge og England/Wales. Tilsvarende det som er funnet i England/Wales, benyttet flertallet av personer med schizofreni eller paranoid psy-

kose kniv som drapsvåpen (14 gjerningspersoner, 64 %). Andelen som ble drept med skytevåpen (17 %), er lavere enn det Bødal og Fridhov fant for perioden 1980–1989 (35 %), men er høyere enn det som er funnet i England/Wales (7 %).³⁹

Utvalget har vurdert hva som var gjerningspersonens hovedmotiv for drapet. I den anledning er det viktig å huske på at motiv ikke er det samme som årsak. Motiv er ofte et juridisk begrep, hvor man vurderer blant annet økonomiske eller følelsesmessige begrunnelser til gjerningen. Man tar sjelden hensyn til andre årsaksfaktorer når man drøfter motiv, for eksempel alder, kjønn, genetiske faktorer, tidligere opplevelser, tidligere voldsepisoder, kulturelle eller geografiske forskjeller osv. Det vil si at motiv sjelden inkluderer årsaksfaktorer som medvirker mer indirekte enn det som åpenlyst kommer frem i beskrivelsen av hendelsen. Tolkningen av hva som er gjerningspersonenes motiv, er subjektiv og vil kunne være påvirket av tolkerens teorier om årsakssammenhenger. Dette er muligens årsaken til at utvalget har funnet lite ny forskning som sier noe om gjerningspersoners motiv.

Vanligste motiv var fyllekrangel (29 %), noe som er vesentlig høyere enn det som ble funnet av Christensen for perioden 1930–1954 (6 %).⁴⁰ Til gjengjeld var sjalusi sjeldnere motiv nå (19 %) enn det som ble funnet av Christensen (32 %). Det var

Tabell 5.9 Drapsmetode fordelt på antall ofre (N = 137)

	Antall	Prosent
Kniv	46	34 %
Øks	5	4 %
Andre skarpe instrumenter	5	4 %
Stump gjenstand	10	7 %
Slag eller spark (fysisk makt, ubevæpnet slagsmål)	20	15 %
Kvelning/hengning	20	15 %
Skyting	23	17 %
Brann	4	3 %
Andre	4	3 %

38. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

39. Bødal & Fridhov, 1995; The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

40. Christensen, 1956

Tabell 5.10 Gjerningspersonenes hovedmotiv

	Antall	Prosent
Sjalousi eller reaksjoner på at samlivspartner vil bort	24	19 %
Andre familiekonflikter	11	9 %
Ønske om å skjule annen forbrytelse	1	1 %
Fyllekrangel	37	29 %
Drap i narkotikarus (ikke fyllekrangel)	6	5 %
Kortslutningstilstand i affekt, andre affekt-/impulshandlinger (uten alkoholrus)	8	6 %
Økonomisk motiv/rovnmord	7	5 %
Drap relatert til gjengmiljøer og narkotikaomsetning	5	4 %
Vrangforestillinger av depressiv natur	5	4 %
Vrangforestillinger av paranoid eller hallusinatorisk natur	16	12 %
Normalpsykologisk uforståelig	3	2 %
Andre motiver	7	5 %

Note: Hvis det var flere hovedmotiver som virket like viktige, har man valgt motivet som står høyest på listen.

også færre som drepte for å skjule annen forbrytelse (1 %) enn det Christensen fant (8 %).

5.8 Drap kombinert med selvdrap

Det var totalt 18 gjerningspersoner som også drepte seg selv (14 %). Andelen som begikk både drap og selvdrap, var høyere enn det som er funnet i England/Wales (4 %), mens raten i forhold til befolkningen (0,07 per 100 000) er tilsvarende det som har blitt funnet der (0,06 per 100 000 innbyggere).⁴¹ Av dem som drepte seg selv i etterkant, drepte 16 seg samme dag som hendelsen og 2 i etterkant av hendelsen (inntil 5 måneder etter hendelsen).

Det var ingen vesentlig forskjell i kjønnsfordeling (4 kvinner, 14 menn) eller sivilstand mellom personer som begikk selvdrap og de andre gjerningspersonene. Tilsvarende det som er funnet i

England/Wales, var de som begikk drap og selvdrap vesentlig eldre (gjennomsnitt 44 år, standardavvik 12 år) enn de andre gjerningspersonene (gjennomsnitt 35 år, standardavvik 12 år).⁴² Gjerningspersoner som begikk selvdrap, hadde hyppigere omsorg for barn (60 %) enn andre gjerningspersoner (32 %).⁴³ Gjerningspersoner som begikk selvdrap, begikk drap bare av familiemedlemmer (83 %) eller venner/bekjente (17 %). Dette var en vesentlig forskjell i forhold til de andre gjerningspersonene.⁴⁴ Ofrene var en forelder, 10 sønner/døtre, seks ektefeller, en samboer, tre tidligere ektefeller/samboere og tre venner/bekjente. I England/Wales har man funnet høyere andel med nåværende eller tidligere ektefelle/partner (65 %) og lavere andel med sønner/døtre (19 %).⁴⁵

De vanligste drapsmetodene var kniv (seks ofre), kveling/henging (seks ofre) og skyting (fem ofre), noe som ligner funn fra England/Wales.⁴⁶

Gjerningspersonene som begikk selvdrap, hadde i henhold til tilgjengelig informasjon sjeldnere en psykisk lidelse på gjerningstidspunktet enn andre gjerningspersoner.⁴⁷ For to av personene som begikk kombinert drap og selvdrap, er sykdomshistorien ukjent. Av de resterende var det ni personer som ikke hadde psykisk lidelse på gjerningstidspunktet, to personer hadde rusrelaterte lidelser, en person hadde psykisk lidelse i schizofrenispekteret, og fire hadde affektive lidelser. Det er mulig at personene som begikk selvdrap, hadde flere psykiske lidelser enn det som fremkommer i det tilgjengelige materialet. I disse tilfellene kunne det ikke innledes straffeforfølgning idet gjerningspersonen var avgått ved døden. Det forlås således heller ingen rettspsykiatrisk undersøkelse.

5.9 Reaksjoner

Ved uttrekket fra Politidirektoratets register STRASAK ble det benyttet koder som sakene var registrert med i registeret som utvelgelseskriterium. Mens Kripos' drapsstatistikk bare inkluderer personer som blir registrert og dømt for drap i henhold til straffeloven § 233, har utvalget hatt en mer utvidet definisjon av drap. De fleste gjerningspersonene var imidlertid likevel registrert i STRASAK med kode for drap (tabell 5.11). Utvalget har ikke etterkontrollert alle sakene med hensyn på om

41. Flynn mfl, 2009; The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

42. T-verdi 3,3, $p \leq 0,001$

43. Kji-kvadrat 4,4, $p = 0,4$

44. Kji-kvadrat 13,8, $p \leq 0,001$

45. Flynn mfl, 2009

46. Flynn mfl, 2009

47. Kji-kvadrat 6,7, $p = 0,01$

Tabell 5.11 Gjerningspersoner fordelt på registrering i politiregisteret STRASAK

	Antall	Prosent
Drap iht. § 233 (kode 1708)	108	82 %
Legemsbeskadigelse med døden til følge iht. § 229, tredje straffealternativ (kode 1714)	18	14 %
Grov legemsbeskadigelse iht. § 231 (kode 1706)	1	1 %
Hensette i hjelpeløs tilstand iht. § 242 (kode 1718)	2	2 %
Ran/utpressing (kode 2599, diversekode)	2	2 %
Forsettlig brann med fare for liv eller utstrakt ødeleggelse iht. § 148 (kode 701)	1	1 %

Tabell 5.12 Reaksjoner

	Antall	Prosent	Gj.sn. lengde ¹	Fra – til lengde
Fengsel uten forvaring	78	59 %	9,7 år	0,2 – 21 år
Forvaring	11	8 %	15 år	8 – 21 år
Overføring til tvungent psykisk helsevern	22	17 %		
Henlagt fordi mistenkte har tatt eget liv	18	14 %		
Andre reaksjoner eller henlegelsesgrunner	3	2 %		

¹ Dette er gjennomsnittlig idømt ubetinget fengselsstraff. I tillegg ble 4 personer idømt betinget fengsel fra 1 til 4 år (gjennomsnittlig 2 år, med 1 ½ år i standardavvik). Standardavvik for ubetinget fengsel var 5,0 år, mens standardavviket for forvaring var 3,9 år.

registreringen i STRASAK var korrekt, unntatt med hensyn på om det faktisk var dødsfølge.

De fleste ble naturlig nok dømt til fengsel med eller uten forvaring (tabell 5.12). Av totalt 22 gjerningspersoner som ble dømt til overføring til tvungent psykisk helsevern, hadde 21 diagnose innen schizofrenispekteret (F20-F29) på gjerningstidspunktet. Av de 11 forvaringsdømte var de hyppigste lidelsene personlighetsforstyrrelser (ni personer) og rusrelaterte lidelser (seks personer), mens bare en person ikke hadde psykisk lidelse på gjerningstidspunktet.

5.10 Oppsummering

Hovedkonklusjonen fra gjennomgangen er at det skjer få drap i Norge sammenlignet med andre land. Det ser også ut som det har vært en nedgang i antall drap de siste årene. Som resultatene indikerer, er det ikke mulig å enkelt beskrive hvem som tar andre personers liv. Gjerningspersonene ser ut til å være like forskjellige som resten av befolkningen. Det er imidlertid mulig å si noe om generelle

forskjeller mellom hele gruppen av gjerningspersoner versus hele befolkningen ellers. Vi ser da de samme trekkene i denne undersøkelsen som man finner i andre undersøkelser av drap både i Norge og internasjonalt. Gjerningspersonene er oftere menn i alderen 17 til 45 år. De har i gjennomsnitt lavere utdannelse og har sjeldnere arbeid. De er oftere ugift og har oftere en ustabil boligsituasjon. De er oftere tidligere dømt for noe, spesielt voldskriminalitet. Gjerningspersonene er oftere født i utlandet. De har oftere alvorlig psykisk lidelse som schizofreni. De har også oftere personlighetsforstyrrelse enn gjennomsnittet i befolkningen ellers. Det er likevel viktig å presisere at flertallet av drapene skjer av personer fra Norge og av personer uten schizofreni. Svært mange av drapene er rusrelaterte, enten ved at gjerningspersonen er ruset på gjerningstidspunktet, eller at gjerningspersonen har en rusrelatert diagnose. De fleste drapene begås av en gjerningsperson, og det er ett offer. Halvparten av ofrene er i familie med gjerningspersonen, og det er sjelden at fremmede blir drept. Vanligste drapsmetode er med kniv.

Kapittel 6

Sammenhenger mellom psykisk lidelse og drap

6.1 Innledning

Utvalgets mandat punkt 4.1.2 sier at

«utvalget skal redegjøre for de forhold som det mener har betydning for at gjerningspersonene kom i en situasjon hvor den psykiske lidelsen, og eventuelt medfølgende rusmiddelproblematikk, medvirket til at liv ble tatt».

Mandattekten impliserer at det er ønske om en redegjørelse for forhold som har medvirket til at liv ble tatt, med spesielt fokus på psykisk lidelse.

Det er mange årsaker til at personer tar andres liv. Den skrevne dokumentasjonen i journaler og straffesaksdokumenter kan gi en god beskrivelse av hva som har skjedd i hver enkelt sak. Det vil imidlertid være tilnærmet umulig å si hva som var årsak til at hver enkelt person begikk drap. Selv om man visste nøyaktig hva som skjedde fra personen ble unnfanget til han/hun begikk et drap, ville man likevel ikke vite hvordan de ulike medfødte egenskaper og opplevelser gjennom livet har påvirket personen i retning av å bli drapsutøver. Det ligger også i sakens natur at når man undersøker noe i etterkant av en hendelse, kan man ikke vite hva som hadde skjedd dersom en eller flere omstendigheter hadde vært annerledes.

I de aller fleste undersøkelser av alvorlig voldskriminalitet og drap ligger disse problemene implisitt. Det vil si at undersøkelsene ikke sikkert kan fastslå hvordan de faktorene som blir undersøkt, påvirker hverandre. Det vil igjen si at det er vanskelig å vite hva som er årsaken til at alvorlig vold/drap begås. Litteraturen viser derfor heller til risikofaktorer enn til årsaksfaktorer. Det vil si at man heller omtaler faktorer som ofte er til stede i tilfeller der alvorlig vold skjer, enn å slå fast at disse faktorene er direkte årsak til volden.

Når man drøfter om psykisk lidelse er en risiko for vold, tar man vanligvis utgangspunkt i hvor ofte personer med psykiske lidelser utøver alvorlig vold/drap i forhold til det som er vanlig blant resten av befolkningen.

Slike tall kan imidlertid være misvisende, fordi personer med psykiske lidelser i gjennomsnitt også bærer på en økt mengde av andre risikofakto-

rer sammenlignet med befolkningen ellers. For eksempel er unge menn overrepresentert både blant personer med visse psykiske lidelser og blant personer som begår drap. Når man skal drøfte om det å ha en psykisk lidelse medfører økt risiko for å begå drap, er det naturlig at man kontrollerer for andre kjente risikofaktorer.

Utvalgets gjennomgang av 132 saker egner seg ikke for analyser med hensyn på risikofaktorer. Dette er blant annet begrunnet i at 132 er et svært lavt antall saker statistisk sett, at man går gjennom sakene i etterkant av hendelsen, og at man ikke har noen grupper å sammenligne med (å kontrollere mot). Utvalget har derfor valgt å basere kapittelet om sammenheng mellom psykisk lidelse og drap på eksisterende kunnskap innen fagfeltene og ikke på gjennomgangen av de individuelle sakene. Dette kapittelet baserer seg derfor hovedsakelig på litteraturgjennomgangen som utvalget foretok sommeren 2009, og annen litteratur som utvalget innhentet underveis i sitt arbeid.¹

6.2 Psykisk helse og drap

Det er mange undersøkelser som har vist at personer med psykiske lidelser er overrepresentert blant gjerningspersoner som har tatt liv av andre.² Personer med psykiske lidelser er imidlertid oftere enn friske også bærere av andre risikofaktorer, som at de oftere er unge menn uten arbeid og lever i områder med mye vold. Når man tar hensyn til kjente risikofaktorer utover psykisk helse, er personer med psykisk lidelse ikke lenger like overrepresentert, eller ikke overrepresentert i det hele tatt, blant gjerningspersoner.³ Når vi skal vurdere sammenhengen mellom psykisk lidelse og drap, må vi derfor også ta hensyn til faktorer utover psykiske helse.

Når vi vurderer litteraturen om forhold som kan være relatert til *drap*, er det naturlig å inklu-

1. Jf. vedlegg 3, Litteratursøk.

2. Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, & Grann, 2009; Woodward, Nursten, Williams, & Badger, 2000

3. Elbogen & Johnson, 2009; Hiday, 2006

dere litteratur om *alvorlig vold*. Det er to grunner til det. Den ene grunnen er at det ofte er tilfeldigheter som avgjør om en hendelse ender med at noen dør, om for eksempel kniven treffer et vitalt organ, eller om det er medisinsk personell i nærheten som kan redde offeret. Forholdene omkring drap og alvorlig vold vil dermed ofte være sammenfallende. Den andre grunnen er at drap er en sjelden forekommende hendelse, noe som medfører at det er vanskelig å gjøre store nok studier til at man kan si noe om forhold knyttet spesifikt til drap, og at det eksisterer vesentlig mer forskning på vold enn på drap.

På tross av at det er nedlagt mye arbeid i utvikling av verktøy for risikovurdering, er det få omfattende teoretiske eller empiriske modeller for risikofaktorer ved drap eller annen alvorlig vold. Ofte tar modellene opp noen, men ikke alle, typer av faktorer. Dette kan være begrunnet i at forskningen har vist at det er svært mange forhold som kan ha sammenheng med vold og drap. Det kan være forhold på samfunnsnivå, slik som generell mengde med kriminalitet i området gjerningspersonene bor, eller forskjeller i levestandard i samfunnet generelt.⁴ Det kan også være individuelle faktorer som tidligere historie (tidligere voldsutøvelse eller å ha vært utsatt for vold i oppveksten), kliniske forhold (ruslidelse, antisosial personlighetsforstyrrelse, spesifikke typer av schizofreni eller psykoser) og demografiske forhold (kjønn, alder, inntekt).⁵ I tillegg kommer kontekstuelle forhold som påvirker gjerningspersonen (for eksempel nylig skilsmisse, arbeidsløshet eller nylig utsatt for vold).⁶

Studier kan relativt lett finne ut om det er sammenheng mellom hver enkelt av disse risikofaktorene og mengden av vold. For eksempel er det flere studier som finner at personer med schizofreni oftere utøver vold enn andre.⁷ Når man skal tolke et slikt funn, er det imidlertid viktig å se om det er andre faktorer som forklarer hvorfor personer med schizofreni har høyere risiko for å drepe enn andre. Er det for eksempel slik at personer med schizofreni oftere er menn, og at det kan forklare deler av forskjellen? Er det for eksempel også slik at personer med schizofreni oftere har ruslidelse, og at det er medvirkende til at de oftere utøver vold? For at man skal bli sikrere på at den psy-

kiske helsen faktisk er en årsaksfaktor, må man kontrollere for flest mulige andre årsaksfaktorer, noe som imidlertid er en krevende oppgave. For hver ekstra faktor som en studie ønsker å kontrollere for, må studien økes i størrelse. Som tidligere nevnt vil man sjelden kunne finne ut om et bestemt forhold er en direkte årsaksfaktor, da dette også krever studier som følger personer over tid.

I en kunnskapsutvikling er det naturlig at studier først undersøker én faktor, mens senere studier stadig kontrollerer for flere faktorer. Når det gjelder årsaksforhold ved drap eller vold, har det de siste årene kommet flere større studier som kontrollerer for mange ulike faktorer relatert til vold. Det er fremdeles ikke utført studier om sammenhengen mellom psykisk helse og vold/drap som kontrollerer for alle kjente forhold som kan være av betydning.

Generelt viser studier at jo flere relevante faktorer man kontrollerer for, desto mindre forskjell er det mellom psykisk syke og andre når det gjelder risiko for å utøve vold.⁸ Det har også vist seg at det kan være store forskjeller avhengig av hvilke typer psykiske lidelser man undersøker.

Vi vil her drøfte kunnskapsstatus om sammenhenger mellom de vanligst undersøkte psykiske lidelsene og drap/vold.

6.2.1 Schizofreni og drap

Bare en liten andel av drap begås av personer med schizofreni. En fersk metastudie av 18 internasjonale undersøkelser fant at bare 6 % av alle drap i disse studiene var begått av personer med schizofreni.⁹ På tross av at dette har mange forskere konsentrert seg om dette temaet. Det reflekteres også i mediene, hvor drap begått av personer med schizofreni får mye omtale. Det kan skyldes at drap begått i psykose ofte kan virke uforståelige og dramatiske for omverdenen, både med hensyn til motiv og drapsmetode.

Forskningslitteraturen varierer i sine konklusjoner når det gjelder hvor stor risiko personer med schizofreni har for å utøve vold eller drap, spesielt avhengig av hvilke andre faktorer som har blitt tatt hensyn til. En metastudie av 20 internasjonale undersøkelser viser at personer med schizofreni eller psykoser kan ha cirka 5 ganger så høy risiko for å utøve vold som personer uten slike problemer.¹⁰ Samme metastudie av 5 studier viste at perso-

4. Large mfl, 2009; Wilkinson & Pickett, 2006

5. Elbogen & Johnson, 2009; Fazel, Gulati mfl, 2009; Woodward mfl, 2000; MacArthur Research Network on Mental Health and the Law, 2005

6. Elbogen & Johnson, 2009

7. Fazel, Gulati mfl, 2009; Joyal, Dubreucq, Gendron, & Milaud, 2007; Woodward mfl, 2000

8. Elbogen & Johnson, 2009; Hiday, 2006

9. Large mfl, 2009

10. Fazel, Gulati mfl, 2009

Boks 6.1 Hva er schizofreni, og hva er psykose?¹

Schizofreni er en alvorlig sinnslidelse, som innebærer at personen har langvarige (mer enn en måned) symptomer på fordreide virkelighetsoppfatninger. Dette kan være oppfattelse av at deres tanker blir påvirket, vrangforestillinger vedrørende oppfattelse eller kontroll, hørselshallusinasjoner, upassende eller urealistiske vrangforestillinger, hallusinasjoner innen flere sanser, usammenhengende tanker, kataton atferd (lite/stiv bevegelse), negative symptomer (nedsatt aktivitet, for eksempel apati, avflattede følelser) og betydelig og vedvarende endring i personlig atferd (for eksempel sosial tilbaketrekking eller interesseløshet). Det antas at cirka 1 % av befolkningen får schizofreni i løpet av livet, og at det til enhver tid er cirka 10 000 pasienter med schizofreni til behandling i Norge.

Begrepet psykose benyttes ofte som betegnelse på at en person har mistet virkelighetsoppfattelsen. Dette kan være hallusinasjoner, vrangforestillinger eller selvhenføningsforestillinger, psykomotoriske forstyrrelser (økt eller nedsatt aktivitet) og en avvikende følelsesmessig tilstand. Det er viktig å huske på at de fleste diagnoser innen psykisk helse er definert ut fra beskrivelse av symptomer og ikke ut ifra årsaker, og slik er det også når det gjelder schizofreni og psykoser. Det kan være mange ulike årsaker til at en person går inn i en psykose, og grunnlidelsen schizofreni kan være en mulig årsak. Det er også mulig å få akutte psykoser i forbindelse med akutte belastninger eller traumer. En gruppe akutte belastninger som kan medføre psykose er akutt rusforgiftning, som kan medføre rusutløste psykoser. I mye av forskningslitteraturen skilles det ikke mellom schizofreni og psykose.

1. World Health Organization, 2000; Johannessen, 2002

ner med schizofreni eller psykoser i gjennomsnitt kan ha nesten 20 ganger så stor sjanse for å begå drap som personer uten schizofreni. En større studie av drap som ikke er inkludert i denne metastudien, viser imidlertid lavere risiko.¹¹

Litteraturen viser også at når man tar hensyn til andre faktorer, er det ikke så stor forskjell mellom de med og de uten schizofreni. For eksempel viser samme metastudien som tidligere nevnt at *personer med schizofreni uten rusproblemer* i gjennomsnitt har en dobbelt risiko for å begå vold sammenlignet med personer uten psykiske problemer.¹² Hos *personer med rusproblemer* viste studien at det ikke var noen forskjell i risiko for utøvelse av vold mellom personene med og uten schizofreni.

En studie av Elbogen og Johnson skiller seg ut fra andre studier ved at den både var longitudinell, og ved at den tok hensyn til svært mange mulige risikofaktorer.¹³ Totalt 34 653 personer ble intervjuet to ganger med cirka 3 års mellomrom. I analysene tok man hensyn til følgende faktorer:

- 5 demografiske faktorer (alder, utdanning, kjønn, etnisitet og inntekt)

- 4 historiske faktorer (foreldres kriminelle historie, vitne av foreldres fysiske slåssing, historie med hvilken som helst type vold, historie med ungdomskriminalitet)
- 5 situasjonsavhengige stressrelaterte faktorer (vært offer siste året, familie eller venn død siste året, sagt opp fra jobb siste året, skilt eller separert siste året, arbeidsløs siste året)
- 8 kliniske faktorer vedrørende psykisk helse (schizofreni, bipolar lidelse, alvorlig depresjon, skadelig bruk eller avhengighet av alkohol eller ulovlig rusmiddel, kombinasjon av schizofreni og rus, kombinasjon av bipolar lidelse og rus, kombinasjon av alvorlig depresjon og rus, oppfattet skjult trussel hos andre)

Studien konkluderte slik: «Multivariate analyses revealed that severe mental illness alone did not predict future violence.» *Personer med schizofreni og samtidig ruslidelse* hadde imidlertid fremdeles fire ganger så stor risiko for å utøve rusrelatert vold som dem uten psykiske helseproblemer. Tilsvarende funn ble også gjort av en stor longitudinell undersøkelse i Sverige der de undersøkte 8123 personer med schizofreni og 80 025 personer uten schizofreni. De fant der at personer med schizofreni og skadelig bruk av rusmidler hadde firedo-

11. Eronen, Hakola, & Tiihonen, 1996

12. Fazel, Gulati mfl, 2009

13. Elbogen & Johnson, 2009

blet risiko for å utøve voldelig kriminalitet sammenlignet med befolkningen generelt, mens personer med schizofreni uten slik skadelig rusmiddelbruk bare hadde 20 % forhøyet risiko.¹⁴ Elbogen og Johnson fant samtidig at verken psykiske lidelser eller rus var blant de 10 viktigste prediktive faktorene for fremtidig vold.

Selv om denne studien er en av de mest omfattende studier som er gjort, har heller ikke den kontrollert for alle mulige faktorer. De faktorene som var inkludert, forklarte bare 23 % av de alvorlige voldshandlingene. Manglende forklaringsfaktorer kan for eksempel være samfunnsmessige forhold, som totalt antall drap eller forskjeller i levestandard i samfunnet generelt. For å kunne kontrollere for slike forhold kreves studier på tvers av geografiske områder. Dette kan være viktige faktorer for risiko for drap av alle grupper personer, også personer med schizofreni. En metastudie viste for eksempel at hvor ofte personer med schizofreni dreper, var relatert til hvor mange drap det var i samfunnet generelt. Det vil si at i land med mange drap, var det også flere drap begått av personer med schizofreni, mens i land med få drap var det også færre drap av personer med schizofreni.¹⁵ Dette indikerer at samfunnsmessige forhold som påvirker antall drap generelt, også påvirker antall drap begått av personer med schizofreni. Med andre ord viser dette også at personer med schizofreni begår drap av andre årsaker enn sykdommen sin. Utvalget antar at det samme gjelder i Norge. Selv om utvalgets undersøkelse har funnet at en relativt høy andel av drapene i undersøkelsesperioden ble begått av personer med schizofreni eller paranoid psykose (jf. kapittel 5), utelukker ikke det at andre forhold enn sykdommen kan ha utløst drapene.

Forskningen har de siste årene forsøkt å undersøke om det er undergrupper innen schizofreni som har større risiko for å utøve vold. Fokuset har spesielt vært på en undergruppe av personer med paranoid psykose som føler at andre har tatt kontroll over deres tanker, samtidig som de føler seg truet. På engelsk er dette kalt *perceived Threat and internal Control Override (TCO)*. En litteraturstudie på dette temaet publisert i 2002 fant fire empiriske studier på fenomenet.¹⁶ Tre av dem viste at denne undergruppen hadde større risiko for å utøve vold enn personer med andre typer psykoser. Litteraturstudien viste også at personer med psykoser som er sterkt følelsesmessig plaget av

sine vrangforestillinger, kan ha en høyere risiko for å utøve voldshandlinger enn dem som i liten grad er plaget, for eksempel av en følelse av frykt, angst, mistenksomhet eller fiendelighet. Det ser ut som hallusinasjoner i seg selv ikke er en faktor som øker risikoen for vold, men heller styrken på det følelsesmessige ubehag hallusinasjonene vekker.¹⁷

Utvalget er av den oppfatning at schizofreni i aktive psykotiske faser, med forfølgelsesforestillinger og/eller hallusinasjoner, kan utgjøre en forhøyet risiko for voldshandlinger (jf. kapittel 9). Det finnes eksempler, fortrinnsvis i rettspraksis, på drap eller annen alvorlig voldsutøvelse begått av personer med paranoid schizofreni hvor forfølgelsesforestillinger og/eller hallusinasjoner er så massive at det er nærliggende å se disse psykotiske symptomene som den utløsende faktor for voldshandlingen. Når det gjelder domstolenes avgjørelser i draps- og voldssaker, der volden var begått av personer med paranoid schizofreni med massive forfølgelsesforestillinger og/eller hallusinasjoner, anses ofte disse psykotiske symptomene som den utløsende faktor for voldshandlingen.

Det kan ut fra norske medier synes som om mange tror at de fleste drap begås av personer som ofrene ikke kjenner, og at mange gir uttrykk for frykt. Det blir ofte spesielt store presseoppslag når personer med alvorlige psykiske lidelser dreper fremmede. Det er imidlertid svært sjelden at fremmede personer blir drept av personer med psykoselidelser. En metastudie basert på syv studier fra Australia, Danmark, Finland, Tyskland og Storbritannia viste at det årlig begås om lag ett drap per 14 millioner innbyggere av noen som er diagnostisert med psykotisk lidelse. Forskningslitteraturen viser også at det er mulig at personer med en psykisk lidelse sjeldnere dreper fremmede enn psykisk friske gjør. For eksempel har man funnet i en større undersøkelse i England at gjerningspersoner som dreper fremmede eller bekjente, sjeldnere har en psykisk lidelse enn gjerningspersoner som dreper familie.¹⁸ Det samme gjaldt for undergruppen av pasienter med schizofreni. Eller for å si det på en annen måte: Forskerne fant at ofrene til psykisk syke oftere var familiemedlemmer enn ofrene til personer uten psykiske lidelser. Dette støttes også ved at drap på egne foreldre i vestlige land utgjør ofte rundt 2 % av totalt antall drap, men at foreldredrap utgjør cirka 1/3 av de drapene som ble begått av personer med schizofreni eller andre psykotiske lidelser.¹⁹ Det er imidlertid viktig å merke

14. Fazel, Långström, Hjern, Grann, & Lichtenstein, 2009

15. Large mfl, 2009

16. Bjørkly, 2002

17. Bjørkly, 2002

18. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

seg at man i England har funnet det motsatte når det gjelder personer med rusproblemer, idet ofre for rusrelaterte drap oftere var fremmede enn ved ikke-rusrelaterte drap.²⁰

6.2.2 Bipolar lidelse, alvorlig depresjon og drap

Mens det er mange undersøkelser av sammenhengen mellom vold/drap og schizofreni/psykoser, er det vesentlig færre studier av sammenhenger mellom andre psykiske lidelser og vold/drap. De mest vanlige affektive lidelsene som er undersøkt, er bipolar lidelse og alvorlig depresjon. Utvalget har ikke funnet metaanalyser som er foretatt på sammenhengen mellom vold/drap og bipolar lidelse eller alvorlig depresjon. Det er imidlertid foretatt litteraturgjennomganger som har tatt opp temaet. Uheldigvis drøfter litteraturgjennomgangene oftest enten schizofreni spesielt, eller de drøfter hele gruppen av alvorlige psykiske lidelser uten å spesifisere lidelsene. Dette reflekterer også hva som blir presentert i de fleste individuelle studiene til tross for at drap av personer med affektive lidelser ser ut til å utgjøre tilnærmet like stor andel av de totale antall drap som drap begått av schizofrene.²¹

En årsak til at det er lite forskning på sammenhengen mellom affektive lidelser og vold/drap, kan være at man i rettsapparatet er mer fokusert på om gjerningspersonen led av schizofreni/psykose, fordi det har direkte konsekvenser for spørsmålet om straffansvar, enn om personen hadde en bipolar lidelse eller en depresjon uten psykose. Psykoselidelse får konsekvenser for straffansvaret, fordi personer som var psykotiske i gjerningsøyeblikket, ikke anses strafferettslig tilregnelige, men det gjelder ikke personer med bipolar lidelse eller en depresjon uten psykose. En annen årsak til at det er færre studier om denne sammenhengen, kan være at personer som dreper seg selv etter å ha begått drap, oftere har depressiv lidelse enn schizofreni.²² I de tilfellene hvor gjerningspersonen også dreper seg selv, vil det ofte være mindre underlagsmateriale å forske på. Det vil for eksempel i slike tilfeller ikke foreligge sakkyndig rettspsykiatrisk erklæring, det vil ikke bli anlagt straffesak med påfølgende dom mot en avdød, og det vil kunne foreligge mindre etterforskningsmateriale.

Det er også mulig at bipolar lidelse og alvorlig depresjon ikke er studert så mye som schizofreni, fordi det ikke er like stor økt risiko for vold ved slike affektive lidelser som ved schizofreni. Dette er imidlertid usikkert. For eksempel konkluderer en relativt ny litteraturgjennomgang som inkluderte 22 velrenommerte studier, med at mens angstlidelser ikke ser ut til å ha sammenheng med økt risiko for vold, var det vanskelig å skille risi-

19. Cornic & Olie, 2006; Hillbrand & Cipriano, 2007; Hillbrand, Alexandre, Young, & Spitz, 1999; Holcomb, 2000

20. Shaw mfl, 2006, 2004

21. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

22. Flynn mfl, 2009; Moskowitz, Simpson, McKenna, Skipworth, & Barry-Walsh, 2006

Boks 6.2 Hva er bipolar lidelse, og hva er alvorlig depresjon?¹

Bipolar lidelse (F31) er karakterisert ved gjentatte (minst to) episoder der personens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Personen har perioder med hevet stemningsleie og økt energi og aktivitet (mani eller hypomani) og andre perioder med senket stemningsleie og redusert energi og aktivitet (depresjon). Noen få personer har bare maniske faser uten depressive faser mellom. Episodene kan variere sterkt i lengde, og debutalder kan variere fra barndom til alderdom.

Depressiv episode (F32) eller tilbakevendende depressiv lidelse (F33) har ulike alvorlighetsgrader, fra mild til alvorlig. Symptomer er depressivt stemningsleie, interesse- og gledes-

løshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Andre vanlige symptomer er redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtilitt, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om/utføring av selvskaade eller selvmord, søvnforstyrrelse og redusert appetitt. Stemningsleiet pleier å være stabilt så lenge man har en depressiv periode. Debutalder er oftere senere enn ved bipolar lidelse.

Både bipolar lidelse og alvorlig depresjon kan forekomme i kombinasjon med psykotiske symptomer.

1. World Health Organization, 2000

koen hos dem med schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depressiv lidelse.²³ Også en eldre litteraturstudie konkluderte med at det var vanskelig å vite hvilke psykiatriske kategorier som var assosiert med vold/drap.²⁴ Den store studien av Elbogen og Johnson, referert til ovenfor, bekrefter også at det muligens ikke er så stor forskjell mellom de ulike diagnosegruppene.²⁵

Studien av Elbogen og Johnson skilte mellom schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depressiv lidelse. De fant i utgangspunktet at alle tre gruppene hadde en overhyppighet av vold, både når gjerningspersonen hadde slike lidelser i kombinasjon med rusproblemer, og når gjerningspersonen ikke hadde rusproblemer. Mens personer med bare schizofreni utøvde vold seks ganger så ofte som forventet ut fra antall schizofrene, var tilsvarende tall for dem med bipolar lidelse fire ganger så ofte, og for dem med alvorlig depresjon to ganger så ofte. For personer med kombinasjon av en av disse lidelsene og skadelig bruk eller avhengighet av rus, var tilsvarende tall cirka 9, 12 og 7, dvs. relativt sett oftest i gruppen med kombinasjon bipolar lidelse og rus.

Når forskerne kontrollerte for andre relevante risikofaktorer, fant de imidlertid at personer med bare schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlig depresjon (dvs. ikke i kombinasjon med rusproblemer) ikke hadde økt risiko for vold.

Når gjerningspersonene også hadde skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler fant forskerne økt risiko for bare noen typer av vold. De skilte mellom tre ulike typer av vold. De fant at gjerningspersoner med bipolar lidelse eller depresjon i kombinasjon med rus hadde en liten, men signifikant høyere risiko for *alle typer vold*. Det hadde imidlertid ikke personer med kombinasjonen schizofreni og rus. De fant at ingen av gruppene hadde økt risiko for *alvorlig vold*, selv i kombinasjon med rusproblemer. De fant at alle tre gruppene hadde tilnærmet identisk økt risiko for *rusrelatert vold*. Når gjerningspersonene også hadde rusproblemer, hadde både gjerningspersoner med schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon cirka fire ganger så høy risiko for å utøve rusrelatert vold som personer uten psykisk lidelse eller rusproblemer.

6.2.3 Personlighetsforstyrrelser og drap

De fleste undersøkelser av sammenhengen mellom personlighetsforstyrrelser og drap finner at

personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse har større risiko for å begå drap enn personer uten slik lidelse. Utvalget har ikke funnet metaanalyser av sammenhengen, og de fleste litteraturstudier av sammenhenger mellom psykisk helse og drap har ikke temaet personlighetsforstyrrelser som hovedtema. De fleste konkluderer imidlertid med at personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse har større risiko for å begå drap og alvorlige voldshandlinger enn de fleste andre grupper, for eksempel personer med schizofreni.²⁶ Dette stemmer også med at mange studier har vist at en stor andel av innsatte i fengsler har dyssosial personlighetsforstyrrelse.²⁷ Tilsvarende studier har vist at det også er en større andel enn i befolkningen ellers som har borderline personlighetsforstyrrelse. Det er lite kunnskap om sammenhengen mellom andre personlighetsforstyrrelser enn dyssosial personlighetsforstyrrelse og vold/drap i den litteraturen utvalget har funnet frem til. Vi vet derfor lite om for eksempel personer med borderline personlighetsforstyrrelse har økt risiko for alvorlig vold eller drap.

Selv om det er enighet om at personer med dyssosial personlighetsforstyrrelser har større risiko for å begå drap, er det vanskelig å være sikker på årsakene til det. Et forhold er at definisjonen på dyssosial personlighetsforstyrrelse inkluderer voldsbruk, og det vil si at utøvelse av vold vil medvirke til at man får diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse. Få undersøkelser har kontrollert for dette, for eksempel ved å se på personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse som ikke har utøvd vold, og sett om de har større risiko for å utøve fremtidig vold. Det har imidlertid blitt funnet at selv etter kontroll av flere faktorer, inklusive tidligere vold, så har personer med psykopatiske trekk, og da spesielt antisosial atferd, økt sannsynlighet for å begå vold.²⁸

6.2.4 Rus og drap

Det er en sterk sammenheng mellom ruslidelser og både vold og drap. De fleste undersøkelser av vold eller drap har kommet frem til at ruslidelse er den psykiske helsefaktoren som er viktigst ved siden av dyssosial personlighetsforstyrrelse.²⁹ Alkoholbruk er mer vanlig enn bruk av ulovlige rusmidler, og alkohol er derfor relatert til en større

23. Joyal mfl, 2007

24. Asnis, Kaplan, Hundorfean, & Saeed, 1997

25. Elbogen & Johnson, 2009

26. Asnis mfl, 1997; Fountoulakis, Leucht, & Kaprinis, 2008; Hiday, 2006; Woodward mfl, 2000

27. Fazel & Danesh, 2002

28. Monahan mfl, 2001

29. Asnis mfl, 1997; Elbogen & Johnson, 2009; Fazel, Gulati mfl, 2009; Fazel, Långström mfl, 2009; Hiday, 2006

Boks 6.3 Hva er personlighetsforstyrrelser?¹

Ifølge det mye brukte amerikanske klassifikasjonssystemet DSM-IV anses personlighetsforstyrrelser å tilhøre et annet sett av lidelser (akse II) enn andre psykiske lidelser (akse I). Samlet sett beskrives personlighetsforstyrrelser som langvarige, rigide og lite funksjonelle affektive, atferdsmessige og kognitive mønstre som er motstandsdyktige mot endring, og som synes å uttrykke individets typiske livsstil og måte å forholde seg til seg selv og andre på. De representerer enten ekstreme eller betydelige avvik i måten et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler og særlig forholder seg til andre individer på. Evnen til fleksibilitet og tilpasning er så liten at den fører til subjektivt ubehag og/eller mellommenneskelige problemer for personen. Personlighetsforstyrrelser starter ofte i barne- eller sen ungdomsalder, og vedvarer inn i voksen alder.

DSM IV skiller mellom ti ulike personlighetsforstyrrelser, som igjen er delt inn i tre hovedkategorier eller cluster: det eksentriske (paranoid, schizoid, schizotyp), det dramatiske (dyssosial/antisosial, borderline, histrionisk, narsissistisk) og det engstelige (unnvikende, avhengig, tvangspregget). Personlighetsforstyrrelser innen

det eksentriske og det dramatiske cluster blir betraktet som mer alvorlige enn i det engstelige. Personer i det sistnevnte cluster har ofte mer modne forsvarsmekanismer og ikke-svikende realitetstestende evner. Cluster-inndelingen gir en pekepinn både i forhold til alvorlighet og behandling. Diagnosesystemet som benyttes i Europa (ICD-10), har ikke tilsvarende inndeling i akse I og akse II og har heller ikke inndelingen i tre cluster. Man har imidlertid tilnærmet lik beskrivelse av de ulike personlighetsforstyrrelsene (F60), og i forhold til behandling kan inndeling i cluster si noe om grad av psykosensærhet, psykopati, affektiv ustabilitet og hemmethet. Alvorligheten av personlighetsforstyrrelser har mange dimensjoner, for eksempel symptomer, funksjon, farlighet, suicidalitet osv. som bør vurderes. Personer kan ofte ha flere personlighetsforstyrrelser samtidig, særlig i klientpopulasjoner. Voldsforskningen har ofte konsentrert seg om personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse, og en del studier har undersøkt psykopatiske trekk som ofte tilsvarer trekk hos personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse.

1. American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization, 2000; Malt, Vaglum, & G. Lauritzen, 2005

andel av alvorlige voldshendelser og drap enn andre rusmidler. Personer som misbruker rusmidler, har oftere andre risikofaktorer for vold enn personer som ikke bruker rusmidler. Selv om man kontrollerer for mange av disse faktorene, er det sannsynlig at misbruket i seg selv er en medvirkende årsaksfaktor til voldshendelsene. Det har for eksempel blitt vist i laboratorieforsøk at bruk av alkohol eller benzodiazepiner kan øke aggressiviteten. Observasjonelle og epidemiologiske studier har også vist en konsistent assosiasjon mellom amfetamin/metamfetamin og aggressivitet.

Da rus sannsynligvis er den viktigste kliniske faktoren for antall drapshendelser, har rapporten et eget kapittel om rus, psykisk helse og vold. Det henvises til neste kapittel for mer utdypende informasjon om disse forholdene.

6.2.5 Andre diagnoser og drap

I de siste årene har man også begynt å se på om det er sammenheng mellom andre psykiske helselidelser og vold.

Det har vært diskutert om personer med Aspergers syndrom eller andre autismespekterlidelser er overrepresentert blant personer som har utøvd alvorlig vold. Litteraturgjennomgangen indikerer imidlertid at det er bare meget små undersøkelser som er foretatt, hvor de fleste studiene er beskrivelse av enkeltpersoner, og den største studien hadde ni personer med Asperger syndrom.³⁰ Det er heller ikke funnet studier som tar hensyn til eventuell overhyppighet av andre risikofaktorer blant personer med Aspergers syndrom. Det vil si at vi verken vet om personer med Aspergers syndrom er overrepresentert blant personer som utøver alvorlig vold, eller om det eksisterer

30. Newman & Ghaziuddin, 2008

noen årsakssammenheng mellom denne sykdommen og utøvelsen av alvorlig vold.

Det er drøftet om det er noen sammenheng mellom hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) og alvorlig vold. Dette er blant annet begrunnet i at man har funnet en overhyppighet blant innsatte i fengsel med hyperkinetisk forstyrrelse.³¹ Vi har ikke funnet noen studier som bekrefter en overhyppighet av gjerningspersoner med hyperkinetisk forstyrrelse som har utøvd drap når man kontrollerer for andre samtidige lidelser. Det er sannsynlig at i en stor del av tilfellene hvor utøvere av vold har hyperkinetisk forstyrrelse, har personen også dyssosial personlighetsforstyrrelse.³²

Noen studier har undersøkt om personer med angstlidelser er overrepresentert blant personer som har utført alvorlig vold. Av fire større populasjonsstudier fant to studier at personer med angstlidelser er overrepresentert blant personer med selvrapportert voldsutøvelse, en studie fant ikke sammenheng mellom angstlidelse og senere voldshendelser, og en fant at personer med angstlidelse ikke hadde forhøyet risiko for å utøve vold når man kontrollerte for andre risikofaktorer. En større finsk undersøkelse av drapspersoner fant svært få med slike lidelser.³³ Det er mulig at personer med angstlidelse er overrepresentert blant personer som utøver vold, men det er ikke funnet dokumentasjon på at det også gjelder når man tar hensyn til andre risikofaktorer.

6.2.6 Kombinasjon av flere psykiske lidelser

Et gjennomgående tema i studiene er at personer som har en psykisk lidelse, ofte også har andre lidelser. Dette kalles ofte komorbiditet eller samsykelighet. En del studier kontrollerer for slik samsykelighet. Et gjennomgående funn er at når man undersøker om personer med alvorlig psykisk lidelse har økt risiko for vold, er det svært viktig å ta hensyn til eventuell ruslidelse og dyssosial personlighetsforstyrrelse. En stor metaanalyse viste for eksempel at mesteparten av den forhøyede risikoen for voldsbruk fra schizofrene var relatert til ruslidelse. Dette ble også påvist i den største undersøkelsen vi har funnet av sammenhengen mellom schizofreni, ruslidelse og vold, som inkluderte 8003 personer diagnostisert med schizofreni.³⁴

Det er mulig at personer med en kombinasjon av lidelser kan ha større risiko for å begå voldshandlinger enn om personen bare hadde en av lidelsene.³⁵ Det er for eksempel funnet at kombinasjonen av angst og depressiv lidelse kan øke risikoen for utøvelse av vold mer enn man skulle forvente ut fra risikoen ved å ha en av lidelsene.³⁶ Det tilsvarende er funnet for kombinasjoner av dyssosial personlighetsforstyrrelse og psykose eller bipolar lidelse.³⁷ Konsekvenser av å ha flere lidelser er imidlertid sjelden analysert, og man skal foreløpig være forsiktig med å trekke sikre konklusjoner.

31. Friestad & Skog Hansen, 2004; Rasmussen & Levander, 1996

32. Hartvig, 2007

33. Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor, & Silva, 2000; Eronen mfl, 1996; Stueve & Link, 1997; Swanson, Holzer III, Ganju, & Jono, 1990

34. Fazel, Gulati mfl, 2009; Fazel, Långström mfl, 2009

35. Elbogen & Johnson, 2009; Hiday, 2006

36. Swanson mfl, 1990

37. Stueve & Link, 1997

Kapittel 7

Rus, psykisk helse og vold

7.1 Innledning

I mandatets punkt 4.1.2 heter det at

«utvalget skal redegjøre for de forhold som det mener har betydning for at gjerningspersonene kom i en situasjon hvor den psykiske lidelsen, og ev. medfølgende rusmiddelproblematikk, medvirket til at liv ble tatt».

Videre står det i mandatets punkt 4.2.3 at

«utvalget skal gi en generell redegjørelse for eventuelle tiltak som er blitt iverksatt i norske/enkelte europeiske land for å hindre at personer med kjent psykisk lidelse og ev. rusmiddelavhengighet tar liv».

Sammenfatning av mandatet sier også i punkt 5.2 at utvalget skal

«gi råd om hvilke tiltak som bør iverksettes på tjeneste- og systemnivå for å forebygge at personer med alvorlig psykisk lidelse/rusmiddelavhengighet begår drap».

Utvalget tolker mandatet slik at departementet ønsker at utvalget skal vurdere mulige sammenhenger mellom psykisk lidelse, derunder ruslidelse, og drap, og hvilke tiltak som eventuelt kan settes inn for å forebygge drap relatert til bruk av rusmidler. For å sikre kunnskapsbaserte anbefalinger er det viktig å se hva man har lært også i andre land.

Når det gjelder omtalen av ruslidelse, legger utvalget klassifiseringen i ICD-10 til grunn og definerer ruslidelse som en psykisk lidelse (jf. kapittel 4). Flere undersøkelser peker på at det å ha en psykisk lidelse uten ruslidelse, bare er en svak eller ikke eksisterende prediktor for voldsutøvelse. Imidlertid er kombinasjonen av alvorlig psykisk lidelse eller dyssosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelse en sterk prediktor for vold. Det er uklart om effekten av rus er større hos pasienter med annen psykisk lidelse i tillegg enn hos andre.

Alkohol er det mest utbredte rusmiddelet, og det er generelt funnet stor sammenheng mellom alkoholkonsum og mengden av vold i samfunnet. Selv om det er vesentlig færre undersøkelser om drap enn om vold, ser det ut som alkohol er en vik-

tig faktor også for antall drap. Personer med annet rusmisbruk enn alkohol er også sterkt overrepresentert når det gjelder vold og drap. Det er også vist at bruk av rusmidler som alkohol, benzodiazepiner og sentralstimulerende midler kan gi økt aggressivitet. I utvalgets gjennomgang av saker finner man tilsvarende tendenser. Andelen av gjerningspersoner med historie av bruk av alkohol som har vært skadelig for dem selv var høyere enn i befolkningen generelt (45 % vs. 20 %). Andelen med skadelig bruk av andre rusmidler var også høyere enn for eksempel en tidligere undersøkelse av menn i Oslo har vist (48 % vs. 2 %). De hyppigste rusmidlene siste året før hendelsen, var ved siden av alkohol (63 %), cannabis (34 %), amfetamin (25 %) og benzodiazepiner (27 %). Tilsvarende det som er funnet i andre undersøkelser, var en stor andel av gjerningspersonene ruset på gjerningstidspunktet, enten av alkohol (50 %) og/eller andre rusmidler (31 %).

Selv om de som drikker mest, står for en relativt stor del av de alkoholrelaterte problemene, finner vi at størstedelen av den alkoholrelaterte volden likevel må tilskrives alkoholbrukere som ikke er i en slik høyrisikogruppe. Det er dermed tilnærmet umulig å forutse hvem som kommer til å begå drap. Dersom man skulle iverksette tiltak for å senke antall voldshendelser og drap i Norge bør tiltakene derfor være rettet mot store deler av befolkningen. Man må samtidig ivareta behandlingsbehovet for personer med størst risiko for å utøve vold.

For å sikre et så solid faglig grunnlag for utvalgets konklusjoner som mulig har utvalget fått fremtredende fagpersoner på rusområdet til å beskrive kunnskapsstatus i kapitlene fra og med 7.2 til og med 7.6 og vedlegg 4 og 5. Kapittel 7.2 beskriver kort hvilke begreper som blir benyttet. I kapittel 7.3 går det gjennom den omfattende litteraturen som viser sammenhengen mellom inntak av rusmidler og utøvelse av vold. Det er et spesielt fokus på alkohol, både fordi alkohol står for den store delen av rusrelaterte voldshandlinger, og fordi mye av forskningen omhandler alkohol. I kapittel 7.4 går det kort gjennom omfanget av rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet. Det er svært

vanlig at personer med rusmiddelavhengighet har andre psykiske lidelser i tillegg, og det er vanlig at personer med andre psykiske lidelser også har rusproblemer. Ulike former og temaer rundt slike dobbeltdiagnoser drøftes i kapittel 7.5. Ulike individrettede tiltak rettet mot enkeltpersoner med store hjelpebehov og med stor risiko for vold drøftes i kapittel 7.6, og i vedlegg 4 er det en omfattende gjennomgang av mulige biologiske sammenhenger mellom rusmiddelbruk og aggresjon. Det er mye forskning som dokumenterer effekt av alkoholpolitiske virkemidler for å redusere mengden av voldshendelser, og tre ulike former for slike virkemidler drøftes i vedlegg 5.

Resultater fra utvalgets gjennomgang av rusproblemer hos 132 gjerningspersoner beskrives i kapittel 7.7. Som i de fleste undersøkelser av drap har man også i denne undersøkelsen funnet en høy andel av gjerningspersoner med betydelig bruk av rusmidler. Utvalget fant at det var mange med ruslidelser som ikke hadde fått behandling.

Utvalgets råd beskrives i kapittel 7.8 og har som hovedformål å forebygge fremtidige voldshendelser. Det gis også råd for hvordan man med dagens kunnskap best kan ivareta personer med ulike kombinasjoner av rusproblemer og andre psykiske vansker som kan ha forhøyet risikoen for utøvelse av vold. Slike tiltak er nødvendige, selv om de foreløpig kan mangle dokumentasjon på preventiv virkning i forhold til vold.

7.2 Bruk av rusmidler, misbruk og avhengighet – begreper og diagnoser

7.2.1 Akutt rus (intoksikasjoner)

Inntak av en overdose rusmidler, akutt rus (intoksikasjon, ICD-10 F1x.0), er den vanligste følgen av «akutt» rusmiddelbruk. De ulike symptomene og tegnene på rusbruk og akutt rusmiddelpåvirkning vil variere fra rusmiddel til rusmiddel (se vedlegg 4). Men rusmiddelets hovedvirkning vil ikke alltid kunne forklare hvorfor den påvirkede fremtrer slik han eller hun gjør. Symptomer og grad av beruselse vil variere fra person til person, avhengig av både fysiologiske (konstitusjon) og patologiske (sykdom) faktorer. Det vil videre ha med forventning å gjøre, og det vil variere i henhold til dosen som er inntatt. Selv om akutt rus er et forbigående fenomen, ser vi likevel at brorparten av problemene knyttet til rus vil være knyttet til akutt rus. Det skyldes at det er det vanligste, men også at selv personer som har et misbruksproblem eller en

avhengighet, først og fremst vil oppleve problemer med utagering, vold og aggresjon nettopp i perioder med akutt rus.

Det er også verdt å legge merke til (se kapitlene 7.4 og 7.5) at personer med andre psykiske lidelser, enten det er affektive lidelser, psykotiske lidelser eller personlighetsforstyrrelser, har en økt forekomst av rusmiddellidelser og derigjennom også hyppigere akutt rus. Dertil kommer at disse gruppene kan ha en mer uforutsigbar reaksjon på rusmidler, til tross for at rusmidler i hovedsak virker på samme måte hos psykisk syke og psykisk friske. Konsekvensene av slike vanlige virkninger kan imidlertid være forskjellige hos personer med og uten annen psykisk lidelse. For eksempel kan den dempende effekten av alkohol, beroligende midler (benzodiazepiner) eller sentralstimulerende midler føre til økt vold og aggresjon hos personer med de ovenfor nevnte lidelser. Dette kan gjelde personer med bipolare lidelser og med psykotiske sykdommer og også noen med personlighetsforstyrrelser (spesielt antisosial personlighetsforstyrrelse).

7.2.2 Skadelig bruk

Skadelig bruk av en psychoaktiv substans innebærer at stoffet brukes på en måte som gir helseskade (ICD-10 F1x.1). Dette kan være både somatiske (for eksempel hepatitt etter injeksjoner, eller lever-skade etter inntak av alkohol) og psykiske helseskader (depresjoner eller angsttilstander etter bruk av cannabis eller benzodiazepiner). Det defineres ikke som skadelig bruk at rusmiddelinntaket får negative sosiale konsekvenser (problemer med familie, på arbeidsplass eller ved arrestasjoner). At rusmiddelbruken blir kritisert av andre, er ofte noe som følger av skadelig bruk, men er heller ikke i seg selv grunnlag for en diagnose. Man kan heller ikke stille denne diagnosen på bakgrunn av bakrus eller abstinens. Toleranseutvikling og abstinens kan være en del av fenomenet skadelig bruk, men behøver ikke å være det. Her er det viktig å tenke på at diagnosen avhengighetssyndrom kan være en mer presis beskrivelse.

Tidligere ble begrepet misbruk brukt om denne gruppen, men dette er blitt kritisert for å være for normativt og stigmatiserende. Engelsk litteratur endte i noen grad opp med å bruke «harmful use» (skadelig bruk) om det tidligere «abuse» (misbruk). Begrepet «skadelig bruk» ble foretrukket fremfor «problematisk bruk», som både var for upresist og for normativt.

7.2.3 Avhengighetssyndrom

Avhengighetssyndrom kjennetegnes ved en rekke fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener (ICD-10 F1x.2). Diagnosen kan stilles når tre eller flere av de følgende kriteriene har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året:

1. sterk lyst, eller følelse av tvang, til å innta substansen
2. problemer med å kontrollere inntaket av substansen (i forhold til å starte og å avslutte) og mengden
3. fysiologisk abstinensstilstand (se om abstinenser nedenfor) som opptrer dersom bruken av substansen opphører eller reduseres, eller viser seg med karakteristisk abstinenssyndrom for den aktuelle substansen, eller gjennom bruk av samme eller beslektet stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer
4. toleranseutvikling, slik at større doser må til for å gi samme effekt som tidligere (eksempler på dette er alkohol- eller opiatavhengige som daglig inntar doser som ville tatt livet av en ny bruker)
5. økende likegyldighet i forhold til andre gleder og interesser, mer og mer tid brukes på å skaffe seg substansen, på å bruke den eller på å komme seg i form etter bruken
6. substansbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser. Det må fastslås om brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over disse konsekvensene.

Videre har mer tvangspregede bruk av substansen vært angitt som et karakteristisk trekk ved avhengighetssyndromet. Avhengighet kan forekomme i forhold til én substans (for eksempel alkohol) eller i forhold til en gruppe av substanser (for eksempel opioider eller benzodiazepiner). I diagnostiseringen legges det vekt på at man enten må ha et aktivt inntak av substansene eller også en sterk trang til å innta disse stoffene. Denne trangen kommer sterkest til uttrykk når man forsøker å la være å innta stoffene eller faktisk lar det være. Dette kravet utelukker at ren fysiologisk toleranseutvikling i seg selv er et kriterium for å få diagnosen avhengighetssyndrom. Vi vet at regelmessig inntak av for eksempel opioider ved smerter eller benzodiazepiner ved angsttilstander gir en fysiologisk tilvenning og regelmessig toleranseutvikling og abstinenser ved avslutning. Disse tilstandene gir ikke diagnosen avhengighetssyndrom i seg selv. Vi må likevel anta at mange personer i en slik situasjon kan utvikle avhengighetstilstander.

7.2.4 Abstinenser

Likeledes vil abstinenssymptomene (ICD-10 F1x.3) etter bruk av ulike rusmidler variere med en rekke faktorer som rusmiddelets primære virkning, med dose inntatt og med lengde på bruk, men vil også variere fra person til person ut fra fysiologiske og patologiske forhold. Ofte følger psykiske symptomer som angst, depresjon og søvnforstyrrelse. Det er imidlertid viktig her å vurdere om diagnose på abstinens eller diagnoser innen angst, depresjon eller søvnforstyrrelser er mer korrekt. Man bør huske at abstinenser er en del av avhengighetssyndromet, og man bør vurdere om denne diagnosen er mer riktig å sette.

7.3 Hvilken betydning har rusmiddelbruk for forekomst av vold?

7.3.1 Alkohol og vold

Internasjonal forskning har vist at det er en klar sammenheng mellom alkoholkonsum og vold. Denne sammenhengen er vist på ulike måter. I en stor andel av voldstilfellene er enten utøver eller offer eller begge parter alkoholpåvirket. Hvor stor andelen er, ser blant annet ut til å variere mellom land med ulike drikkemønstre. I USA og Canada har man funnet at omkring 50 % av voldstilfellene er alkoholrelaterte, mens man i de nordiske landene med mer beruselsesdriking (for eksempel helgefyll) har sett at denne andelen er rundt 70–80 %.¹ En norsk studie av 250 domfelte for drap/drapsforsøk i perioden 1980–1989 viste at tre av fire gjerningsmenn og halvparten av ofrene var alkoholpåvirket.² En undersøkelse av alle volds-skader som ble behandlet på Oslo legevakt i løpet av ett år, viste at nesten to av tre (64 %) av de volds-skadede var alkoholpåvirket.³ Knut Steen har i sitt doktorgradsarbeid på vold funnet en tilsvarende andel (70 %) ved en lignende studie fra legevakten i Bergen.⁴ Steen har uttalt at den typiske voldsutøver og det typiske voldsoffer er to alkoholpåvirkede menn i begynnelsen av tjuårene som er kommet i klammeri, ofte på et utested i sentrum.

Når det gjelder betydning av alkoholkonsum for vold og overgrep i parforhold, viser Leonard i en litteraturoversikt at mellom en fjerdedel og halvparten av voldstilfellene i hjemmet er alkoholrela-

1. Room & Rossow, 2001

2. Bødal & Fridhov, 1995

3. Melhuus & Sorensen, 1997

4. Steen & Hunskaar, 1997

terte, det vil si at utøver, offer eller begge parter var alkoholpåvirket på gjerningstidspunktet.⁵

Sammenhengen mellom alkoholinntak og vold er også funnet i andre typer av undersøkelser hvor man har sammenholdt sannsynlighet for voldsutøvelse med alkoholinntak og drikkemønster. De viser at sannsynligheten for å utøve vold øker med økende alkoholinntak og med økende beruselsesfrekvens.⁶ En tilsvarende sammenheng ser man også for risikoen for å bli utsatt for vold. Med andre ord, jo mer man drikker, og jo oftere man er beruset, desto mer sannsynlig er det at man utøver vold, og at man utsettes for vold. Dette finner vi både blant ungdom og i den voksne befolkningen.⁷ Disse studiene viser også at både utøvere av og ofre for den alkoholrelaterte volden oftest er menn, og det er oftest ungdom og unge voksne som er innblandet i voldsepisoder. Vold mellom ektefeller/partnere forekommer også hyppigere blant dem med et høyt alkoholinntak.⁸ En rekke studier viser også entydig en positiv sammenheng mellom alkoholkonsum og vold i parforhold: med høyt konsum er risikoen for vold større.⁹ Flere studier har også vist at barn i familier med alkoholmisbruk eller hyppig alkoholberuselse oftere blir utsatt for vold enn andre.¹⁰ I tråd med ovennevnte funn fra studier i den generelle befolkningen viser også studier av alkoholavhengige i behandling at de ofte er involvert i voldsepisoder.¹¹

Det at utøver og/eller offer er beruset eller har et svært høyt alkoholinntak, innebærer imidlertid ikke at volden nødvendigvis skyldtes alkoholbruken, eller at volden ikke hadde forekommet på samme måte dersom de involverte ikke hadde vært beruset. Både individuelle og miljømessige forhold kan forklare en økt sannsynlighet for at noen personer både har et høyt alkoholinntak og har økt tilbøyelighet til å utøve vold. Det er derfor sannsynlig at en del av de rusrelaterte voldstilfellene ville ha forekommet uansett om utøveren var påvirket eller ikke. Som vi kommer tilbake til (vedlegg 4), har imidlertid en del studier vist at aggressiv atferd utløses lettere når man er alkoholpåvirket enn når man er edru, og det er i særlig grad personer med aggressive tilbøyeligheter generelt som lettere blir aggressive under alkoholpåvirkning.¹² På grunnlag av en rekke studier i flere

land har man beregnet hvor stor andel av voldstilfellene som kan *tilskrives* alkoholbruk, dvs. man har beregnet hvor stor andel av volden som kunne vært unngått dersom det ikke var blitt drukket alkohol. Disse beregningene har kommet til at et sted mellom en fjerdedel og halvparten av voldstilfellene kan tilskrives alkoholbruk.¹³

Når det gjelder familievold spesielt, er det neppe gjort tilsvarende beregninger av hvor stor andel av disse som kan tilskrives alkoholbruk. Selv om en betydelig andel av voldstilfellene innenfor familien er alkoholrelatert, er det ikke i utgangspunktet gitt at risikoen for – eller omfanget av – familievold påvirkes av alkoholkonsumet. Noen longitudinelle studier har imidlertid vist at mannens alkoholbruk synes å øke risikoen for vold mot ektefellen, og at alkoholmisbrukere reduserer sin voldelige atferd på hjemmebane etter å ha vært i behandling.¹⁴ Noen studier (både eksperimentelle studier og observasjonsstudier) viser at episoder med alkoholberuselse øker risikoen for partnervold og for at volden medfører skade.¹⁵

Selv om alkoholkonsum og alkoholberuselse øker risikoen for vold betydelig og en stor andel av voldsepisodene er alkoholrelaterte, er det i befolkningen generelt likevel en svært liten andel av drikkesituasjonene hvor det forekommer vold. Blant ungdom, som er den gruppen i befolkningen hvor vold forekommer hyppigst, forekommer det voldsbruk i størrelsesordenen en av hundre drikkesituasjoner.¹⁶ Men en rekke studier fra ulike land har vist at jo mer man drikker, og jo oftere man drikker seg beruset, desto større er sannsynligheten for at man utøver vold, og desto større er også sannsynligheten for at man blir utsatt for vold.¹⁷ I mange voldssituasjoner vil det også være slik at begge (eller alle) parter er både utøver og offer. Det betyr at de som drikker mye, og i særdeleshet de som drikker seg ofte beruset, er en særlig risikogruppe både for voldsutøvelse og for voldsutsatthet.

Det er imidlertid ikke slik at mesteparten av den alkoholrelaterte volden utøves av en liten gruppe aggressive og hyppig berusede personer. Tvert imot er det slik at mer enn halvparten av den alkoholrelaterte volden kan tilskrives det store flertallet av alkoholkonsumenter som ikke er i høyrisikogruppen, men som nå og da drikker seg beruset, og som noen ganger utsetter seg selv eller

5. Leonard, 2001

6. Room & Rossow, 2001; Rossow, 1996

7. Bye & Rossow, 2008; Pape, Rossow, & Storvoll, 2008; Rossow, 1996; Rossow, Pape, & Wichstrom, 1999

8. Pape, 2003

9. Leonard, 2001

10. Rossow, Moan, & Natvig, 2009

11. Bacskai, Czobor, & Gerevich, 2008; Chermack & Blow, 2002

12. Graham mfl, 1998; Pernanen, 1996; Room & Rossow, 2001

13. Miller, Levy, Cohen, & Cox, 2006; Shultz mfl, 1991

14. O'Farrell, Choquette, & Birchler, 1991; Quigley & Leonard, 2000

15. Leonard, 2001

16. Bye & Rossow

17. Pernanen, 1996; Room & Rossow, 2001

andre for skader i fylla.¹⁸ Skog fant at de 5 % som drakk mest, sto for 18 % av alle alkoholrelaterte kranter, og Rossow og Romelsjö fant at 40 % av alkoholrelaterte slagsmål kunne tilskrives den tiendedelen av befolkningen som drakk mest. Med andre ord ser vi at selv om de som drikker mest, også står for en relativt stor del av de alkoholrelaterte problemene, finner vi at størstedelen av den alkoholrelaterte volden likevel må tilskrives alkoholbrukere som ikke er i en slik høyrisikogruppe. I et folkehelseperspektiv vil det derfor være lite hensiktsmessig å rette forebyggende tiltak utelukkende mot en liten gruppe av høyrisikoindivider, men snarere benytte forebyggende tiltak rettet mot hele befolkningen. Dette omtales gjerne som forebyggingsparadokset.¹⁹ Som vi skal komme tilbake til, er det vist at befolkningsrettede tiltak også kan ha god effekt på høyrisikogrupper som alkoholisbrukere.

Voldsomfanget avspeiler i stor grad variasjoner i tid og sted for alkoholkonsum og ikke minst alkoholberuselse. I Norge er konsum og beruselse i stor grad konsentrert om kvelder og netter i helgene, og tilsvarende ser vi også at voldsomfanget er konsentrert om nettene i helgene.²⁰ En rekke studier har også vist at en betydelig andel av voldsituasjonene oppstår på eller like utenfor skjenkesteder.²¹ Som vi kommer tilbake til (vedlegg 5), betyr dette at tiltak i tilknytning til skjenkesteder kan være relevante for å forebygge vold.

For den politiske debatten omkring alkohol og vold er det spesielt relevant å vurdere de studiene som har belyst forholdet mellom det totale alkoholkonsumet i samfunnet og voldsomfanget. Her finnes det nå en lang rekke studier av god metodisk kvalitet som viser at når alkoholkonsumet i samfunnet går opp, kan vi forvente en økning i voldsomfanget (gitt at andre forhold som også påvirker voldsomfanget, ikke endrer seg), og omvendt: Når alkoholkonsumet i samfunnet går ned, kan vi forvente en nedgang i voldsomfanget.²² Flere studier har også vist at styrken på sammenhengen, dvs. hvor stor økning eller nedgang i voldsomfanget vi kan forvente med en bestemt endring i alkoholkonsumet, varierer mellom land med ulike drikkemønstre. I Nord-Europa, hvor drikkemønsteret er preget av beruselse og fyll, får vi mer vold per liter alkohol vi drikker sammenlignet med land i Sør-Europa, hvor drikkemønsteret er annerledes.²³

Blant denne typen studier er det også vist at det er en enda sterkere sammenheng mellom voldsomfang og endringer i alkoholkonsumet på skjenkesteder enn mellom voldsomfanget og endringer i det private konsumet.²⁴

Illustrasjoner på hvor dramatiske endringene i voldsomfanget kan bli når alkoholkonsumet i befolkningen brått endres, har vi blant annet fra det tidligere Sovjetunionen. Under president Gorbatsjov ble det iverksatt en rekke tiltak for å begrense de omfattende alkoholrelaterte problemene i landet, og fra 1985 (da tiltakene ble iverksatt) til 1987 gikk det samlede alkoholkonsumet ned med cirka 25 %, og drapsratene for menn gikk ned med 40 %.²⁵

Som nevnt i kapittel 5 var det en økning av drap i Norge på 1970-tallet. Det har vært drøftet at denne økningen var relatert til økning i alkoholforbruk og alkoholisme i samme periode.²⁶ Utvalget har registrert at alkoholkonsumet i Norge har gått betydelig opp i de seneste 15 årene, og at drapstallene i samme periode har vært stabile eller nedadgående.²⁷

7.3.2 Andre rusmidler og vold

Forskningslitteraturen på sammenhenger mellom andre rusmidler og vold er mindre omfattende og mindre entydig enn for sammenhengen mellom alkohol og vold.²⁸ Men tilsvarende det at alkoholisbrukere oftere enn andre involveres i voldsepisoder, er det også vist at misbrukere av andre rusmidler ofte er involvert i vold.²⁹ En studie har vist at vold i parforhold forekom oftere om en eller begge parter brukte kokain eller heroin, mens partnervold ikke var knyttet til cannabisbruk.³⁰ En gjennomgang av forskningslitteraturen på dette feltet peker i retning av at selve rusmiddelbrukens betydning for voldsutøvelse først og fremst sees for kokain og amfetamin, mens bruk av andre illegale rusmidler som cannabis og heroin ikke synes å øke risikoen for voldsutøvelse.³¹ Det er i økende grad vanlig med blandingsmisbruk i pasientpopulasjonene, og ulike kombinasjoner av medikamenter og rusmiddel kan gi effekter som ellers er vanskelige å forutsi, basert på studier som omfatter

18. Rossow & Romelsjö, 2006; Skog, 1999

19. Rose, 2001

20. Horverak & Bye, 2007; Statistisk sentralbyrå, 2007

21. Graham, Bernards, Osgood, & Wells, 2006; Pernanen, 1996; Steen & Hunskar, 1997

22. Bye, 2007

23. Bye & Rossow; Lenke, 1990; Rossow, 2001

24. Norstrom, 1998

25. Shkolnikov & Nemtsov, 1997

26. Olaussen, 1995

27. Statistisk sentralbyrå, 2008b

28. Kuhns & Clodfelter, 2009

29. Macdonald, Erickson, Wells, Hathaway, & Pakula, 2008; Marshall, Fairbairn, Li, Wood, & Kerr, 2008

30. El-Bassel, Gilbert, Wu, Chang, & Fontdevila, 2007

31. Kuhns & Clodfelter, 2009

effekter av kun ett og ett rusmiddel.³² Det er likevel slik at de aller fleste av både familievoldstilfeller og andre voldstilfeller forekommer utenfor gruppen av behandlingssøkende rusavhengige. Det er verdt å merke seg at vold og drap blant misbrukere av illegale rusmidler ikke bare er knyttet til rusmiddelbruken, men kan også tilskrives den ulovlige omsetningen.³³ Den sosiale kontekst der rusmidler omsettes, og der det kan være kamp om markeder og samtidig betydelig økonomiske interesser involvert, kan bidra til voldelig atferd både mot og blant rusavhengige som ikke er relatert til den akutte ruseffekten. Ettersom alkoholmisbruk og alkoholberuselse er langt mer utbredt i befolkningen enn bruk og misbruk av illegale stoffer, kunne man tenke seg at alkoholberuselse eller alkoholmisbruk forekommer oftere enn bruk av illegale rusmidler i voldssaker. Studier fra USA og Canada, hvor omfanget av illegal rusmiddelbruk er mer omfattende enn her, viser at illegale rusmidler spiller en klart mindre rolle i voldsforbrytelser enn hva alkohol gjør.³⁴

Hvordan ser så bildet ut her i Norge? Så vel politiets registreringer av ruspåvirkning ved voldsutøvelse frem til tidlig på 1980-tallet, en undersøkelse av drapstrømte i 1980-årene og studier fra legevaktene i Oslo og Bergen på midten av 1990-tallet indikerer at andre rusmidler enn alkohol har spilt en beskjeden rolle for voldsomfanget i Norge.³⁵

Hvorvidt dette har endret seg i løpet av de siste ti – femten årene, har vi begrenset kunnskap om. I løpet av denne perioden har alkoholbruken i den norske befolkningen økt jevnt, mens narkotikabruken økte i siste halvdel av 1990-tallet og deretter viste en nedgang og utflating.³⁶ Det som finnes av nyere studier, peker i retning av at alkoholbruk fremdeles spiller en større rolle enn narkotikabruk i voldssaker, inklusive drapssaker. Blodanalyser av pasienter i et akuttmottak i Oslo viste at blant voldsopfrene var det en betydelig større andel som hadde alkohol i blodet enn narkotika eller legemidler.³⁷ Spørreundersøkelser blant 15–16 åringer (ESPAD-undersøkelsene) viser at det er en betydelig større andel som rapporterer at de har vært i slåsskamp under alkoholpåvirkning (17 %) enn under påvirkning av andre rusmidler (2 %).³⁸

Rusmiddelavhengige har ofte andre faktorer utover rusmiddelbruken som øker risikoen for voldsbruk. Dette er pasientgrupper som typisk vil være overrepresentert med antisosial personlighetsforstyrrelse og andre psykiske lidelser (jf, kapittel 7.5). Mange har også betydelige biologiske, sosiale og økonomiske belastninger og risikofaktorer som kan bidra til manglende impuls-kontroll og voldelig atferd. Det er også vist at rusmiddelavhengige i større grad enn andre er offer for voldshandlinger, og mange av ruspasientene har erfaring som voldsoffer fra tidlig barndom av og ellers i livet.³⁹

Forebygging av vold er viktig av flere grunner, ikke bare for å begrense omfanget av fysiske skader, smerter og behov for medisinsk hjelp, men også for å redusere omfanget av ødelagte vennskap og sosiale relasjoner og for å sikre tryggere omgivelser for mange. Den betydelige rollen som særlig alkohol spiller for omfanget av vold, tilsier at det er et betydelig potensial for å begrense voldsomfanget gjennom effektive alkoholpolitiske virkemidler.

7.4 Omfang av rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet

Tall fra USA fra begynnelsen av 1980-tallet viste livstidsforekomst for alkoholmisbruk på 7,9 % og på 5,8 % for avhengighet.⁴⁰ For begge tilstander var det langt høyere tall for menn enn kvinner (6:1 for misbruk; 5:1 for avhengighet). Alkoholmisbruk nådde en topp mellom 18 og 29 år. Med hensyn til illegale stoffer, inkludert cannabis, kokain, amfetamin, sedativer, opioider og hallusinogener, viste studien at cannabismisbruk og -avhengighet var mest vanlig, med en livstidsforekomst på 4,4 %. Alle andre illegale stoffer hadde en livstidsforekomst på mindre enn 2 %. Andre, senere studier har vist varierende tall, opp til dobbelt så høye.⁴¹ Norske undersøkelser viser slående likheter i tallene mellom Norge og USA.⁴²

Tallene for bruk de siste 12 månedene viser at 3,4 % av USAs befolkning oppfylte kriteriene for avhengighet av alkohol, og nær 5 % oppfylte kriteriene for alkoholmisbruk.⁴³ Siste års forekomst av narkotikaavhengighet er ifølge NESARC⁴⁴ anslått til 0,63 %, mens NSDUH anslår det til omtrent 2 %.

32. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009

33. Boles & Miotto, 2003; MacCoun & Reuter, 2001

34. Miller mfl, 2006; Pernanen, Cousineau, Brochu, & Sun, 2002

35. Pernanen, 1996

36. Hordvin, 2008; Edland-Gryt mfl, 2009

37. Bogstrand, Rossow, Normann, & Ekeberg, 2009

38. Hibell mfl, 2009

39. Stevens mfl, 2007

40. Schuckit mfl, 1991

41. Kessler mfl, 2005

42. Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001, 2006

43. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005

Siste års avhengighet av cannabis ble anslått til 1 % i NSDUH.⁴⁵ Som i anslagene for livstidsforekomst var menns avhengighetsanslag høyere enn for kvinner. Tallene er noe lavere i Norge.

Siste års forekomst av rusmiddelbruk var høyest blant dem mellom 18 og 25 år.⁴⁶ Alkohol og narkotika bruk øker i ungdomsårene og når toppen i ung voksen alder. Ved slutten av tenårene er det en relativt stor andel som oppfyller kriteriene for misbruk og avhengighet. Avhengighetsproblemene minker i 30–35-årsalderen, men risikoen for utvikling av alkoholavhengighet holder seg i høyere grad gjennom middelalderen.

Når det gjelder pasienter innen rusomsorgen i Norge, vet vi at det i 2008 var 12 450 innleggelser til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og i tillegg ble det registrert 193 500 polikliniske konsultasjoner innen tjenesteområdet rus.⁴⁷ For de mer enn 200 000 henvendelsene (innleggelsene og polikliniske konsultasjonene) til russektoren i Norge årlig, er pasientpopulasjonen dominert av pasienter med alkoholavhengighet, etterfulgt av pasienter med opiatavhengighet, mens cirka 1/10 var amfetaminavhengige. Blandingsmisbruk er vanlig.⁴⁸

7.5 Dobbeltdiagnose: samtidig rusmiddelproblem og annen psykisk lidelse

7.5.1 Dobbeltdiagnoser

Begrepet dobbeltdiagnose brukes til å beskrive pasienter som samtidig har et rusmiddelproblem og annen psykisk lidelse. Begrepet er omdiskutert fordi det kan brukes til å beskrive en veldig heterogen gruppe med ulike problemer og diagnoser og med sammensatte behov. Konseptet kan brukes vidt om alle som har et misbruk og en lettere psykisk lidelse, for eksempel samtidig depresjon og alkoholmisbruk. Dette vil da omfatte så mange personer og grupper at noen vil hevde at denne vide bruken er for omfattende til å ha noen mening. Begrepet kan snevres inn til dem som har misbruk ved siden av en alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse (for eksempel schizofreni med cannabisbruk), eller avhengighet med

en lettere psykisk lidelse (heroinavhengighet med angstlidelse). Det vanligste er imidlertid å begrense bruken av begrepet til en snever gruppe som både har en alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse (for eksempel psykose) og et alvorlig rusmiddelmisbruk (for eksempel alkoholavhengighet).

Når man undersøker grupper av rusmiddelavhengige, finner man en klar overhyppighet av alvorlig psykisk lidelse og alvorlig personlighetsforstyrrelse. Likeledes har personer med alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse et overforbruk av rusmidler og en overhyppighet av rusmiddelavhengighet. Selv om man ekskluderer nikotinavhengighet, vil opp mot halvparten av alle schizofrene ha en alvorlig misbruks- eller avhengighetslidelse. Det samme vil man finne ved bipolar lidelse, spesielt i manisk fase. Likeledes vil en stor andel av dem som søker behandling for sin rusmiddelavhengighet, ha til dels betydelige psykiske problemer.⁴⁹ Symptomer på akutt ruspåvirkning kan forveksles med symptomer på andre psykiske lidelser.

Det finnes en rekke teorier som forsøker å forklare sammenhengen mellom rusmiddelmisbruk og annen psykisk lidelse. Mueser og medarbeidere omtaler flere teorier om sammenhengen mellom rusmiddelmisbruk og andre psykiske lidelser, inklusive personlighetsforstyrrelser.

Muesers og medarbeideres teorier om sammenhengen mellom rusmidler og psykiske lidelser kan oppsummeres slik:

1. Rusmidler kan være årsak til annen psykisk lidelse. Eksempler her er langvarig alkoholmisbruk som fører til paranoiditet, inntak av amfetamin som gir psykose, eller abstinenser som igjen fører til hallusinasjoner.
2. Bruk av rusmidler kan brukes til selvmedisinering. Teorien antyder at personer med alvorlige psykiske lidelser misbruker stoffer for å dempe et bestemt sett av symptomer og motvirke de negative bivirkninger av antipsykotika. Personer med alvorlige psykiske lidelser tenker ofte dårlig om seg selv, og bruk av rusmidler kan dempe denne følelsen
3. Det kan være at en tredje bakenforliggende faktor kan være årsaken til både rusmiddelmisbruket og annen psykisk lidelse. Dette kan være faktorer som sosial isolasjon, fattigdom, mangel på strukturert daglig aktivitet, mangel på voksenrolleansvar, bolig i områder med høy stofftilgjengelighet og samarbeid med mennesker som allerede misbruker narkotika. Annen

44. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC): (B. F. Grant mfl, 2004)

45. National Survey on Drug Use and Health (NSDUH); (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009)

46. www.sirus.no

47. Lilleeng, 2009; Edland-Gryt mfl, 2009

48. Iversen, Lauritzen, Skretting, & Skutle, 2008

49. Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003

forskning tyder på at traumatiske livshendelser, som seksuelt misbruk, er knyttet til utvikling av psykiske problemer og rusmiddelmisbruk.

4. I samme stilling står supersensitivitetsteorien, som foreslår at enkelte personer som har alvorlige psykiske lidelser, også har biologisk og psykologisk sårbarhet forårsaket av genetiske og tidlige miljømessige livshendelser.

Det kan også være vanskelig å finne riktig behandling for pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk. Det har tidligere vært en tendens til at psykiatriske institusjoner avviser disse pasientene fordi de har rusmiddelproblemer og rusbehandlingsinstitusjonene har hatt lite å tilby på grunn av andre omfattende psykiske helseproblemer. Dette er i ferd med å bedre seg, men hjelpeapparatet må hele tiden huske på den høye samsykeligheten og ikke lete etter muligheter til «å bli kvitt» pasienten. Pasienten blir lett den tapende parten i et slikt «svartespill». I dag ser vi at det å behandle begge lidelser samtidig antakelig er den beste tilnærmingen.

7.5.2 Personlighetsforstyrrelser og rus

Det er funnet en sammenheng mellom antisosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelser (spesielt stoffavhengighet) og mellom ustabil personlighetsforstyrrelse og ruslidelser. Det er altså i det dramatiske cluster, og særlig ved antisosial personlighetsforstyrrelse, at ruslidelsene er hyppigst og mest vedvarende. Forskning viser betydelig overlapping mellom de cirka 14 % av befolkningen som har en personlighetsforstyrrelse og de cirka 10 % som har en ruslidelse. I ulike klientpopulasjoner med ruslidelser er vanligvis personlighetsforstyrrelse langt mer utbredt, men likevel ganske varierende på grunn av ulike utvalg og bruk av ulike instrumenter.

Verheul mfl. gjorde en oppsummering av 52 studier som omhandlet forekomsten av personlighetsforstyrrelse blant rusmisbrukere i behandling.⁵⁰ Forekomsten var meget varierende, men med en median på 61 %. Forekomsten av personlighetsforstyrrelse var høyere i utvalg med stoffmisbrukere enn i utvalg med alkoholmisbrukere (median 79 % vs. 44 %). Når det gjaldt forekomsten av antisosial personlighetsforstyrrelse, varierte den fra 1–62 % med median på 22 %. Det var imidlertid betydelig flere menn enn kvinner som hadde en antisosial personlighetsforstyrrelse (median 39 % vs. 19 %). For øvrig finnes det få klare kjønns-

forskjeller i type og forekomst av personlighetsforstyrrelse. Ser en på forekomsten av personlighetsforstyrrelse i norske undersøkelser av rusmisbrukere i behandling, er resultatene ganske like internasjonale funn. I to større studier var prevalensen av personlighetsforstyrrelse totalt sett 75 % og 72 % og med følgende fordeling i den ene studien: antisosial 52 %, passiv-aggressiv 45 %, borderline 27 %, narsissistisk 25 %, unnvikende 26 %.⁵¹

Senere undersøkelser som har sammenlignet forekomsten av personlighetsforstyrrelse blant rusmisbrukere i normalbefolkningen med funn i kliniske populasjoner, fant ingen forskjell i hyppigheten av personlighetsforstyrrelse.⁵² Det er med andre ord ikke slik at rusmisbrukere med personlighetsforstyrrelse i større grad søker behandling enn rusmisbrukere uten slike tilleggslidelser.

Når det gjelder behandlingsforløp hos personer med personlighetsforstyrrelse og samtidig ruslidelse, finnes det en del forskning, men fortsatt er mye ugjort.⁵³ De sikreste funnene viser at det å ha en personlighetsforstyrrelse er forbundet med dårligere samarbeid om behandlingen generelt, og særlig det å ha en antisosial personlighetsforstyrrelse. Også behandling av alkohol- og stoffproblemer gir dårligere resultat for personer med personlighetsforstyrrelse, sammenlignet med dem uten personlighetsforstyrrelse. Studier viser også at pasienter med ren antisosial personlighetsforstyrrelse har dårligere behandlingsforløp enn dem med antisosial personlighetsforstyrrelse og en depresjonsdiagnose i tillegg.

Det er med andre ord klare sammenhenger mellom ruslidelser/rusavhengighet og personlighetsforstyrrelse både i normalpopulasjonen og i ulike klientpopulasjoner, men selvsagt med en overhyppighet i behandlingssammenheng. Spesielt er forekomsten av personlighetsforstyrrelse stor innen det dramatiske cluster, og særlig er antisosial personlighetsforstyrrelse hyppig forekommende. Forekomsten av personlighetsforstyrrelse er imidlertid noe mindre blant rene alkoholavhengige sammenlignet med stoffavhengige. I behandlingssammenheng er det derfor viktig å kunne utrede pasienten med hensyn til personlighetsforstyrrelse da mange av symptomene, både i forhold til Akse I-lidelser og rusavhengighet, ofte vil inngå i et komplisert samspill med personlighetsforstyrrelse. Å avgjøre hva som er det ene, hva som er det andre, og hva som lar seg behandle med hvilke

51. Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002; Ravndal, Vaglum, & Lauritzen, 2005

52. Vaglum, 2005; Verheul, 2001

53. Vaglum, 2005

50. Verheul, Van den Brink, & Hartgers, 1995

metoder, krever god fagkunnskap og klinisk erfaring. Et viktig spørsmål er i hvilken grad personlighetsforstyrrelse lar seg behandle på linje med andre lidelser. Utviklingen synes å gå i retning av mer spesifikke behandlingsmetoder for ulike personlighetsforstyrrelser, og ikke minst mot utprøving av nye behandlingsmetoder for personer med personlighetsforstyrrelse og samtidig rusavhengighet. Men like viktig synes klinisk håndtering over tid å være samt samarbeid mellom forskjellige instanser med motivering for endring og behandling. Satsing på konsistente og langvarige, helst polikliniske behandlingsprogrammer, der en tar hensyn til personlighetspatologien, er helt sentralt.

7.5.3 Vold ved ruslidelse hos personer med en samtidig annen primær psykisk lidelse

Flere undersøkelser peker på at det å ha en psykisk lidelse uten samtidig ruslidelse, bare er en svak prediktor eller ikke en prediktor for voldsutøvelse. Imidlertid er samsykelighet mellom alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse og ruslidelse en sterk prediktor for vold, men det er uklart om effekten av rus er større hos pasienter med annen psykisk lidelse enn hos andre.⁵⁴ På den annen side vet vi at særlig pasienter med psykotiske lidelser har en tendens til lett å få forverring av sin tilstand på tilsynelatende beskjedne inntak av rusmidler, men om dette øker faren for voldelig dekompensasjon, er uklart.⁵⁵ Flere studier peker på at kombinasjonen av rus og manglende inntak av nødvendig medisiner hos psykosetruede pasienter gir en økt risiko for vold.⁵⁶ I den forbindelse er antipsykotisk medikasjon nødvendig hos psykosetruede pasienter. Annen medikasjon (antidepressiver, stemningsstabilisatorer eller angstmedisiner) vil ikke kunne spille samme rolle. Voldsutøvelse og rusing kan også være tidlige tegn på psykoseutvikling.⁵⁷

Mens annen psykisk lidelse enn ruslidelse, er en meget svak prediktor for fremtidig voldsutøvelse og rus er en signifikant, om enn svak prediktor, er imidlertid tidligere voldsutøvelse en langt sterkere prediktor. Effekten av disse tre er antakelig additiv.

7.5.4 Rusutløst psykisk lidelse og vold

Ulike rusmidler kan på kort eller lang sikt føre til annen psykisk lidelse enn ruslidelse. Akutt kan inntak av cannabis, amfetaminer, kokain eller hallusinogener (ecstasy, LSD, PCP osv.) føre til psykosser. Akutt kjenner vi også til at rusmidler kan føre til disinhibisjon (at man foretar seg ting som ellers ikke ansees som akseptable) og svekket impuls-kontroll, noe som i gitte tilfeller kan føre til voldsutøvelse (se vedlegg 4). Etter noe lengre tids bruk kan det å stoppe med inntak, særlig av dempende stoffer som alkohol, angstdempende stoffer og opioider, gi abstinensreaksjoner som i sin alvorligste form kan innebære psykosser. Til slutt vil lengre tids bruk av rusmidler, særlig jevnlig stort forbruk av alkohol, men også av heroin, kunne føre til personlighetsendringer som kan innebære paranoide eller antisosiale trekk. For voldsutøvelsens del er akutte rusutløste psykosser og personlighetsendringer som følge av lengre tids misbruk særlig viktig.⁵⁸

Inntak av rusmidler som cannabis, sentralstimulerende midler (kokain, amfetamin og metamfetamin) og hallusinogene stoffer kan utløse akutte psykosser. Bruk av cannabis som sådan gir ikke en økt voldstendens, snarere tvert om, men cannabisutløste psykosser som preges av forvirring, nedsatt hukommelse og oppmerksomhet og hallusinasjoner, kan føre til følelsesmessig ustabilitet og aggresjon.⁵⁹ Psykosser utløst av sentralstimulerende stoffer vil i noen grad ha samme effekt som rusen i seg selv, som økt psykomotorisk tempo, nedsatt impuls-kontroll, endret tidsoppfatning og fiendtlighet og aggresjon. Amfetaminbruk og også amfetaminutløste psykosser er en risikofaktor for utøvelse av vold.⁶⁰ Mange av de samme betraktningene som gjelder for amfetaminutløste lidelser, vil også gjelde for kokainbruk.

Det må nevnes at mange som blir gitt diagnosen rusutløst psykose, nok har en underliggende psykotisk lidelse som først viser seg senere.⁶¹ Denne sammenhengen forvanskes ytterligere ved at tidlige voldsepisoder og tidlig rusbruk kan være tidlige tegn på en psykoseutvikling.⁶²

Tradisjonelt har vi sett på sjalusiparanoia som en effekt av langvarig bruk av alkohol. Fra Kringle (1981) kan vi lære at mistenksomhet overfor partner kan oppstå etter langvarig alkoholmisbruk og alkoholavhengighet.⁶³ Den avhengige kan i

54. Boles & Johnson, 2001; Elbogen & Johnson, 2009

55. Mueser mfl, 2003

56. Swartz mfl, 1998

57. Fulwiler, Grossman, Forbes, & Ruthazer, 1997

58. Boles & Miotto, 2003

59. Boles & Miotto, 2003; Johns, 2001

60. Boles & Miotto, 2003

61. Crebbin, Mitford, Paxton, & Turkington, 2009; Øydnå, 2006

62. Fulwiler mfl, 1997

visse perioder klare å holde sin paranoia under kontroll, særlig i edru tilstand, men i drikkeperioder kan sjalusien bli enorm og føre til både verbale trusler og vold i relasjonen. Nyere forskning betviler imidlertid en nær sammenheng mellom sjalusi og alkoholbruk og foretrekker å beskrive tilstanden som en samtidig tilstedeværelse av sjalusiparanoia og alkoholmisbruk.⁶⁴

Mange som over år bruker illegale stoffer og er en del av den illegale ruskulturen, vil kunne diagnostiseres med en antisosial personlighetsforstyrrelse. Man tenker seg ikke at langvarig stoffmisbruk skaper personlighetsforstyrrelsen ad farmakologisk vei, men at det er et bidrag til personlighetsutviklingen over tid å ha vært en del av den illegale stoffkulturen, kan det ikke herske noen tvil om. Det er en økt risiko for voldsutøvelse blant personer med antisosiale personlighetsforstyrrelser.

7.6 Individrettede rusrelaterte forebyggende tiltak mot vold

7.6.1 Hvilke instanser vil hyppigst komme i kontakt med personer med rusrelatert vold?

Det er et bredt spekter av instanser som kommer i kontakt med personer med rusrelaterte lidelser, og de viktigste antas å være: politi, kriminalomsorg, legevakter, kirurgiske avdelinger, krisesentre for kvinner, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB), familievernkontorer, foruten kommunale tjenester, kanskje spesielt barnevernet, primærhelsetjeneste, sosialsenter og kommunale lavterskeltilbud for rusmisbruker.

Identifisering av personer som utøver rusrelatert vold med risiko for drap, må skje med utgangspunkt i slike enheter. Det bør vurderes hvorvidt det kan gjøres forsøk med mer systematisk oppfølging av personer med kombinasjonen rus og vold med utgangspunkt i slike instanser.

7.6.2 Individrettede tiltak mot ruslidelse, spesielt hos personer med samtidig annen psykisk lidelse

Aktuelle målgrupper for individrettede tiltak i denne sammenheng vil i utgangspunktet være alle med problematisk rusbruk (som i det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV stort sett er innenfor kategorien «misbruk») med eller uten rusli-

delse etter ICD-10, fordi det er en sammenheng mellom rusmiddelbruk og utøvelse av vold. Vi vil likevel peke på noen målgrupper hvor det i denne sammenheng kan være spesielt aktuelt med individrettede tiltak:

- Personer som har utøvd vold under akutte rusepisoder
- Personer med ruslidelse og samtidig alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse, spesielt der dette har vært assosiert med vold
- Personer med rusutløst psykose, spesielt der dette har vært assosiert med vold

Siden vold er straffbart, er tiltak aktuelle både innenfor behandlingsrammer og som del av kriminalomsorgen, noe som for øvrig også gjelder tiltak mot bruk av illegale rusmidler generelt.

7.6.3 Oppfølging innenfor helse- og sosialtjenester

For personer med økt risiko for utøvelse av vold i forbindelse med bruk av rusmidler kan det gis tilbud om oppfølging rettet dels mot selve rusmiddelmisbruket, dels mot tendensen til å reagere med vold. Vi ser her spesielt på tiltak mot ruslidelse. Det er sannsynlig at redusert rusmisbruk for de aller fleste også vil medføre redusert risiko for utøvelse av vold. Spesielt ved vold i nære relasjoner finnes det forskning som styrker en slik hypotese.⁶⁵

Forskning omkring hva som er effektiv behandling mot rusproblemer, er ganske omfattende, men også ofte omstridt.

Randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) er gullstandard ved vurdering av en behandlingsmetodes effektivitet. Det dreier seg om eksperimentelle studier hvor behandlingsgruppe og kontrollgruppe velges tilfeldig ut gjennom loddtrekning (randomisering), forskjellen i behandlingsmetode må klart kunne beskrives, og metodene må bli systematisk gjennomført. Ideelt sett gjøres evalueringen etter behandlingen av personer, som ikke kjenner til hvilken behandlingsmetode som er brukt. Slike undersøkelser er enklest å gjennomføre for avgrensede, tidsbegrensede behandlingsmetoder overfor klart definerte pasientgrupper, som for eksempel ved utprøving av medikamenter. Det finnes gode eksempler på at slik forskning har vist andre og kanskje overraskende resultater sammenlignet med andre typer studier.

63. Kringlen, 1981

64. Jimenez-Arriero mfl, 2007; Kringlen, 1981

65. Stuart, O'Farrell, & Temple, 2009

Enklest er i denne sammenheng forskning knyttet til effekten av medikamentell behandling. RCT er standard ved introduksjon av nye medikamenter, og det gjelder også medikamenter relatert til behandling for rusmiddelavhengighet.

Vanskeligere er forskning på effekten av psykososiale behandlingstiltak, noe som kan innebære et vidt spekter av ulike opplegg. Personer med ruslidelser har oftest også en rekke andre problemer enn selve ruslidelsen, spesielt sosiale problemer, andre psykiske lidelser/personlighetsforstyrrelser, og vansker knyttet til relasjoner med andre. Behandling må ofte tilpasses og rette seg mot ulike vansker samtidig. Problemer med aggresjon og vold er ett slikt tilleggsproblem. Fordi problemene omkring rusmiddelmisbruk er omfattende for den enkelte, vil de mange elementene i behandlingen måtte strekke seg over tid. De spesifikke behandlingstiltakene mot ruslidelser vil være en del av dette, men det kan være andre tiltak/forhold som på sikt kan vise seg å være vel så avgjørende for den enkelte.

Forskningen – spesielt kontrollerte forsøk – omkring effekten av psykososiale behandlingstiltak på ruslidelser er i stor grad amerikansk, fordi de har en bredere tradisjon for å gjennomføre eksperimentelle studier av tilstrekkelig høy kvalitet. Overføringsverdien til norske forhold kan noen ganger være problematisk, samtidig som selve metodens begrensninger er som nevnt ovenfor, klare.

Kunnskapsgrunnlaget for evaluering av psykososiale tiltak må inkludere også epidemiologiske metoder, oppfølgingsstudier før og etter behandlingstiltak, studier over tid av misbrukskarrierer og kontrollerte studier med kontrollgrupper som ikke er randomiserte. Dessuten vil brukeres og pårørendes beskrivelse av opplevd behandling være viktig.

Behandlingstiltak må evalueres i lys av at rusmiddelavhengighet for mange kan ses på som en kronisk tilstand hvor redusert rusbruk, bedret sosial funksjon og bedret livskvalitet kan være viktige utfallsmål. Vedvarende avhold er for mange vanskelig å oppnå, men behandlingen kan likevel ha stor effekt.

Vi presenterer her en enkel oppsummering når det gjelder effekt av psykososiale tiltak for å redusere rusmiddelbruk hos personer med ruslidelser. Det vises spesielt til utredninger utført i Sverige og Norge.⁶⁶

- Generelt: behandling hjelper sammenlignet med ingen behandling

- Ved lett til moderat overforbruk av alkohol vil enkel rådgiving og oppfølging – for eksempel i primærhelsetjenesten – kunne føre til redusert forbruk.
- Motiverende intervjuer har virkning når det gjelder å komme i gang med reduksjon av rusmiddelbruk eller for å selv søke videre hjelp og behandling
- Ved rusavhengighet virker systematiske psykososiale behandlingstiltak av ulike typer klart bedre enn rådgivende, støttende samtaler
- Ulike varianter av kognitiv atferdsterapi har effekt på et vidt spekter av rusproblemer
- Tilpasset relasjonsorientert behandling har virkning på rusmiddelbruk og spesielt på retensjon i behandling
- Familiebehandling kan ha effekt
- Systematiske læringsorienterte opplegg (contingency management) virker på rusmiddelbruk og retensjon i behandling
- 12-trinnsbehandling har virkning på alkoholbruk, det samme gjelder tilknytning til AA
- Spesifikke programmer for å forebygge tilbakefall bidrar til langsiktig bedring av egen ruskontroll. Ved alvorlige rusproblemer bør det lages planer for håndtering av kriser knyttet til tilbakefall
- Eventuelle andre psykisk lidelse og psykososiale problemer må følges opp sammen med behandlingstiltakene mot rusmiddelbruk
- Enkelte pasienter – spesielt ved samtidig alvorlig psykisk lidelse – vil trenge bolig med støtte, kollektivt eller individuelt. For disse vil oppfølging i boligen kunne ha sentral betydning
- Medikamentell behandling i form av substitusjon med metadon eller buprenorfin bidrar sterkt til å redusere bruk av heroin og gir grunnlag for psykososial behandling

Et generelt hovedpoeng er tålmodig bruk av en systematisk metode over tid i en atmosfære preget av gjensidig respekt og tillit. For de mest hjelpetrequende rusmiddelavhengige, spesielt de som også har annen psykisk lidelse, vil det vanligvis være behov for et bredt spekter av oppfølgingstiltak i eller utenfor institusjon over relativt lang tid. Slike tiltak har sannsynligvis best virkning når de gis helhetlig og integrert. Det gjelder spesielt ved samtidig alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse. Det bør legges vekt på stabilitet og kontinuitet i relasjoner, og fokus bør legges på at disse pasientene vil være spesielt sårbare for brudd i nære relasjoner, som ved bytte av behandlerkontakt og ved endring av behandlingsarena fra institusjon til utenfor institusjon.

66. NOU 2003:4; Berglund mfl, 2001

Blant personer som behandles for ruslidelser, er det mange som både har vært offer for vold, og som selv har vært voldelige.⁶⁷ Det er også en betydelig overhyppighet av problematisk rusmiddelbruk blant personer som søker behandling for vold i parforhold.⁶⁸ Behandling av problematisk bruk av rusmidler reduserer forekomsten av vold i nære relasjoner, men resultatene er bedre dersom det gis integrert parbehandling samtidig.⁶⁹

Dersom det har forekommet rusrelatert vold, vil det måtte ha en viktig plass i behandlingen rettet mot ruslidelse hvor bevisstgjøring av ulemper ved å ruse seg vil være et viktig aspekt i dialogen mellom pasient og behandler. Ved alvorlig rusmiddelmissbruk som innebærer fare for klientens psykiske eller fysiske helse, kan tvungen innleggelse i egnet institusjon være aktuelt, og hjemlet i Sosialtjenesteloven § 6–2. Formålet med tvang etter lov om sosiale tjenester er «undersøkelse og tilrettelegging av behandling» og kan være inntil tre måneder. Kriteriet er at noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og hjelpetiltak etter § 6–1 (frivillig) ikke har vist seg tilstrekkelig. Pårørende kan etter loven melde behov for tvang til sosialtjenesten, som har plikt til å undersøke om det skal fremmes en tvangssak. Det kan også være aktuelt med tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke i inntil tre uker jf. § 6–3. Utøvelse av rusrelatert vold er ikke eksplisitt nevnt i denne hjemmelen, men volden kan være et uttrykk for det kaos klienten befinner seg i, og dermed et moment som taler for bruk av denne paragrafen. En undersøkelse har også avdekket store uløste utfordringer knyttet til gjennomføringen av tiltak etter lov om sosiale tjenester, og spesielt har tvang etter denne loven virket lite egnet for gruppen med kombinasjonen ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse.⁷⁰

Det er utviklet egne behandlingsprogrammer for personer med ruslidelse og voldsproblemer.⁷¹

7.6.4 Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusproblem⁷²

Alvorlig psykisk lidelse er forbundet med økt risiko for rusproblemer. Dette innebærer store

utfordringer når det gjelder behandling og oppfølging.

Mange av de psykososiale metodene som er virksomme for personer med ruslidelser, hjelper også ved samtidig annen psykisk lidelse og vice versa.⁷³ Det antas at det er viktig å gi systematiske helhetlige behandlingstiltak over tid, men det er vanskelig forskningsmessig å fremheve enkelte psykososiale behandlingsmetoder som bedre enn andre når de strengeste forskningsmessige kriterier legges til grunn.⁷⁴

Dersom en godtar mindre strenge kriterier, kan det dras enkelte konklusjoner. En oversiktsstudie fant at følgende tre behandlinger kunne medføre redusert rusmiddelbruk hos personer med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse:⁷⁵

- Poliklinisk gruppebehandling 1–2 ganger ukentlig i mer enn seks måneder, i hovedsak med kognitiv atferdsterapi. Slik behandling var også forbundet med redusert antall sykehusinnleggelser, bedring i ADL-funksjoner⁷⁶ og livskvalitet
- Institusjonsbehandling i mer enn 12 måneder for pasienter som ikke kunne hjelpes med andre tiltak. Denne behandlingen medførte også bedring med hensyn til livskvalitet, boforhold, sysselsetting og arrestasjoner
- Læringsbaserte tiltak («contingency management») i 4–6 måneder, et tiltak som også var relatert til bedre ADL-funksjoner, økt sysselsetting og bedret økonomi

Det har vært mye diskusjon omkring integrert behandling av personer med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse. Integrasjon i denne sammenheng handler dels om å organisere de forskjellige tilbudene til pasienten i et helhetlig og koordinert behandlingsopplegg, dels at man har fokus på både ruslidelsen og den alvorlige psykiske lidelsen innenfor det samme teamet av profesjonelle fagfolk.⁷⁷ Hensikten er å oppnå klare og entydige ansvarsforhold og langvarige stabile relasjoner og å unngå for fragmentert behandling og unngå at pasientene skal måtte forholde seg til flere ulike systemer, spesielt i behandlingsmessig sårbare faser. Det har vært vanskelig sikkert å dokumentere at integrert behandling generelt gir bedre resultater enn behandling organisert på andre måter.⁷⁸ Det kan likevel antas rimelig godt dokumentert at personer med samtidig alvorlig

67. Burnette mfl, 2008; Chermack mfl, 2009; G. Lauritzen, Waal, Amundsen, & Arner, 1997

68. Stuart mfl, 2009

69. Jones, D'Agostino, Gondolf, & Heckert, 2004

70. Lundeberg & Mjåland, 2009

71. Easton mfl, 2007

72. Helsedirektoratet er i ferd med å utvikle en nasjonal faglig retningslinje for behandling og oppfølging av pasienter med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Retningslinjen antas å ville foreligge innen utgangen av 2010.

73. Tiet & Mausbach, 2007

74. Kirkehei mfl, 2008

75. Drake, O'Neal, & Wallach, 2008

76. ADL: Activities of Daily Life (dagliglivets aktiviteter)

77. Mueser mfl, 2003

Boks 7.1 Integrert behandling i samhandlingsreformen¹

Det er verdt å merke seg at prinsippene for integrert behandling svarer godt på utfordringene som beskrives i Stortingsmelding 47 om samhandlingsreformen:

«Vi har i liten grad systemer som understøtter pasientens behov for helhet i pasientforløpet. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot deltjenestene. Dette gjør at tjenestene ofte oppleves fragmenterte og uoversiktlige, og vekslingen mellom disse kan oppleves som problematisk for pasient/bruker og utfordrende for aktørene. Ofte må pasientene og deres pårørende selv ivareta mye av den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene. Brukere og pasienter påføres unødige belastninger, forsinkelser i form av økte ventetider og unødige komplikasjoner.»

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, s. 21–22

psykisk lidelse og ruslidelse har nytte av å motta flere tiltak på en koordinert måte, og nytte av at det utvikles og vedlikeholdes stabile relasjoner. Det er sannsynlighetsovervekt for at langsiktig integrert behandling hvor tverrfaglige team på en konsistent og helhetlig måte behandler pasienter med dobbeltdiagnose som er vanskelige å nå på annen måte, gir bedre resultater for de fleste enn behandling som er organisert mer oppdelt.

Integrert behandling er utviklet med ulik utforming. En sentral modell for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og dårlig funksjonsnivå – «Assertive community treatment» (ACT)⁷⁹ – blir for tiden implementert flere steder i landet (se boks 7.2). En dansk randomisert kontrollert undersøkelse av personer med første gangs psykose viste at slik behandling også er assosiert med reduksjon av rusbruk sammenlignet med ordinær behandling.⁸⁰ ACT innebærer tverrfaglige team som følger opp pasienter aktivt og om nødvendig oppsøkende også overfor pasienter som i utgangspunktet ikke er så motiverte for behandling. Det innledes et samarbeid ofte i første omgang knyttet til hjelp med dagliglivets vansker, men etter hvert benyttes et spekter av metoder avhengig av den enkelte

Boks 7.2 Assertive Community Treatment (ACT)¹

En del innbyggere med alvorlige psykiske problemer og tilleggsproblemer har vansker med å dra nytte av kommunens helse- og sosialtjenester. ACT-team har vist seg å være en god modell for å hjelpe disse brukerne. I 2007 ble det satt i gang et treårig prosjekt med ACT-team i Mossregionen for å se om metoden egner seg i Norge. Prosjektet er et samarbeid mellom Moss DPS og Råde, Våler, Rygge og Moss kommuner.

Et ACT-team er et aktivt oppsøkende behandlingsteam som jobber på tvers av nivåer og sektorer. De oppsøker brukerne der de lever – hjemme, i parker, på skole, i jobb eller andre steder. Brukerne får hjelp til å ta ansvar for bolig, medisiner, økonomi, kontakt med myndigheter og andre ting. Teamene gir tverrfaglig og tverrsektoriell behandling, som forutsetter at første og andre linjetjenester ytes og ses i sammenheng. Teamet består av psykiater, psykolog, sykepleiere, sosionom og andre yrkesgrupper. De forsøker å gi all hjelp og støtte som pasienten trenger i teamet, i stedet for å henvise brukeren til andre.

Modellen er mye brukt i Danmark, Storbritannia og USA, og det er dokumentert at tiltaket fungerer godt. ACT-modellen reduserer sykehuskostnader, øker effekten av behandlingen, og brukerne er fornøyde. Mange har fått bedre helse fordi de blir tatt vare på, blir beskyttet og får omsorg. Det er viktig å merke seg at ACT er utformet spesielt for de med alvorlig psykisk lidelse, i dette tilfellet schizofreni. Primær ruslidelse og/eller alvorlig personlighetsforstyrrelse som primær psykisk lidelse praktiseres som et eksklusjonskriterium.

1. Marshall & Lockwood, 1998; St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

pasients situasjon og ønsker. Behandlingen gjennomføres med et langvarig perspektiv i faser tilpasset pasientens motivasjon. De ACT-teamene som nå utvikles i Norge, er organisert som et samarbeid mellom kommunene og helseforetakene.

Noen pasienter med ruslidelse kombinert med alvorlig psykisk lidelse og kanskje personlighets-

78. Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried, & Walter, 2008; Kirkehei mfl, 2008

79. Kan på norsk betegnes «Aktivt oppsøkende team»

80. Petersen mfl, 2005

forstyrrelse, med tendens til aggressivitet og vold, innebærer ofte store problemer både for seg selv og for pårørende, og fordi de kan skape utrygghet rundt seg. Behandlingsmessig vil hovedansvaret – siden det dreier seg om alvorlig psykisk lidelse – ligge i psykisk helsevern. Noen vil trenge svært tett oppfølging også i perioder uten aktiv psykose. Etter stabiliserende institusjonsbehandling vil det ofte være aktuelt med tett oppfølging i bolig, i noen tilfeller bolig med bemanning. Oppfølgingen bør skje gjennom nært samarbeid mellom kommune og psykisk helsevern, og behandlingen både medikamentell og psykososial, må om nødvendig gis gjennom tvungent psykisk helsevern. Bruk av rusmidler vil gjerne forverre psykoselidelser og spesielt øke vrangforestillinger. Det videre forløp vil ofte avhenge av i hvilken grad det fortsatt brukes rusmidler som kan gi økte psykotiske symptomer. For noen vil selve bedringen av bosituasjonen uansett bidra til stabilisering.

Noen pasienter med psykose og ruslidelse vil også i de periodene de ikke har sikre vrangforestillinger, kunne representere betydelige problemer både for kommuner, psykisk helsevern og for politiet. Mange klarer ikke å nyttiggjøre seg ordinære behandlingstiltak innen psykisk helsevern fordi de har varierende eller ustabil motivasjon for behandling og stadig ruser seg. Ved risiko for vold vil sikkerhetsavdelinger være aktuelle som behandlingsarena i kortere eller lengre perioder.

7.6.5 Personer med rusutløst psykose, spesielt der den har vært assosiert med voldsepisode

Noen pasienter er uten psykose så lenge de er i rusfri tilstand, og utvikler psykose bare under påvirkning av rusmidler, spesielt cannabis, alkohol, sentralstimulerende midler eller hallusinogener. Noen kan også bli psykotiske i forbindelse med abstinensreaksjoner etter bruk av opioider, benzodiazepiner eller alkohol. Slike rusrelaterte psykoser har ofte en paranoid utforming med vrangforestillinger, uro, søvnløshet og angst. Det er åpenbart ulik sårbarhet når det gjelder risiko for å reagere psykotisk på rusmidler. Paranoide vrangforestillinger kan øke risiko for vold, og risikoen øker ved samtidig alvorlig utagerende personlighetsforstyrrelse, spesielt ved dyssosial personlighetsforstyrrelse.

Det er vanlig at pasienter med rusutløst psykose innlegges i psykiatriske akuttavdelinger under tvang etter loven om psykisk helsevern. Tvangen vil i tråd med loven vanligvis opphøre så snart den rusutløste psykosen er borte, oftest etter

ganske kort tid. Dette medfører vanligvis at pasienten utskrives. For noen innebærer det en runddans med relativt kortvarige, men sterkt destabiliserende rusutløste psykoser og mange korte innleggelser på akuttavdelinger. Noen av disse pasientene kan representere betydelige behandlingsmessige utfordringer, og enkelte viser seg etter hvert å tilfredsstille kriteriene for schizofreni.⁸¹ Noen utvikler en særskilt grenseløs og utagerende atferd under ruspåvirkning og har økt risiko for vold.

Dersom de søker behandling i Tverrfaglig spesialisert behandling for rusproblemer (TSB), kan dårlig funksjon og usikkerhet rundt den aktuelle diagnosen ekskludere dem fra slik behandling. Dyssosial og skremmende atferd kan føre til at behandlere vegrer seg for å ta ansvar for disse pasientene. Forutsetningen for å få behandling vil ofte være at pasienten selv tar ansvar for å tilpasse seg det lokale tilbudet, og at vedkommende selv fremviser motivasjon og vilje til samarbeid. I perioder med sviktende motivasjon vil disse pasientene lett falle ut av hjelpetilbudet. Konsekvensen kan bli at hovedansvaret legges til sosialtjenesten og de kommunale lavterskeltilbudene der de sprer frykt i sine omgivelser med kaotisk, uforutsigbar og raskt skiftende atferd. ACT-team kan være aktuelle også ved oppfølging av pasienter med residiverende rusutløst psykose. Dersom personen har en alvorlig personlighetsforstyrrelse som «primær» psykisk lidelse og/ eller omfattende kriminell atferd, vil vedkommende normalt falle utenfor målgruppen for ACT-teamene.

7.7 Funn fra utvalgets gjennomgang av drapssaker

7.7.1 Omfang av rusproblemer

Omfanget av rusproblemer hos gjerningspersonene varierer avhengig av målemetode. Utvalget har registrert gjerningspersonenes rusproblemer på fire ulike måter (boks 7.3).

Det var totalt 38 % (49 av 129 gjerningspersoner) som hadde en eller flere diagnoser innen rusområdet (F10-F19) på gjerningstidspunktet. Dette inkluderte ni personer med rusutløst psykose, hvorav fem personer også hadde diagnose innen schizofrenispekteret (F20-F29). Det inkluderte også 11 % (14 av 129) med alkoholavhengighet og 10 % (13 av 129) med avhengighet av andre rusmidler. Det var 40 % (51 av 129 personer) som hadde rusrelatert diagnose en gang i løpet av livet. Andel med diagnose på rusavhengighet i løpet av livet var

81. Tucker, 2009

Boks 7.3 Fire ulike måter rusproblemer er registrert på i utvalgets gjennomgang av drapssaker

1. Rusrelaterte diagnoser (ICD-10 F10.0 til F19.9). Det er registrert diagnoser både på gjerningstidspunktet og i løpet av livet. Dette er enten diagnoser satt før hendelsen av helsepersonell eller diagnose fra rettspsykiatrisk erklæring.
2. Ruset på gjerningstidspunktet. Dette er fordelt på alkohol og andre rusmidler. Dette er hovedsakelig informasjon fra rettstoksikologiske undersøkelser. I noen tilfeller er det også informasjon fra politirapporter, dommer eller annen informasjon.
3. Skadelig bruk av rusmidler i løpet av livet, fordelt på alkohol og andre rusmidler. Det er registrert hvor lang tid før drapet den skadelige bruken av rusmidler var. Dette er informasjon basert på en helhetsvurdering ut fra all tilgjengelig informasjon.
4. Hvilke rusmidler gjerningspersonen brukte siste måneden eller året før hendelsen. Dette er informasjon basert på all tilgjengelig informasjon. Ofte er det informasjon fra vitneavhør eller fra gjerningspersonen selv. Ofte kommer slik informasjon frem i de rettspsykiatriske erklæringene.

som på gjerningstidspunktet. For tre personer var diagnoser ukjent.

Det var totalt 61 % (70 av 115) som var ruset på gjerningstidspunktet, jf. tabell 7.1. For 17 gjerningspersoner er rus på gjerningstidspunktet ukjent.

Det var 66 % (77 av 117 gjerningspersoner) som hadde hatt skadelig bruk av rusmidler en gang i løpet av livet. Dette inkluderte 56 % (65 av 117) som hadde slik skadelig bruk i løpet av de siste tre månedene før gjerningstidspunktet. For 15 personer var det ukjent om personen hadde hatt skadelig bruk av rusmidler.

Årsaken til at det ble registrert flere med livshistorie av skadelig bruk og akutt rus på gjerningstidspunktet (tabell 7.1) enn det var diagnostisert med tilsvarende problem, er hovedsakelig metodisk. Utvalget har vært svært tilbakeholden med å overprøve de diagnoser som er satt av andre, det vil si at diagnose ikke har blitt satt med mindre det var gjort av noen av hjelpeinstansene eller i retts-

psykiatrisk erklæring. Utvalget har imidlertid vurdert skadelig bruk mer skjønnsmessig ut fra informasjon som var tilgjengelig og uavhengig av diagnose. Tilsvarende har man i flere tilfeller registrert akutt rus ut fra rettstoksikologisk dokumentasjon uten at man satte tilhørende diagnoser.

Det var noen flere som hadde hatt skadelig bruk av andre rusmidler i løpet av livet (48 %) enn det var personer som var ruset på andre rusmidler under gjerningen (31 %). Det var tilnærmet like mange som hadde historie med skadelig bruk av alkohol som var ruset av alkohol under gjerningen.

Den fjerde målemetoden for rusbruk var hvilke rusmidler som gjerningspersonen hadde brukt siste måned eller siste året, jf. tabell 7.2. Som forventet var alkohol det vanligste rusmiddelet, deretter kom cannabis, benzodiazepiner ikke administrert av lege og sentralstimulerende midler som amfetamin. De fleste som ruset seg på andre rusmidler enn alkohol siste måned, brukte også alkohol.

Tabell 7.1 Akutt rus på gjerningstidspunktet og skadelig bruk i løpet av livet

	Ruset på gjerningstidspunktet		Skadelig bruk i løpet av livet	
	N	%	N	%
Nei	45	39	40	34
Ja, av alkohol, men ikke andre rusmidler	34	30	21	18
Ja, av andre rusmidler, men ikke alkohol	13	11	21	18
Ja, av både alkohol og andre rusmidler	23	20	35	30
Totalt	115	100	117	100

Tabell 7.2 Hvilke rusmidler brukte gjerningspersonene siste måneden/året (N = 132)?

	Ja, siste måned (herav kombinert med alkohol)	Ja, siste året (inkl.siste måned)	Nei, ikke brukt	Ukjent
Alkohol	52	70	41	21
Heroin/andre opiate	2 (1)	5	97	30
Metadon eller subutex utenfor godkjent LAR behandling	0	1	106	25
Amfetamin eller lignende	11 (7)	26	77	29
Ecstasy	0	5	93	34
Kokaine/crack	3 (2)	8	91	33
Hallusinogene stoffer, inkl. LSD/sopp	0	4	98	30
Benzodiazepiner utenom lege ¹	18 (15)	26	72	34
Cannabis	21 (15)	37	71	24
Khat	1 (0)	2	104	26
Annet	7 (6)	10	80	42

¹ I 45 % av tilfellene vi har informasjon om (10 av 22), fikk personer som misbrukket benzodiazepiner siste året, også angstdempende medisiner fra lege.

Forekomsten av rusproblemer hos gjerningspersonene, uavhengig av målemetode, ligger mye høyere enn i den norske befolkningen (jf. kapittel 7.4). Dette var forventet ut fra studier som viser en kraftig overhyppighet av rus i forbindelse med vold og drap.⁸² Andelen med skadelig bruk av alkohol i løpet av livet var mer enn dobbelt så høy i dagens undersøkelse, sammenlignet med hva en epidemiologisk undersøkelse av menn i Oslo tidligere har vist (45 % vs. 20 %). Andelen av skadelig bruk av andre rusmidler var også svært høy i forhold til anslag for menn i Oslo (48 % vs. 2 %). Mens andelen av diagnose for alkoholavhengighet ikke var høyere enn antatt i forhold til forekomst blant menn i Oslo (11 % vs. 13 %), var det en vesentlig høyere andel av avhengighet av andre rusmidler (10 % vs. 3 %).⁸³ Forskjellene kan delvis være begrunnet i at de tidligere epidemiologiske undersøkelsene kan ha hatt vansker med å fange opp alle rusmisbrukere.

Andelen som hadde drukket alkohol de siste 12 månedene før hendelsen (63 %), er lavere enn nasjonal befolkningsundersøkelse har funnet (87 %).⁸⁴ Dette kan være begrunnet i målemetode for bruk i dagens undersøkelse, hvor det ikke ble undersøkt i detalj om personer uten historie av rusmisbruk hadde brukt alkohol siste året. Personer født i Norge hadde signifikant større andel med

alkoholforbruk siste året (73 %) enn personer født utenfor Norge (33 %).⁸⁵

Det var stor overhyppighet av bruk av cannabis (34 %) og amfetamin (25 %) det siste året sammenlignet med forventet ut fra en befolkningsundersøkelse i Norge (henholdsvis 5 % og 1 %).⁸⁶ Det var også en høy andel med personer som brukte benzodiazepiner utenom det som var forordnet fra lege det siste året (27 %), men vi har ikke funnet direkte sammenlignbare befolkningstall for slik bruk. Det var en vesentlig større andel av gjerningspersoner født i Norge som hadde brukt cannabis (40 % vs. 16 %) eller amfetamin (32 % vs. 4 %) det siste året enn personer født utenfor Norge.⁸⁷ Det var ellers ingen vesentlige forskjeller i bruk av ulovlige rusmidler det siste året mellom personer født i Norge og personer født i andre land.

Det er mulig at det var en økning i andel gjerningspersoner som var alkoholpåvirket på drapstidspunktet på 1980-tallet, men at dette har gått ned igjen. Andelen med alkoholpåvirkning under hendelsen i dagens undersøkelse (50 %) er lavere enn hva som ble funnet av Bødal & Fridhov for årene 1980–1989 (cirka 74 %). Rognum fant imidlertid en lavere andel både i perioden 1960–1964 (43 %) og i perioden 1979–1983 (39 %). Christensen fant også en lavere andel (39 %) for perioden 1930–1954. Da undersøkelsene tar utgangspunkt i forskjellige

82. Elbogen & Johnson, 2009; Fazel, Gulati mfl, 2009

83. Kringlen mfl, 2001

84. Horverak & Bye, 2007

85. $p \leq 0,001$

86. Hordvin, 2005

87. $p = 0,03$ for cannabis, og $p = 0,005$ for amfetamin

metoder, er tallene imidlertid ikke direkte sammenlignbare. For eksempel undersøkte Bødal & Fridhov både drap og drapsforsøk, mens dagens undersøkelse har konsentrert seg om drap.⁸⁸

Det kan se ut som andelen som var ruset på andre rusmidler på gjerningstidspunktet i dagens undersøkelse (31 %), er høyere enn tidligere norske undersøkelser. Bødal og Fridhov fant at cirka 17 % var ruset på andre rusmidler enn alkohol i perioden 1980–1989. Rognum fant at 7 % av personene var påvirket av beroligende eller narkotiske stoffer på gjerningstidspunktet i perioden 1979–1983 og ingen i perioden 1960–1964. Andre rusmidler var ikke et tema i Christensens undersøkelse for perioden 1930–1954.

Det er få internasjonale studier av drap det er naturlig å sammenligne med, enten fordi det er lang tid siden studiene ble foretatt, fordi det er store forskjeller i hvordan undersøkelser er foretatt, eller fordi informasjonen ikke er sammenlignbar. Vi har imidlertid detaljert informasjon om funn fra England/Wales. Andelen med historie av skadelig bruk av alkohol (48 %) eller andre rusmid-

ler (48 %) er tilnærmet lik det som er funnet i England/Wales blant gjerningspersoner som har utøvet drap (henholdsvis 50 % og 49 %).⁸⁹ Andelen med diagnose av alkoholavhengighet (11 %) og avhengighet av andre rusmidler (10 %) på gjerningstidspunktet var også tilsvarende det som er funnet i England (henholdsvis 11 % og 9 %).⁹⁰ Når man sammenligner fordelingen av hvilke stoffer gjerningspersonen brukte siste året før hendelsen med funn fra England, ser man at det var en høyere andel i Norge som brukte amfetamin (25 % i Norge vs. 6 % i England) eller benzodiazepiner (26 % vs. 4 %).⁹¹

7.7.2 Samsykelighet

Man ser av tabell 7.3 at personer med diagnose innen rusområdet oftere enn andre også hadde diagnoser innen personlighetsforstyrrelser og innen atferdsforstyrrelser/følelsesmessige for-

89. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

90. Shaw mfl, 2006

91. Shaw mfl, 2006

88. Bødal & Fridhov, 1995; R. Christensen, 1956; Rognum, 1985

Tabell 7.3 Kombinasjoner av diagnosen «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer» (F10–F19) og andre diagnoser innen psykisk helse (N = 129)

	På gjerningstidspunktet		I løpet av livet	
	Uten rusdiagnose (N = 80)	Med rusdiagnose (N = 49)	Uten rusdiagnose (N = 78)	Med rusdiagnose (N = 51)
Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser (F0–F9)	1 (1 %)	2 (4 %)	1 (1 %)	2 (4 %)
Schizofreni, schizotype og paranoide lidelser (F20–F29)	15 (19 %)	8 (16 %)	16 (21 %)	9 (18 %)
Affektive lidelser (F30–F39)	8 (10 %)	4 (8 %)	14 (18 %)	14 (28 %)
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40–F49)	11 (14 %)	4 (8 %)	14 (18 %)	20 (39 %) ¹
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50–F59)	1 (1 %)	0	3 (4 %)	5 (10 %)
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F60–F69)	14 (18 %)	24 (49 %) ²	14 (18 %)	27 (53 %) ²
Psykisk utviklingshemning (F70–F79)	0	0	0	0
Utviklingsforstyrrelser (F80–F89)	2 (3 %)	1 (2 %)	3 (4 %)	1 (2 %)
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F90–F98)	3 (4 %)	7 (14 %) ¹	4 (5 %)	13 (26 %) ²
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	0	0	1 (1 %)	1 (2 %)

¹ Signifikant forskjell mellom de med og de uten rusdiagnose med $p \leq 0,05$

² Signifikant forskjell mellom de med og de uten rusdiagnose med $p \leq 0,001$

styrrelser fra barne- og ungdomsalder. Dette gjaldt både diagnoser gjennom livet og på gjerningstidspunktet. Det kom også frem at personer med rusdiagnose gjennom livet oftere hadde livstidsdiagnose innen områdene nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-F49) enn dem uten rusdiagnoser. De fleste med rusdiagnose og livstidsdiagnose innen F40-F49 hadde imidlertid ikke slik diagnose på gjerningstidspunktet.

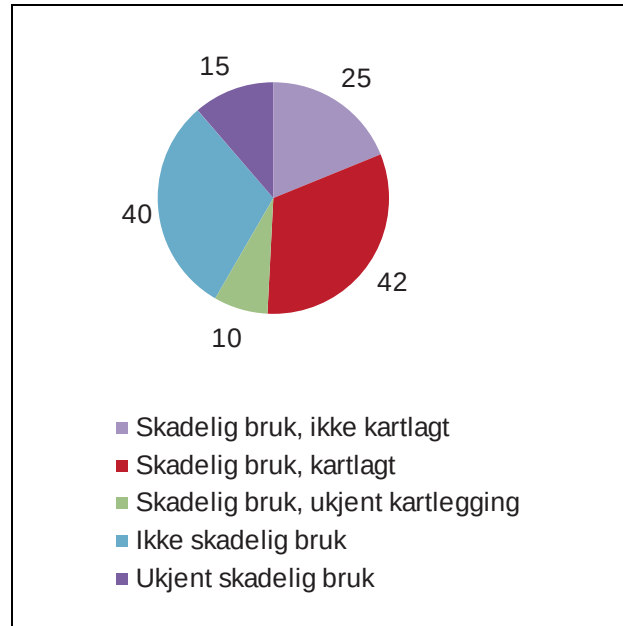
Andelen med kombinasjon ruslidelse og personlighetsforstyrrelser er ikke høyere i denne undersøkelsen enn man finner i andre norske eller internasjonale undersøkelser av rusmisbrukere.⁹²

Andelen av dem med rusdiagnose som også hadde affektive lidelser (F30-F39) og angstlidelser (F40-F49) i løpet av livet (28 % og 39 %), var tilnærmet lik det som er funnet internasjonalt.⁹³ Det er usikkert hvorfor andelen med slike lidelser var lav på gjerningstidspunktet. Diagnoser på gjerningstidspunktet er hovedsakelig satt via rettspsykiatriske erklæringer, og det er mulig at rettspsykiatriske erklæringer underreporterer slike diagnoser da de ikke har rettslig betydning og/eller fordi det kan være vanskelig å skille mellom slike sykdommer og vanlige reaksjoner i etterkant av å ha begått et drap.

7.7.3 Hvilken kartlegging og behandling hadde skjedd?

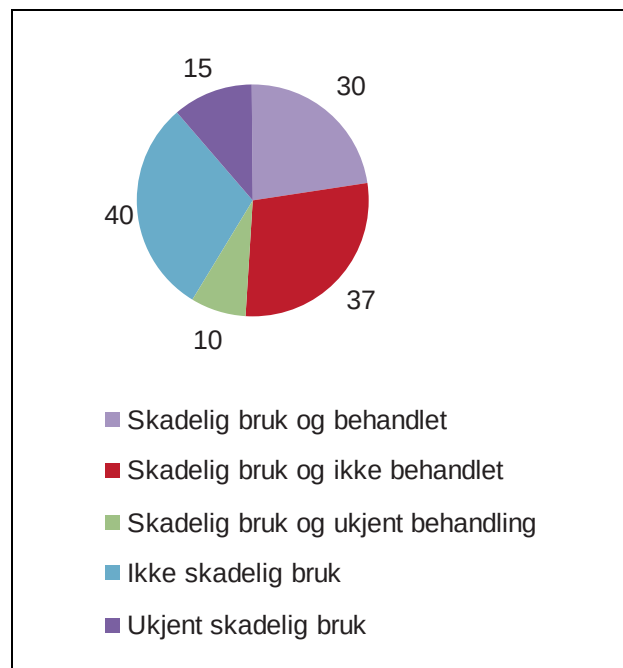
I 107 tilfeller vet vi om personen hadde livshistorie med skadelig bruk av rusmidler, og om personens rusproblemer var blitt kartlagt (figur 7.1). Dette inkluderte 40 personer som ikke hadde skadelig bruk, og 67 personer med skadelig bruk. Flertallet av personer (42 av 67) med skadelig bruk har fått deres rusproblem kartlagt. Det er imidlertid en ganske stor andel på 37 % (25 av 67 personer) som ikke hadde blitt vurdert på tross av at de hadde skadelig bruk av rusmidler. Det er vanskelig å vite om dette er grunnet mangel hos hjelpeinstanser eller fordi personene ikke selv oppsøker hjelpetjenester for slik vurdering. I 10 tilfeller har vi ikke informasjon om personer med skadelig bruk hadde fått deres rusproblem kartlagt.

I 107 tilfeller vet vi om gjerningspersonene har hatt skadelig bruk av rusmidler i løpet av livet, og om de har mottatt behandling (figur 7.2). Av dem med skadelig bruk hadde 30 fått behandling, mens 37 ikke hadde fått behandling. I 10 tilfeller hadde personen blitt kartlagt med hensyn på rusrelaterte problemer og konklusjonen var at de hadde rett på



Figur 7.1 Antall gjerningspersoner med skadelig bruk som hadde fått deres rusproblemer kartlagt

helsehjelp uten at de hadde mottatt behandling for alkohol eller rusmisbruk. I 10 tilfeller av skadelig bruk har vi ikke informasjon om de mottok behandling. I ni tilfeller mottok gjerningspersonen integrert behandling for både rusproblemer og andre psykiske helseplager. Integrert behandling har her blitt definert som behandling hvor rusli-



Figur 7.2 Antall gjerningspersoner med skadelig bruk som hadde mottatt behandling for rusproblemer

92. Ravndal mfl, 2005; Verheul mfl, 1995

93. Kessler mfl, 1996

delse og samtidig psykiatrisk lidelse behandles av samme behandlersteam i et samlet integrert behandlingsopplegg, i stedet for sekvensielt i tid eller parallelt i forskjellige behandlingsopplegg. I syv tilfeller hadde gjerningspersonen fått tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), det vil si behandlingstilbud som i stor grad var sammensatt av både helsefaglig og sosialfaglig personell. Halvparten (n = 13) av gjerningspersonene utvalget har informasjon om behandlingstid for (n = 25), hadde fått behandling for alkohol/rusmisbruk siste året før hendelsen.

7.7.4 Rus og tilknytning til offer

Drap begått av gjerningspersonene med livshistorie av skadelig bruk av alkohol/rusmidler var sjeldnere av familie og oftere av venner/bekjente enn hos personer uten kjent skadelig bruk av alkohol/rusmidler (tabell 7.4). Denne forskjellen var signifikant.⁹⁴ Det er også funnet i internasjonale studier at personer med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler oftere enn personer uten rusproblemer dreper andre enn familiemedlemmer.⁹⁵

Som nevnt i kapittel 5 var det fem drap som var relatert til gjengmiljøer og narkotikaomsetning. Fire av disse sakene var tolket slik da det i dommene antas at drapet var delvis motivert ut fra at gjerningspersonen hadde gjeld til offeret i forbindelse med ulovlig omsetning av narkotika.

Tabell 7.4 Hvem var offer der gjerningspersonen hadde skadelig bruk av rusmidler?

	Historie med skadelig bruk av alkohol eller andre rusmidler antall (%)	
	Ja	Nei
Bare drept familie-medlemmer (inklusive tidligere partnere og andre)	27 (35 %)	23 (58 %)
Drept venner/bekjente, men ikke fremmede	40 (52 %)	13 (33 %)
Drept fremmede	10 (13 %)	4 (10 %)
Totalt	77	40

94. Chisquare = 5,2; p = 0,02

95. Shaw mfl, 2006

7.8 Utvalgets råd

Utvalgets hovedfokus ved spesifisering av råd er personer med kombinasjon av rus og alvorlig psykisk lidelse. Utvalget vil særlig konsentrere seg om tiltak rettet mot denne gruppen, selv om generelle primærforebyggende tiltak også er viktig.

7.8.1 Grunnleggende anbefaling vedrørende rus, psykisk lidelse og vold

Det er svært vanskelig å forutsi hvem som dreper, og tiltak må derfor være rettet mot en bred gruppe. Personer med pågående rusmiddelmisbruk og samtidig alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse, og som tidligere har forøvet vold, bør imidlertid få særskilt oppmerksomhet og oppfølging. Intensiteten i behandlingen og oppmerksomheten omkring vold må økes jo flere kjente risikofaktorer personen er bærer av. Volde-lig atferd bør være et prioritert tema under behandling av rusavhengige pasienter, spesielt pasienter som er alkoholavhengige eller avhengige av benzodiazepiner eller sentralstimulerende stoffer.

Utvalget mener at det viktigste voldsforebyggende tiltaket er å yte god behandling og omsorg. Det er viktig at behandlingen gis til alle som har behov, og at tiltakene settes inn så snart behovene er avklart og uten unødvendig opphold. Rusbe-handling er et felt i stadig utvikling, og hva som anses som god behandling, vil stadig være gjenstand for diskusjon. Utvalget vil på dette grunnlaget anbefale at det sikres ressurser slik at behandling av ruslidelser kan skje i tråd med de anbefalingene for god behandling av ruslidelser som er til enhver tid rådende.

Utvalget vil legge til at all behandling av og omsorg for personer med ruslidelse bør ha som delmål å redusere de negative konsekvensene av rus, herunder redusere skade på individet selv og de nære omgivelsene.

7.8.2 Tidlig intervensjon

Utvalget mener at det fra samfunnets side bør satses på tidlig identifisering av personer som har problematisk bruk av rusmidler og voldsproblemer. Dette for at intervensjoner og tiltak kan komme raskt i gang. Barnevernet er viktig for tidlig identifisering og innsats for å forhindre fremtidig rus og vold. Det er også viktig med tilbud og oppfølging etter at personer er fylt 18 år. Når det gjelder tidlig intervensjon hos barn og unge, vises det særskilt til Helse- og omsorgsdepartementets «Opptrap-

pingsplan for rusfeltet» mål 3, «Mer tilgjengelige tjenester», og til Helsedirektoratets veileder om tidlig intervensjon på rusområdet (august 2009).⁹⁶ Tidlig intervensjon betyr også å sikre at fastleger har og benytter seg av verktøy for å vurdere problematisk bruk av rusmidler.

7.8.3 Integrerte tjenester og sømløse overganger

Når personer har kombinasjon av ruslidelser og andre psykiske lidelser, bør både ruslidelsen og annen psykisk lidelse behandles integrert av samme enhet. Som oftest vil pasienter med en slik kombinasjon av problemer ha behov for et fleksibelt, individualisert tilpasset og langsiktig behandlingsopplegg, med ulike former for støtte i lang tid, der intensiteten kan variere avhengig av pasientens sosiale situasjon og hvilket stress personen opplever. Tiltakene bør også ivareta de mest basale behov for bolig, stabil økonomi, sosiale relasjoner og meningsfylt aktivitet. For å få til dette trengs det samhandling mellom ulike aktører. Det er mulig at det også trengs tydelige organisatoriske direktiver og økonomiske insentiver for å sikre en slik helhetlig tjeneste.

En stabil bosituasjon er en forutsetning for vellykket behandling, for å redusere risikoen for tilbakefall og å sikre rask intervensjon ved kriser. Utvalget anbefaler at det boligsosiale arbeidet styrkes, spesielt når det gjelder personer med en kombinasjon av ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse.

Når det gjelder organiseringen av tjenestene som brukeren har behov for, mener utvalget at en integrert behandlingsmodell (jf. kapittel 7.6.4) synes å være den beste for å fremme samhandling, informasjonsflyt og langsiktighet i planene.

For å unngå brudd i pasientforløp vil utvalget sterkt henstille til at det etableres forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner for å sikre god samhandling og kontinuitet i behandlingen der pasienten beveger seg mellom ulike nivåer i helsetilbudet.

7.8.4 Satsing på aktivt oppsøkende virksomhet og høyspesialiserte tverrfaglige team

Det finnes i dag ingen tradisjon for ambulante team innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ambulant virksomhet regnes som spesielt egnet ved tidlig intervensjon og for å fange opp dem som

i korte eller lengre perioder faller ut av de ordinære polikliniske eller døgnbaserte tilbudene, for eksempel ved tilbakefall til rus. Utvidelse av ambulant og oppsøkende virksomhet er i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet.⁹⁷ Utvalget anbefaler at slike tjenester blir en integrert del av tilbudet ved ruspoliklinikkene, og at disse tjenestene arbeider tett opp mot de kommunale tjenestene og døgninstitusjonene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Slike tilbud vil med den nåværende ansvarsfordeling mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, i hovedsak være rettet mot de med ruslidelse i kombinasjon med mer moderate psykiske lidelser, men kan også inkludere pasienter med noen av de mer alvorlige psykiske lidelsene som faller utenfor tilbudene innenfor psykisk helsevern.

Utvalget støtter fortsatt satsing på ambulante akutte kriseteam ved de distriktspsykiatriske sentrene.

Utvalget støtter fortsatt satsing på ambulante behandlingsteam ved distriktspsykiatriske sentrene, der hovedmålgruppen er de med alvorlig psykisk lidelse, med og uten samtidig ruslidelse. Slike team vil normalt ikke være utformet for å behandle de «tyngste» med dobbeltdiagnoser.

For de tyngste pasientene, som er spesielt utsatte for å falle ut av hjelpetilbudene, anbefales det at det bygges og videreutvikles tverrfaglige team (døgn, poliklinisk, ambulant) som kan jobbe langsiktig, helhetlig og integrert med pasientens sammensatte problematikk. Slike team kan etableres både på sykehus, distriktspsykiatriske sentre, i kommuner eller som samarbeidsprosjekter mellom første- og andrelinjetjenester. Hovedmålgruppen for slike tiltak vil være personer med kombinasjon av ruslidelse og alvorlige psykiske lidelser. Det kan være aktuelt med modifiserte utgaver av ACT som også inkluderer grupper som faller utenfor ACT-satsingen i dag, herunder personer med kombinasjonen alvorlig personlighetsforstyrrelse og gjentatte rusutløste psykoser (se boks 7.2). Slike team trenger spesialisert kompetanse på den kompliserte dynamikken mellom rus og psykiatri, herunder risiko for utagering/vold og håndtering av den, og må utvikle kvalitative behandlingslinjer med spesielt fokus på dem som ikke klarer å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpetilbudet. Utvalget anbefaler at slike fagmiljøer knyttes opp mot forskningsmiljøer med tanke på å utvikle og jevnlig evaluere retningslinjer for hva som er anbefalt praksis. Viktig i denne sammenhengen blir forsk-

96. Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a; Helsedirektoratet, 2009a

97. Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a, s. 36

Boks 7.4 God praksis

1. Identifisering av risikogrupper i ulike kontekster – psykisk helsevesen, sosialtjenesten, barne- og ungdomstiltak, kriminalomsorg
2. Klarlegging av tidligere voldshistorie og i hvilke sammenhenger vold har skjedd
3. Utredning både av voldsrisiko, rusproblemer og andre psykiske lidelser
4. Ved behov mer detaljert utredning av for eksempel psykiske lidelser, psykologiske mekanismer og sosiale forhold
5. Behovsanalyse og individuell plan, inkludert behandlingsplan, tiltaksplan ved kriser, plan for ansvarsgruppemøter og plan for langsiktig samarbeid
6. Oppfølging og revidering av individuell plan og tiltaksplan ved kriser
7. Integrert behandling ved ruslidelse og samtidig annen psykisk lidelse
8. Aktivt oppsøkende virksomhet overfor risikogrupper og behandlingstrengende som faller ut av hjelpetilbudene
9. Behandlere tettere på pasient, pårørende og pasienten nære omgivelser når risiko for vold synes særlig høy, som i perioder med rus
10. Godt planlagte utskrivinger fra døgnavdeling
11. Etablering og vedlikehold av trygg boligsituasjon

ning på effekten av integrert behandling når det gjelder aggressiv og voldelig atferd.

7.8.5 Forskning

Det er mangelfull kunnskap om effekt av en del individrettede tiltak, spesielt når det gjelder behandling av personer med kombinasjon av ruslidelse, alvorlige psykiske lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Man kan ikke avvente nødvendig forskning for å behandle disse pasientene, men det bør imidlertid vurderes hva slags forskning som kan igangsettes for å få evaluert effekten av individrettede tiltak som er iverksatt.

Med utgangspunkt i relevant forskning og erfaringsbasert kunnskap fra de ulike fagmiljøer tilrås det at sentrale helsemyndigheter utarbeider særskilte retningslinjer og anbefalinger for hvordan «gråsoner»-pasientene (det vil si de som ikke er diagnostisert med en alvorlig psykisk grunnlidelse, men som har gjentatte psykotiske eller nærpsykotiske opplevelser) best fanges opp, både i et kortere og et lengre perspektiv.

7.8.6 Sikre utredning og stabile tjenester for de uten bekreftet alvorlig psykisk lidelse

Ved gjentatte innleggelser med psykotiske gjenombrudd under påvirkning av rus bør ikke spesialisthelsetjenesten slippe tak i pasienten før denne er utredet med sikte på både alvorlig psykisk lidelse, alvorlig personlighetsforstyrrelse og på risiko for utøvelse av vold. Særsilt viktig blir det å

vurdere risiko for utøvelse av vold ved fremtidig rus og iverksette relevante tiltak som kan sikre rask intervensjon når risikoen for vold vurderes som særsilt høy.

Selv om pasienten raskt blir upsykotisk når rusen trenges tilbake, kan det ved særsilt dårlig fungering og høy risiko vurderes om det kan etableres et tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, slik at det sikres et forpliktende og langvarig tilbud innen psykisk helsevern, i nært samarbeid med kommunale tjenester. Dersom tilbudet skal baseres på frivillighet, kan ulike varianter av ambulante, aktivt oppsøkende team bidra til å bistå pasienten også i perioder med rus og sviktende motivasjon til å ta imot hjelp.

7.8.7 Råd for å forebygge «kasteballeffekten» og råd vedrørende personer med personlighetsforstyrrelse

Rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004. Målsettingen med rusreformen var å gi personer som misbruker rusmidler tydeligere rettigheter både til sosialtjenester og helsetjenester og å sikre helhet i tjenestetilbudet. Utvalget anbefaler at det utredes nærmere om det etter rusreformen og opptrappingsplanen for psykisk helse er enkelte grupper av pasienter som stadig faller utenfor hjelpetilbudene, og som etter den nye organiseringen er ekstra sårbare for å ende som «kasteballer» i systemet.

Begrensninger og svakheter ved dagens diagnosesystem og manglende konsensus i forståelsen

av begrepet alvorlig psykisk lidelse ser ut til å skape store utfordringer for hjelpeapparatet. Dette er etter utvalgets oppfatning en mulig kilde til systemsvikt. Tilsvarende gjelder bruken av diagnosen rusutløst psykose.⁹⁸ Diagnosen rusutløst psykose må ikke stå i veien for at pasienten sikres et forsvarlig, langvarig og helhetlig helsetilbud. Hvorvidt pasientens helsetilbud skal forankres innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling må bestemmes ut ifra en helhetsvurdering der både primærdiagnose, samsyklighet og aktuell funksjon vurderes. Det må også sikres at mennesker med dyssosial personlighetsforstyrrelse får behandling for sin samsykelighet, for eksempel ruslidelse, og at «primærdiagnosen» ikke må være til hinder for at pasienten får nødvendig helsehjelp.

Ved personlighetsforstyrrelser i kombinasjon med rusproblemer og voldsproblematikk er klinisk håndtering over tid og samarbeid mellom forskjellige instanser med motivering for endring og behandling viktig. Satsing på konsistente og langvarige, helst polikliniske og utadrettede behandlingsprogrammer, der en tar hensyn til personlighetspatologien, er helt sentralt.

7.8.8 Sikkerhet og trygghet for pasienter, pårørende og personell

Utvalget mener at de distriktspsykiatriske sentrene og det kommunale hjelpeapparatet i dag ikke er tilstrekkelig dimensjonert for å ivareta de farligste og mest dyssosiale pasientene med kombinasjonen ruslidelse og annen psykisk lidelse. Det bør sørges for tilstrekkelige ressurser for å sikre integrerte og langsiktige løsninger for dem som trenger det mest.

Et nært og forpliktende samarbeid mellom politi, kriminalomsorg, helse- og sosialvesen kan bidra til å sikre tryggere håndtering av dyssosial og utagerende atferd. Det må utredes nærmere om oppfølgingen av personer med kombinasjonen alvorlig personlighetsforstyrrelse, rus og gjentatte voldelige episoder skal sikres en bedre oppfølging hvor de ytre kontrolltiltakene og samfunnssikkerheten får større vekt. For personer som er domfelt og under kriminalomsorgens ansvarsområde, bør kriminalomsorgens evne til å ta et særlig ansvar for å koordinere tiltak og tjenester styrkes.

Også helse- og sosial personell har behov for og krav på sikkerhet, og det bør etter utvalgets mening utarbeides gode maler og klare instruksjoner for å ivareta sikkerhet for dem, spesielt ved ambu-

lant virksomhet. Utvalget anbefaler lav terskel for anmeldelse av alvorlige trusler og vold mot personell, og at anmeldelser fører til rask strafferettslig forfølgning og reaksjon fra politi og rettsvesen. Det må også sikres gode rutiner for rapportering av vold mot helse- og sosial personell.

Samarbeid og støtte til pårørende og pasientens øvrige nære relasjoner, særskilt der klienten bor tett innpå disse, bør implementeres i planarbeidet. Ikke minst bør hjelpeapparatet tilstrebe å være tett innpå pasientens nære omgivelser i perioder der risikoen for vold vurderes som særskilt høy, som ved rus og kaotisk livsførsel.

7.8.9 Restriktiv forskrivningspraksis og trygge utleveringsordninger

Utvalget anbefaler at det utarbeides klare retningslinjer for svært restriktiv forskrivning av benzodiazepiner ved kjent ruslidelse og ved psykose, og spesielt hvis pasienten bruker alkohol (se vedlegg 4). Ved alvorlig personlighetsforstyrrelse bør man helt unngå forskrivning av benzodiazepiner og heller finne andre og mindre vanedannende preparater (eller ikke-medikamentelle behandlingsmetoder). Dersom forskrivning av benzodiazepiner skal skje, bør dette bare skje for korte perioder. Det bør videre etableres trygge og kontrollerte utleveringsordninger i nært samarbeid med kvalifisert helsepersonell.

7.8.10 Folkehelseperspektivet

Den største andelen av voldshendelser, derunder drap, foretas av personer som på forhånd ikke vurderes til å være i høyrisikozonen for vold, og det er tilnærmet umulig å forutse hvem som kommer til å drepe. Tiltak mot den generelle befolkningen bør derfor prioriteres. Slike primærforebyggende tiltak vil generelt ha større preventiv betydning for antall voldshendelser, og dermed drap, enn sekundærforebyggende individrettede tiltak. Stor andel av både drap og annen vold er rusrelatert, og da oftest alkoholrelaterte. Det er vist sannsynlig sammenheng mellom alkoholforbruk i et samfunn og antall voldshendelser, og utvalget støtter derfor bruk av primærforebyggende virkemidler som medvirker til å begrense alkoholforbruket i Norge.

Selv om alkohol oftere er relatert til drap og vold enn andre rusmidler, er det viktig også å opprettholde dagens primærforebyggende tiltak for å begrense omfanget av ulovlige rusmidler i samfunnet. Det har vært drøftet om drap relatert til illegal omsetning av rusmidler kan forhindres ved legalisering av rusmidler, men utvalgets gjennomgang

98. Lundeberg & Mjåland, 2009, s. 104

viser at det var svært få drap i perioden som kunne relateres til narkotikaomsetning eller økonomiske problemer grunnet rusproblemer. Utvalget henvi-

ser til det pågående utredningsarbeidet som foretas av Stoltenbergutvalget.

Kapittel 8

Oppfølging som personene mottok før hendelsen

8.1 Avgrensninger

Det står i utvalgets mandat punkt 4.1.5 at

«utvalget skal spesielt undersøke og eventuelt vurdere hva slags oppfølging som ble gitt før personene ble alvorlig syke».

I samme punkt står det også at utvalget skal undersøke og eventuelt vurdere

«om det var forhold ved utskrivning som burde ha vært håndtert annerledes..... hvorvidt det eksisterte ettervern/oppfølging i kommunen».

Utvalget tolker dette til at man skal ha spesielt fokus på hvilken hjelp personene mottok før de ble alvorlig syke, og i forbindelse med utskrivning og senere oppfølging. Det betyr at utvalget har mindre fokus på kvaliteten av de tjenestene som ble gitt mens personene var til behandling. Dette er også i tråd med hva som er mulig å gjøre innenfor utvalgets tidsramme. Gjerningspersonene har et bredt spekter av psykiske lidelser, med mange forskjellige mulige behandlingsformer. Det vil også kunne være stor uenighet om hvilken type behandling som vil være best i de ulike tilfellene. Utvalget har derfor, i tråd med mandatets punkt 4.2.5 hvor det heter at

«et gjennomgående perspektiv hvor forløp og systemer sees i en helhetlig sammenheng, forutsettes lagt til grunn for utvalgets tilnærming og metode»,

prioritert overgangene mellom hjelpeinstansene i stedet for kvaliteten av behandlingen innen hvert system.

På de fleste behandlingsområder eksisterer det ikke «gullstandarder» for behandling som man kan vurdere utvalgets resultater opp mot. På enkelte områder eksisterer det imidlertid noen veiledere. Ved gjennomgangen har utvalget valgt å vurdere hva som har skjedd opp mot følgende veiledere/rundskriv som er direkte relatert til utvalgets mandat:

- IS-9/2007 Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy

- IS-15/2006 Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid
- IS-1253 Individuell plan 2007 – veileder til forskrift om individuell plan
- IS-7/2003 Pasienter som innehar våpen – helsepersonells rett og/eller plikt til å gi informasjon til politi og militære myndigheter om pasienters helsetilstand
- IS-17/2004 Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern

Utvalget har i dette kapittelet valgt å ha hovedfokus på personer som har begått drap. Det betyr for eksempel at man ikke har foretatt strukturerte literatursøk eller gått gjennom all den omfattende kunnskapen som allerede eksisterer om behandling av psykiske lidelser i Norge. Utvalget har imidlertid trukket inn generell kunnskap om behandling noen steder.

Som nevnt over har utvalget fokusert på overgangssituasjoner i stedet for innhold eller kvalitet på gitt behandling. Da det eksisterer hypoteser om sammenheng mellom medisinbruk og aggresjon, har utvalget imidlertid også undersøkt gjerningspersonenes medisinbruk.

Dette kapittelet omhandler hvilken bistand gjerningspersonene har fått for deres psykiske helsetilstand. Begrepet psykiske lidelser inkluderer ruslidelser. Utvalget har inkludert flest mulige deler av hjelpeapparatet i sin undersøkelse, men har fokusert mest på døgntilbud og poliklinisk tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

8.2 Kunnskapsstatus

Det eksisterer i dag lite informasjon om hvordan behandling og oppfølging personer som har tatt liv, har hatt før de tok liv. Det er vanskelig å benytte internasjonal litteratur på feltet, da behandlingssystemer, behandlingsmetoder og behandlingsomfang varierer mellom landene. Det er imidlertid viktig å ta hensyn til internasjonale erfaringer om hvilke preventive tiltak som kan være effektive mot drap og vold i samfunnet.¹ Det er også verdt å merke seg at fagmiljøer i Norge har videreutviklet

Boks 8.1 Alternativ til Vold (ATV)¹

Isdal (2000) gir en beskrivelse av den grunnforståelse av volden som problem og fenomen som ligger til grunn for behandlingsmodellen ved ATV. Det er for utøveren en mening med volden som utøves. Volden kan sees på både som et problem i seg selv og som et symptom på en bakenforliggende problematikk som volden er et forsøk på å mestre. I de senere årene har det blitt et økt fokus på utøveren som forelder (Råkil 2006). Behandlingsmodellen har også blitt videreutviklet og tilpasset klienter med etnisk minoritetsbakgrunn (van der Weele, Jørgensen og Ansar, 2007). Isdal og Råkil (2002) beskriver behandlingsmodellens 4 grunnelementer:

Fokus på vold

Hovedmålsetningen i behandlingsarbeidet er å bidra til at volden stopper. For å få det til må volden tematiseres, synliggjøres, konkretiseres og beskrives. På denne måten blir volden virkeliggjort som et herværende og alvorlig problem. For å få til et slikt endrings- og bearbeidingsarbeid, må utøveren møtes med respekt og empati, i kombinasjon med alvorliggjøring og virkeliggjøring av volden som er blitt utøvd.

Fokus på ansvar

Gjennom å rekonstruere voldssituasjonene i detalj blir det som oftest tydelig at volden ikke er et resultat av kontrolltap, men at den tjener en subjektiv funksjon for utøveren. Volden behø-

ver likevel ikke å være planlagt på forhånd. Trussel om vold på bakgrunn av tidligere utøvd vold kan være en virksom måte å få den andre til å avstå fra å ta opp et sensitivt eller skambelagt tema, for eksempel voldens virkning og skadelige effekter på barna i familien.

Fokus på voldens virkning og konsekvens

Gjennom å ta egen voldsbruk på alvor legges grunnlaget for at utøveren kan ta inn over seg voldens virkning på ofrene. Å ta dette innover seg kan bidra til økt empatifølelse, noe som igjen gjør det vanskeligere for utøveren å utøve ny vold.

Fokus på sammenheng

For å kunne bidra til varige behandlingsresultater over tid ansees det som viktig å arbeide med voldens årsaker (individuelle, grupperelaterte, samfunnsrelaterte og voldsrelaterte) og funksjon. For eksempel har mange utøvere som søker hjelp på ATV, vært vitne til og vært utsatt for vold i egen oppvekstfamilie.

Tidligere evalueringer har vist positive resultater (Tafford 1997) og at det er gjennomgående god kvalitet på behandlingsarbeidet som gjøres i ATV (Høglend og Nerdrum 1996). I perioden 2009–2012 gjennomføres det en prosess og utfallsstudie av behandlingen som gis ved ATV i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

1. Høglend & Nerdrum, 1996; Isdal, 2000; Isdal & Råkil, 2002; Råkil, 2006; Tafford, 1997; van der Weele, Jørgensen, & Ansar, 2007

noen behandlingsformer hvor målsettingen er senkning av risiko for utøvelse av vold. Dette gjelder for eksempel Alternativ til Vold (se boks 8.1) og Sinnemestringsprogrammet til Brøset (se boks 8.2), hvorav det siste også er akkreditert for bruk i norske fengsler. Disse programmene er imidlertid ikke primært rettet mot alvorlig psykisk lidelse. Andre programmer og forskningsprosjekter (se

kapittel 9) inkluderer også pasienter med alvorlig psykisk lidelse og risiko for vold.

De fleste tidligere drapsstudiene i Norge har innhentet informasjon fra rettsvesen, rettsmedisinske obduksjonsrapporter og rettspsykiatriske erklæringer. Det har sjelden vært innhentet ytterligere informasjon om eventuell psykisk lidelse og hvilken behandling gjerningspersonene har motatt.² Her oppsummeres imidlertid noe av den informasjonen som tidligere er kommet frem om

1. Brookman & Maguire, 2004; Chan mfl, 2004; Cherniak, Grant, Mason, Moore, & Pellizzari, 2005; Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007; Milton mfl, 2006; The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006; Tolan, Henry, Schoeny, & Bass, 2008

2. Bødal & Fridhov, 1995; Christensen, 1956; Giertsen, 1988; Rognum, 1985; Røstad, 1982

Boks 8.2 Sinnemestring Brøset Fengselsprogrammet: «Jeg bestemmer selv – veien videre»¹

Sinnemestring Brøset Fengselsprogrammet: «Jeg bestemmer selv – veien videre» er et strukturert kognitivt program rettet mot affekt- og situasjonsbestemt vold. Programmet er Norges eneste akkrediterte voldsprogram i Kriminalomsorgen. Det grunnleggende i programmet er at endring av kognitive prosesser, relasjonelle ferdigheter og følelsesmessige/ emosjonelle tilstander gir endringer i retning av redusert kriminell atferd.

Teoretisk rasjonale

Sinnemestringsprogrammet er beregnet for voldsdømte med middels til høy risiko for tilbakefall. Målet er at dette programmet skal redusere den enkeltes risiko for tilbakefall, gjennom at personen får innsikt i sine dynamiske voldsfaktorer og kan identifisere egne kriminalitetsfremmende behov.

Sentral teoretisk forankring

Sinnemestring Brøset Fengselsprogrammet plasserer seg teoretisk innen den psykoedukative tradisjonen. Psykoedukative programmer er tidsavgrensede og manualiserte. De baserer seg på en kombinasjon av å jobbe med kognitive aspekter ved personenes voldsutøvelse og avlæring av vold som handlingsalternativ (Råkil, 2002; Milner & Myers, 2007).

I tillegg inneholder programmet elementer fra Anger Management-programmene. To oversiktsartikler publisert de senere årene støtter sterkt opp om effekten til metoden Motivational Interviewing når det gjelder å motivere personer til endring (Hettama, Steele, Miller, 2005; Rubak, Sandboek, Lauritzen, Christensen, 2005). Teknikker fra Motivational Interviewing vil derfor bli brukt gjennom hele programmet.

Programmet bygger på å lære deltakerne om egne kognitive prosesser både i den individuelle delen og i gruppedelene. Det gjennomføres individuelle samtaler hvor personen skal bevisstgjøres tanker, følelser eller kunnskap som han kan basere sine videre valg og beslutninger på. Gjennom denne treningen er målet at deltakeren skal ansvarliggjøres for sine kriminelle og voldelige handlinger, finne nye og andre måter å forholde seg på og lære å vise sine ønsker og behov på en mer sosialt akseptabel måte.

Målet for den kognitive delen av kurset er å identifisere aggressive tanker/følelser og dysfunksjonelle holdninger (grunnleggende leveregler som oppstår i gitte situasjoner). En viktig basis i dette er en sokratisk spørrestil, som stiller krav til deltakerne om å utdype egne tanker, og at personen selv må resonnerer seg frem til svaret samtidig som man bruker praktiske øvelser hele veien. Dette anses viktig for å kunne endre på eget tankemønster.

Oppsummering

Fengselsprogrammet vektlegger at den innsatte skal finne «sin egen endringsvei» gjennom motivasjon, relasjon til gruppen og en individuell tilpasning til programmet. Manualen legger opp til at hver enkelt person får belyst sine egne behov for å kunne endre på de dynamiske kriminogene faktorene. Det ligger en responsivitet i dette at programinstruktøren tar hensyn til den innsattes læringsstil (empirisk forskning finner tydelig at relasjonen er en vesentlig faktor for psykologiske endringsprosesser (Wampold, 2001). Dette vil kunne gi den domfelte bedre motivasjon, noe som er avgjørende for langtids-effekten av tiltakene (St.meld. nr. 37, side 79).

1. Hettama, Steele, & Miller, 2005; Milner & Myers, 2007; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005; Råkil, 2002; St.meld. nr. 37 (2007–2008) Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn, s. 79; Wampold, 2001

behandling av gjerningspersoner før de begår drap.

En av de få tidligere undersøkelser i Norge som sier noe om behandling, er Noreik og Gravems gjennomgang for perioden 1980–1989. De tok utgangspunkt i gjerningspersoner som ble funnet «sinnssyke» i strafferettslig forstand. Det betyr at de har et annet utgangspunkt enn dagens undersø-

kelse, og at undersøkelserne ikke er direkte sammenlignbare. De fant at nær 1/3 av gjerningspersonene som begikk drap, hadde mottatt psykofarmakabehandling på gjerningstidspunktet. Hos 9 % var det instituert behandling som ikke ble gjennomført og glapp. De skriver også at gjerningspersonene var hyppig under ambulant psykiatrisk behandling.³

Rasmussenutvalgets rapport tok utgangspunkt i 26 saker, hvorav det var dødsfall i 14 av sakene. Rapporten gjaldt gjerningspersoner som var funnet strafferettslig utilregnelige. Det betyr at det var et begrenset antall saker og med et vesentlig snevrere utgangspunkt enn dagens gjennomgang. Funnene er derfor ikke direkte sammenlignbare med dagens undersøkelse. De fant at syv av de 26 gjerningspersonene enten var innlagt i institusjon for psykisk helse eller var i ettervern innen psykisk helsevesen på tiden for de straffbare handlingene. Tre personer hadde aldri vært innlagt, men hadde vært eller var i poliklinisk behandling. Ti personer hadde tidligere vært innlagt, men hadde avsluttet behandlingskontakten. Seks personer hadde tidligere ikke hatt kontakt med psykisk helsevesen. De påpekte at psykisk helsevesen kanskje ikke hadde vært flinke nok til å fange opp behandlingsbehov og farlighet hos den gruppen som hadde avsluttet behandlingen. De påpekte også at manglende registrering av pårørendes bekymringer vil kunne oppfattes som systemsvikt. De foreslo blant annet satsing på bedre kommunikasjon mellom ulike nivåer i behandlings- og omsorgsapparatet omkring pasienten. De kommenterte også at kompetanse innen farlighetsvurdering og risikoanalyse kunne bedres.⁴

Statens helsetilsyn har gjennomgått alle saker der Helsetilsynet i fylkene hadde behandlet saker hvor personer med psykisk lidelse hadde begått drap i perioden fra 1. januar 2004 til 3. april 2009. Gjennomgangen baserer seg på 22 hendelser. En av disse hendelsene var ikke rettskraftig ved tidspunktet for utvalgets gjennomgang, men de resterende 21 sakene er inkludert i utvalgets gjennomgang. På gjerningstidspunktet var to av gjerningspersonene innlagt på akuttavdeling, 15 var under poliklinisk behandling, to uteble fra poliklinisk behandling, to hadde avsluttet behandling, og en hadde aldri hatt kontakt med psykisk helsevern. Åtte hadde en psykosed diagnose, ni hadde rusrelatert diagnose, og seks hadde depresjonsdiagnose. I 19 av sakene var offer nær familie eller venner/bekjente. I 13 av sakene var sikkerhetsrisiko ikke et tema under behandlingen, og det ble ikke utført sikkerhetsrisikovurderinger. I fire saker der voldshandlinger og truende atferd kom frem av journalen, var det ikke gjennomført strukturerte risikovurderinger for vold, som anbefalt av Helse direktoratet. Ingen av pasientene ble spurt av sine behandlere om de hadde tilgang til våpen eller andre farlige gjenstander. I de fleste tilfellene var

behovet for samarbeid mellom fastlege, kommunale tjenester og andre tjenesteytere godt ivare tatt.⁵

Helsetilsynet fant fire saker med pliktbrudd på virksomhetsnivå, hvorav det i en sak også ble gitt advarsel til helsepersonell. Det ble ikke påpekt pliktbrudd av fastlege eller kommunale tjenester i noen av sakene. Det var følgende pliktbrudd/veiledningsbehov på virksomhetsnivå:

- Brudd på § 2–2 i spesialisthelsetjenesteloven:
 - Mangel på styrende dokumenter som sikret kontinuitet i behandlingen, herunder forpliktende samhandlingsrutiner med fastlege, DPS eller sosialkontor ved utskriving.
 - Manglende implementering av rutiner/prosedyrer for forsvarlig utredning og behandling, journalføring og utsendelse av epikrise.
 - Behandler, som ikke var lege eller psykolog, hadde fått urimelig stort ansvar for å avgjøre grensene for egen kompetanse.
 - Manglende systemer for oppfølging av pasienter som sto i fare for å ta eget liv.
 - Teknisk personell hadde ikke fått opplæring i hvordan de skulle forholde seg til pasienter som var lagt inn på stengt døgnavdeling.
- Brudd på § 3–7 i spesialisthelsetjenesteloven:
 - Det var ikke utnevnt pasientansvarlig lege. Det var en sykepleier istedenfor lege/psykolog som hadde det koordinerende ansvar. Det manglet rutiner som sikret individuell medisinsk vurderings- og behandlingssamtale med lege/psykolog.

Det ble gitt advarsel til en overlege:

- Brudd på § 4 i helsepersonelloven, som handler om forsvarlig behandling:
 - Det ble pekt på mangelfull utredning, behandling og medisinerings, og manglende planlegging og tiltak i forbindelse med utskriving. Journalføringen var mangelfull når det gjaldt hvilke vurderinger som var gjort i forbindelse med overføring fra tvungen til frivillig psykisk helsevern, og epikrise ble ikke sendt til fastlege.

Statens helsetilsyn foretok også planlagte tilsyn i 2008. Ved 6 av 28 undersøkte distriktspsykiatriske sentre (DPS) ble det påpekt at det ikke forelå prosedyrer og/eller en omforent praksis for når farlighetsvurderingene skulle gjøres, av hvem, og hvordan de skulle følges opp. Ved noen av DPS-ene ble

3. Noreik & Gravem, 1993

4. Rasmussen-utvalget, 1998

5. Statens helsetilsyn, 2010

det også påpekt at avdelingen verken hadde sørget for at kompetansen på området var vurdert eller eventuelt bygget opp, og/eller påpekt at personellet anga at de var usikre på hvordan de skulle forholde seg til slik problematikk.⁶

Statens helsetilsyn foretok i 2003 en undersøkelse som ikke gikk direkte på personer som senere tok liv, men som likevel kan være relevant. De gjelder et tilsyn med 39 DPS-er og psykiatriske akuttavdelinger, med særlig fokus på psykotiske pasienter og pasienter med selvmordsproblematikk. Tilsynet konkluderte med at cirka 50 % av virksomhetene hadde mangelfulle samhandlingsrutiner mellom akuttavdelinger og DPS-er. Individuell plan ble i liten grad brukt for å bedre sammenhengen i tjenestetilbudet. Pasienter ble skrevet ut til hjemmet uten tilstrekkelig utredning og uten at det var sørget for adekvat oppfølging. Det ble påvist manglende fagkompetanse i spesialisthelsetjenesten, både i forhold til egne kvalitetsbehov og når det gjaldt veiledning til kommunehelsetjenesten. Det ble videre påvist svikt i internkontrollarbeidet ved at virksomhetene ikke hadde systemer for å evaluere og drive forbedringsarbeid på bakgrunn av erfaring, tilbakemeldinger og brukertilfredshet.⁷

Kvaliteten og omfanget av helsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer har vært evaluert flere ganger. Dette gjelder ikke minst i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008). Det vil være utenfor dette utvalgets muligheter å vurdere de aspekter ved tilbudet innen psykisk helsevern som kan påvirke voldsrisiko. Utvalget vil imidlertid minne om noen av konklusjonene fra den meget omfattende evalueringen som er gjort av Opptappingsplanen.⁸

«Det er en klar utfordring å nå frem med et kvalitativt tilfredsstillende faglig tilbud til den pasientgruppen som har mer alvorlige psykiske problemer. Særlig er det grunn til bekymring over lite tilfredsstillende behandlingsresultat for yngre mannlige pasienter med tynge psykiske problemer, ikke minst de som samtidig har alvorlig rusmiddelmissbruk.» (side 70)

«Det er således et stykke igjen før målsettingene i Opptappingsplanen er nådd når det gjelder samarbeidet mellom det psykiske helsearbeidet i kommunene og spesialisthelsetjenesten.» (side 72)

«Samarbeidet mellom fastlegene og de øvrige instansene innen det psykiske helsearbeidet i kommunene beskrives i evaluerings-

rapporten som fortsatt ikke godt nok. Dette gjelder spesielt i de større kommunene.» (side 72)

«Ansvarsgrupper oppfattes som en hensiktsmessig organisering av arbeidet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Bruk av individuell plan har økt gjennom opptappingsperioden, men det gjenstår en del før dette er gjennomført for hele målgruppen.» (side 73)

«Fastlegene gir i noen grad uttrykk for at de har dårlig kompetanse og for lite støtte til å behandle langtidssyke med alvorlige lidelser som spesialisthelsetjenesten vurderer som ferdigbehandlet og rimelig stabile. Dette gjelder sannsynligvis spesielt for pasienter med schizofreni og alvorlige personlighetsforstyrrelser.» (side 93)

«Individuell plan, kommunal ansvarsgruppe eller koordinator i kommunen ble vurdert som hensiktsmessig bare for 30–40 prosent av pasientene. Av disse pasientene hadde 75 prosent fått et slikt tilbud.» (side 93)

«Samarbeidet mellom det psykiske helsearbeidet i kommunen og NAV (daværende Aetat) er lite utviklet, noe som fra NAVs side begrunnes med at det dreier seg om ulike kulturer, og at tilrettelegging av beskjeftigelse ikke er en sentral oppgave for dem.» (side 94)

«Det er et gjennomgående funn i evalueringsporteføljen at pasienter med alvorlige psykiske vansker blir prioritert på alle nivåer.» (side 94)

«Fastlegene og de psykiske helsearbeiderne i kommunene anga at det var dårlig samarbeid om pasienter med personlighetsforstyrrelser, alderspsykiatriske problemstillinger og pasienter med dobbeltdiagnoser.» (side 94)

«Analysene viser at psykisk syke skårer lavere enn friske på de positive levekårsfaktorene som det å være gift/samboer, ha fortrolige, ha universitetsutdanning, være sysselsatt og ha høy inntekt. De multivariate analysene viser at kontrollert for alder og kjønn kommer de sykeste dårligst ut for alle levekårsindikatorer.» (side 119)

8.3 Funn fra utvalgets gjennomgang av saker

8.3.1 Kontakt med hjelpeapparat for psykiske lidelser

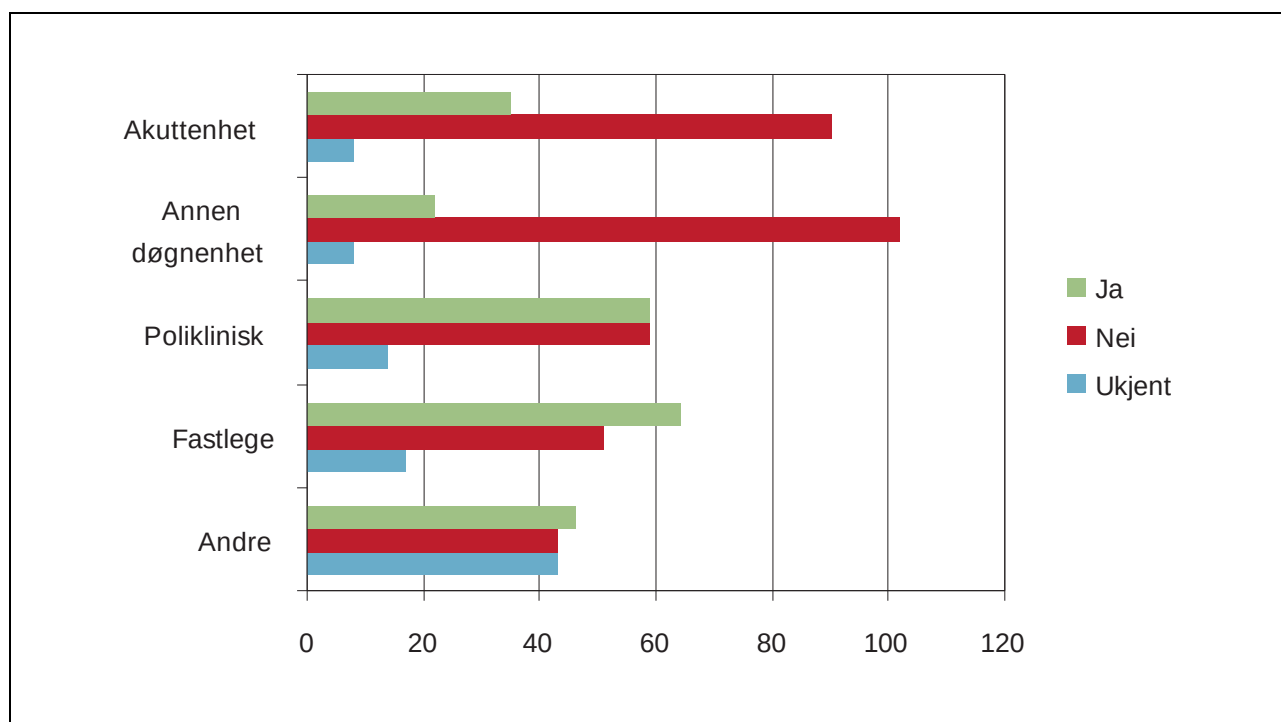
8.3.1.1 Når og med hvem har gjerningspersonene hatt kontakt om sine psykiske problemer?

Det var totalt 97 gjerningspersoner (78 %) som tidligere hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet på grunn av psykiske problemer. Det var 27 personer som ikke hadde hatt slik kontakt, mens for 8 gjer-

6. Statens helsetilsyn, 2009

7. Statens helsetilsyn, 2004

8. Brofoss & Larsen, 2009



Figur 8.1 Antall gjerningspersoner som har hatt kontakt hos ulike hjelpeinstanser for psykiske problemer i løpet av livet (N = 132)

ningspersoner er det ukjent hvilken kontakt det har vært. Den hjelpeinstansen som flest hadde benyttet ved psykiske problemer, var fastlegen (64 personer, 56 %). Dette støtter tidligere funn om at fastlegen er den vanligste hjelpeinstans i forbindelse med psykiske problemer.⁹ Den nest mest vanlige hjelpeinstansen var poliklinisk spesialisthelsetjeneste (59 personer, 50 %) (figur 8.1). Poliklinisk spesialisthelsetjeneste kunne her vært via psykisk helsevern eller via tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det var totalt 35 gjerningspersoner (28 %) som hadde vært innlagt på akuttenhet innen psykisk helsetjeneste, mens 27 gjerningspersoner (22 %) hadde vært innlagt på annen døgnenhet innen psykisk helsetjeneste enn akuttenhet.

De fleste som hadde vært innlagt på døgnenhet (akutt eller annen døgnenhet), hadde vært innlagt en (15 personer, 36 %), to (ni personer, 21 %) eller tre ganger (seks personer, 14 %). Ni personer (21 %) hadde vært innlagt 4–10 ganger, mens tre personer hadde vært innlagt mer enn 10 ganger.

De fleste som hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet, hadde hatt sin første kontakt lenge før hendelsen. For 87 personer var tidspunkt for første kontakt kjent, og det var bare åtte personer (9 %) som hadde hatt sin første kontakt siste året. Gjen-

nomsnittlig var første kontakt 10,3 år (standardavvik = 8,1 år) før hendelsen.

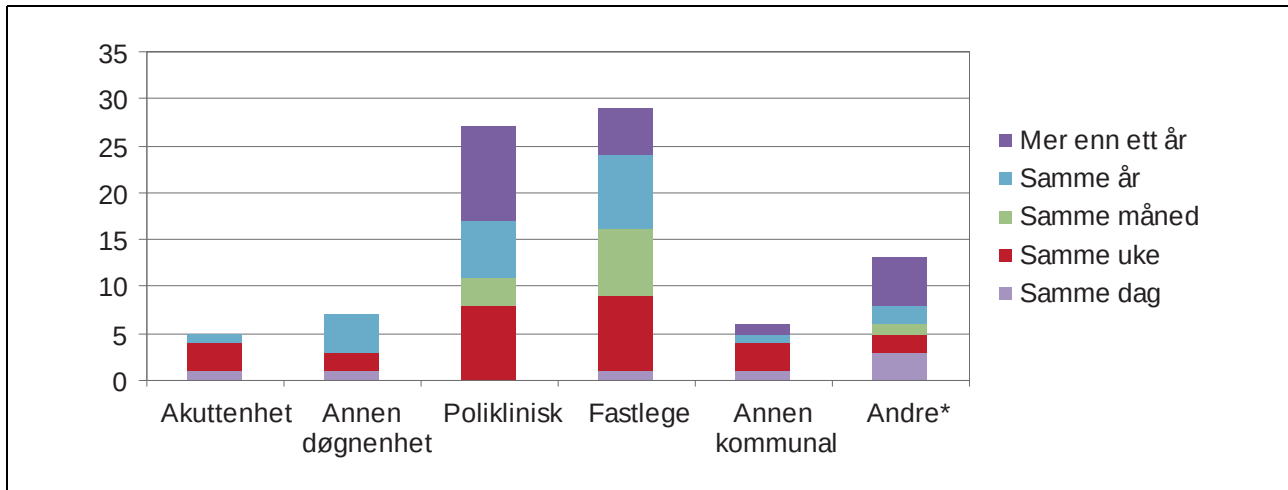
For 93 av gjerningspersonene var det kjent når siste kontakt med hjelpeapparatet var. Gjennomsnittlig var siste kontakt med hjelpeinstans i forbindelse med psykisk helseproblem 1,6 år før hendelsen (standardavvik = 3,2 år). Det var 33 personer (36 %) som hadde hatt kontakt siste uken før hendelsen, og det var 68 personer (73 %) som hadde hatt sin siste kontakt i løpet av de siste 12 månedene før hendelsen. Dette utgjør 54 % av alle gjerningspersonene som utvalget har slik informasjon om.

Det var noen variasjoner mellom pasientgruppene i bruk av psykiske hjelpetjenester siste året.

Boks 8.3 Uttalelse fra pårørende til gjerningsperson

«XX sto i kø og ventet på psykologhjelp. Fastlegen kan ikke ha fulgt opp nok. Det kan han ikke ha hatt tid til med så mange pasienter. Det er som et samleband. Hvis XX hadde kommet til psykolog tidligere, kunne kanskje alt dette vært avverget. Hvis du er psykisk syk, trenger du hjelp her og nå. Du kan ikke vente i seks måneder.»

9. Dalgard, 2008



Figur 8.2 Når og med hvilken enhet i hjelpeapparatet gjerningspersonene hadde sist kontakt med for sine psykiske problemer (N = 87)

* Andre hjelpeinstanser inkluderer Aetat, barnevernsinstitusjon, privatpraktiserende psykolog, somatisk helsetjeneste, AMK-sentral, privat avrusningssenter, studenthelsetjeneste og helsetjeneste i utlandet.

En vesentlig større andel av gjerningspersonene med diagnose i schizofrenispekteret (F20–29) (83 %) og med rusrelaterte diagnoser (F10-F19) (67 %) hadde hatt kontakt med hjelpeinstans siste året sammenlignet med de uten slike diagnoser. Det var imidlertid ikke større andel av gjerningspersonene med personlighetsforstyrrelser (F60-F69) (61 %) som hadde slik kontakt med hjelpeinstanser enn personer uten slik diagnose.

Av totalt 92 gjerningspersoner hvor det er kjent hvem de sist hadde kontakt med i hjelpeapparatet, var det for 32 personer (35 %) fastlegen som de sist hadde kontakt med. Derneft var det poliklinisk psykisk helsetjeneste (27 personer, 29 %) som var den som flest hadde hatt sin siste kontakt med før hendelsen. Det var 12 personer (13 %) hvor døgnerhet innen psykisk helsetjeneste var siste kontaktpunkt.

Når man kobler informasjonen om når og med hvem siste kontakten fant sted (figur 8.2), ser vi at det er fastlegene, poliklinisk spesialisthelsetjeneste og akuttenhetene som de fleste gjerningspersonene hadde siste kontakten med i den siste uka før hendelsen.

I 21 av 80 kjente tilfeller (26 %) var årsaken til siste kontakt med hjelpeinstanser melding om akutt behov fra gjerningspersonen eller familien. For åtte av disse var siste kontakt innen en uke før hendelsen.

Det eksisterer lite sammenlignbar informasjon om hvor vanlig det er å ha vært til behandling for psykiske helseproblemer i Norge. Offentlig statistikk beskriver for eksempel antall døgnplasser,

antall utskrivinger og antall konsultasjoner, men så langt utvalget har funnet, ikke hvor stor andel av befolkningen som har benyttet helsetjenestetilbud for psykisk helse i løpet av livet. Levekårsundersøkelsen for 2005 viste imidlertid at 9 % av befolkningen og 43 % av personer med mye psykiske plager hadde søkt faglig hjelp for psykiske problemer i løpet av de siste 12 månedene.¹⁰ Det vil si at flere av gjerningspersonene (54 %) hadde vært til behandling siste året enn det man finner selv blant personer med mye psykiske plager. Dagens undersøkelse fant også at 23 (19 %) gjerningspersoner hadde vært innlagt siste året før hendelsen. Dette var mye høyere andel enn blant befolkningen generelt (1 %) eller blant dem med mye psykiske plager (5 %) i levekårsundersøkelsen. Selv om levekårsundersøkelsen hadde et frafall av alvorlig syke og dermed en underrapportering av bruk av helsetjenester, virker forskjellen i bruk av hjelpetjenester for psykiske plager markant. Et annet element som underbygger at det var stor andel av gjerningspersonene som hadde søkt bistand for psykiske plager, var at levekårsundersøkelsen fant at kvinner og de med utdanning oftere søkte hjelp for psykiske plager. Gjerningspersonene er oftere menn uten utdanning enn befolkningen generelt, noe som skulle indikere lavere forventet andel av hjelpesøking hos gjerningspersonene. Selv om det er en høyere andel av gjerningspersonene som både hadde psykiske problemer (jf. kapittel 5) og som har hatt behov for psykiske helsetjenester enn

10. Dalgard, 2008

i befolkningen generelt, kan man ikke trekke den konklusjonen at det er årsakssammenheng mellom disse forholdene og drapene som er begått. Man må blant annet ta hensyn til at gjerningspersonene oftere har andre risikofaktorer enn befolkningen generelt. Dette kan for eksempel være at de er menn, er relativt unge, har lav utdanning, ustabil boligsituasjon, er utenfor arbeidslivet og så videre. Som beskrevet i kapitlene 4 og 6 er ikke denne undersøkelsen egnet til å analysere årsaker til at drapene skjedde.

Andelen som har hatt kontakt med psykisk helsetjeneste, er høyere enn det som er funnet i England/Wales, hvor man for eksempel har funnet at 18 % av gjerningspersonene hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjeneste for psykisk helse i løpet av livet. Det er vanskelig å vite om forskjellen er begrunnet i særtrekk ved norske gjerningsper-

soner eller i forskjeller i psykisk helsesystem i Norge og England/Wales.¹¹

8.3.1.2 Forhold ved siste avtale med hjelpeinstans for psykiske problemer

Et spørsmål som har blitt vurdert, er om hjelpeinstansen som gjerningspersonen var til behandling hos, burde ha fanget opp faresignaler. Vi vil her konsentrere oss om gjerningspersoner som var i kontakt med hjelpeinstans for psykisk helseproblem siste året før hendelsen. Dette utgjør 68 (54 %) gjerningspersoner, mens 57 (46 %) gjerningspersoner ikke hadde slik kontakt siste året, og for syv gjerningspersoner er dette ukjent. Den siste kontakten kan ha vært med både akutt-/døgn-

11. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

Tabell 8.1 Forhold ved siste kontakt med hjelpeinstans for psykisk helseproblem (N = 68)

	Ja	Nei	Ukjent	Andel negative
Møtte gjerningspersonen opp til siste avtale med hjelpeinstans?	35	13 ¹	20 ²	27 %
Ble det foretatt risikovurdering for vold ved siste kontakt eller tidligere?	14 ³	30	24	68 %
Var det tydelige tegn på emosjonell ustabilitet ved siste kontakt?	28	19	23	60 %
Var det tydelige tegn på depressiv lidelse ved siste kontakt?	24	23	23	51 %
Var det tydelige tegn på forverring i fysisk helse ved siste kontakt?	11	32	25	26 %
Var det tydelige tegn på vrangforestillinger eller hallusinasjoner ved siste kontakt?	10	37	23	21 %
Var det tydelige tegn på vrangforestillinger eller hallusinasjoner med voldelig innhold ved siste kontakt?	2	45	21	4 %
Var det tydelige tegn på fiendtlighet ved siste kontakt?	10	36	22	22 %
Var det tydelige tegn på økt bruk av alkohol ved siste kontakt?	6	41	21	13 %
Var det tydelige tegn på annen økt rusbruk ved siste kontakt?	8	38	22	17 %
Var det tydelige tegn på nylig selvskade ved siste kontakt?	2	50	16	4 %
Var det tydelige tegn på selvdrapsideer ved siste kontakt?	6	43	19	12 %
Var det tydelige tegn på ikke-psykotiske voldelige ideer ved siste kontakt?	5	45	18	10 %
Var det tydelige tegn på nylig opplevd stress ved siste kontakt?	30 ⁴	21	17	59 %

¹ I fire av tilfellene hvor gjerningspersonen ikke møtte opp til siste avtale, er det ikke dokumentert at det ble gjort noe aktivt for å kontakte personen. I seks tilfeller forsøkte man å ringe pasienten og fikk telefonisk kontakt med ham/henne i fem av tilfellene. I ett tilfelle dro man hjem til gjerningspersonen og fikk kontakt der. I tre av tilfellene kontaktet man andre hjelpeinstanser, og i to tilfeller kontaktet man familiemedlemmer av pasienten. I to av tilfellene hvor man fikk telefonisk kontakt, ble det så sendt ut brev med ny timeavtale.

² Det var 12 av gjerningspersonene som ikke var til behandling på gjerningstidspunktet, og hvor det er ukjent om han/hun møtte opp til siste behandling.

³ I åtte tilfeller var det tidligere foretatt risikovurdering ved bruk av klinisk skjønn, og det var foretatt slik risikovurdering ved siste kontakt i seks tilfeller. I ni tilfeller er det kjent hva konklusjonen var, åtte personer var vurdert til ingen eller lav risiko og en til høy risiko for vold mot andre.

⁴ Eksempler på stress er samlivsbrudd, tvungent skifte av bolig, rettslige konflikter, trusler eller fysiske konflikter.

Boks 8.4 Uttalelse fra pårørende til gjerningsperson om risikoen knyttet til samlivsbrudd

«Etter samlivsbrudd skal en ta folk skikkelig på alvor. Det er den største katastrofen som skjer i de fleste folks liv.»

Boks 8.6 Uttalelse fra pårørende om hvor vanskelig det er å fange opp risiko når gjerningspersonen skjuler sine planer

«Han visste jo hva som var rett og galt. I og med at han skjulte det så godt, så må han jo ha visst hvor galt dette var. Det var jo et dobbeltspill.»

enhet, poliklinisk spesialisthelsetjeneste, fastlege eller andre hjelpeinstanser.

I tabell 8.1 ser man at flertallet av gjerningspersonene, hvor det eksisterer dokumentasjon vedrørende siste kontakt med hjelpeinstans, hadde tegn som kunne indikere en økt risiko for vold. Det er imidlertid vanskelig å vite om dette er høye tall, eller om man vil finne tilsvarende tall blant pasienter som ikke har tatt liv. En undersøkelse i England/Wales finner også at det ved siste kontakt siste året med gjerningspersoner er vanligst å se tegn på emosjonell ustabilitet og depressivitet.¹² De finner en noe lavere andel med vrangforestillinger eller hallusinasjoner ved siste kontakt (8 %) enn det som ble funnet i dagens undersøkelse (21 %). For detaljert informasjon om personer med diagnosen schizofreni, se tabell 8.6.

I flertallet av sakene var det ikke foretatt risikovurdering, men dette trenger ikke å indikere svikt hos hjelpeapparatet. For eksempel har en undersøkelse i England funnet at de fleste drapene skjer av gjerningspersoner som helsepersonellet vurderte til å ha ingen (47 %) eller lav (41 %) voldsrisiko i nærmeste fremtid. Vi vet ikke hvor ofte det foretas voldsrisikovurderinger i pasientpopulasjoner som ligner gjerningspersonene, og vi vet derfor ikke om det har vært spesielt sjelden med risikovurderinger hos gjerningspersoner i forhold til det som er vanlig. Planlagte tilsyn av DPS-er i Norge foretatt av Statens helsetilsyn i 2008, støtter imidlertid antakelsen om at det er mangler innen rutinene for

voldsrisikovurderinger en del steder i Norge, og at dette også gjelder for gjerningspersoner som utvalget har undersøkt.¹³

Utvalget har ikke undersøkt hvordan helsepersonellet har tatt hensyn til risikofaktorene som kommer frem i tabell 8.1. Selv om det ikke er foretatt risikovurdering, vil den behandling som har skjedd ha kunnet være tilsvarende den man hadde foretatt hvis man hadde foretatt voldsrisikovurdering. Det er ikke en selvfølge at voldsrisikovurdering ville ha endret behandlingen som ble gitt, eller forhindret at pasienten senere begikk drap. For ytterligere diskusjon av risikovurderinger, se kapittel 9.

8.3.2 Utskriving fra akutt-/døgnerheter for psykisk helse

Det var totalt 42 gjerningspersoner som hadde vært innlagt på akutt- eller døgnerhet innen psykisk helsetjeneste. Dette inkluderer ikke tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For 40 av disse vet vi om poliklinisk oppfølging var startet på gjerningstidspunktet, og hvor lang tid som var gått fra de sist var utskrevet. To gjerningspersoner var innlagt på gjerningstidspunktet. Ytterligere fire gjerningspersoner var utskrevet uken før hendelsen, og hendelsen skjedde før poliklinisk oppfølging hadde startet opp. For 33 gjerningspersoner var det mer enn en måned siden siste utskrivning, inklusive 17 gjerningspersoner hvor siste utskrivning var mer enn et år før hendelsen. Det var ikke startet opp poliklinisk oppfølging for 10 av gjerningspersonene som var blitt utskrevet for mer enn en måned siden.

For de 42 gjerningspersonene som har vært tidligere innlagt og utskrevet fra akutt- eller døgnerhet, ble det undersøkt om anbefalingene i veilederen om utskrivning var fulgt (tabell 8.2).¹⁴ Utvalget har ikke innhentet informasjon direkte fra spe-

Boks 8.5 Uttalelse fra pårørende til gjerningsperson om siste tiden før hendelsen

«Uka før (hendelsen) så han jo alt dette fæle. Da gikk det på med alle disse synene.»

12. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

13. Statens helsetilsyn, 2009

14. Sosial- og helsedirektoratet, 2004

Tabell 8.2 Forhold rundt utskriving fra akutt- eller døgnenhet (N = 42)

	Ja	Nei	Ukjent	Andel negative
Skjedde utskriving gradvis?	12	21	9	64 %
Var pasienten involvert i planleggingen av siste utskriving?	23	2	17	8 %
Ble det foretatt utskrivingssamtale med pasienten før siste utskriving?	22	2	18	8 %
Ble pasienten (eller eventuelt pårørende) informert om videre oppfølging?	16	7 ¹	19	30 %
Ble pasienten informert om mulighet for tilbakefall og eventuelle tiltak pasienten kunne gjennomføre selv?	9	1	32	10 %
Ble pasienten informert om hvor han/hun kunne søke hjelp ved behov (person og telefonnummer)?	13	1	28	7 %
Er det opplyst noe sted om manglende medikamenter, resepter, sykemeldinger eller andre nødvendige erklæringer?	1	34	7	3 %
Ble pårørende/verge informert?	11	3	28	21 %
Fremgår det av journal/epikrise hvilke instanser som er varslet, og hvem som har påtatt seg videre oppfølging?	12	17 ²	13	59 %
Var pasientens boforhold avklart før utskriving?	26	3	13	10 %
Eksisterte det individuell plan og koordinator før siste utskriving?	4	18 ³	20	82 %
Ble overføring av nødvendige pasientopplysninger sikret, for eksempel ved epikrise?	21	3	18	13 %
Ble det foretatt voldsrisikovurdering før siste utskriving, jf. IS-9/2007 punkt 2.2?	6	4/12 ⁴	20	18 %
Ble klinisk testet verktøy for risikovurdering benyttet?	0	20	22	100 %
Ble eventuell voldsrisiko håndtert, jf. IS-9/2007 punkt 2.3.3?	10	6 ⁵	23/3 ⁶	38 %

¹ I fire tilfeller var det ikke planlagt oppfølging etter utskriving, og i to tilfeller var det planlagt oppfølging uten at det er dokumentert at pasienten fikk informasjon om det. I ett tilfelle var pasienten gitt informasjon om videre oppfølging, men ikke om kontaktperson.

² Det var i tre tilfeller ingen kontakt med andre hjelpeinstanser, i fem tilfeller var det ikke dokumentert kontakt før utskriving (men kontakt etter utskriving). I ni tilfeller var det dokumentert kontakt med neste hjelpeinstans, men ikke at disse hadde påtatt seg videre oppfølging og opprettet kontaktperson. Det var ikke spesielle forskjeller mellom diagnosegrupper på hvor ofte videre oppfølging var avtalt.

³ I 10 tilfeller var det verken individuell plan eller koordinator ved utskriving. I seks tilfeller var det avtalt koordinator, men ikke laget individuell plan. I to tilfeller var det laget individuell plan, men ikke avtalt koordinator.

⁴ I 16 tilfeller var det ikke foretatt voldsrisikovurdering, men det var i disse tilfellene heller ikke påkrevet med slik vurdering i henhold til veileder. I fire tilfeller var det ikke foretatt voldsrisikovurdering, selv om det var påkrevet i henhold til veilederens punkt 2.2. I to av disse tilfellene hadde man likevel håndtert voldsrisikoen i henhold til veilederens punkt 2.3.3, og i ett tilfelle foreligger det ikke informasjon om det har blitt foretatt tilstrekkelig voldsrisikohåndtering. (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a)

⁵ I seks tilfeller ble kjent voldsrisiko ikke håndtert i henhold til veilederens anbefaling om risikohåndtering. I fem av disse tilfellene var det ikke utført risikovurdering, men i fire av disse tilfellene var det heller ikke påkrevet i henhold til veilederen. I ett tilfelle var voldsrisikoen vurdert til å være middels.

⁶ I tre tilfeller indikerte risikovurderingen at pasienten ikke var farlig, og det var dermed ikke aktuelt å foreta voldsrisikohåndtering i henhold til veilederen.

sialisthelsetjenesten, men har vært avhengig av informasjon som allerede var innhentet av helsetilsynet, epikriser hos fastlegen, informasjon i rettspsykiatriske erklæringer og informasjon innhentet av politiet. Det betyr at det er mangler både ved kvalitet og omfang av informasjon om en del av momentene.

Selv med mangelfull informasjon får man inntrykk av mulig svikt innen tre områder:

Man får i mange tilfeller et inntrykk av at utskriving fra akutt- eller døgnenhet ikke skjedde gradvis, men svært brått. I flertallet av tilfellene var det en direkte overgang fra heldøgnsopphold til full utskriving. I en del tilfeller kan dette være naturlig

Boks 8.7 Uttalelse fra pårørende om behov for oppfølging etter utskriving

«Etter sykehusoppholdene hadde vi bare kontakt med fastlegen og han skrev bare ut piller til ham. Oppfølging i helst en lang periode tror jeg er bra. For de blir jo bare sendt ut og overlatt til seg selv.»

Boks 8.8 Pårørende av gjerningsperson om utskriving uten oppfølging og informasjon

«Det var fryktelig vanskelig. Du går i angst hele tiden for hva som skjer. For du vet at noe kommer til å skje. Så blir du hjelpeløs for ingen hører på deg. Det hjelper ikke hva du sier. Du ringer legen og sykehuset, og du blir ikke tatt på alvor.»

eller umulig å unngå. Eksempler på det er de tilfeller hvor pasienten ønsker utskriving uten videre behandling eller oppfølging fra enheten, og det ikke foreligger grunnlag for tvang. Det er også mulig at utskrivingen har vært mer gradvis enn det som fremkommer i dokumentasjonen. Totalt sett får man likevel et inntrykk av at det har vært vanlig med brå overgang fra å ha vært innskrevet som døgnpasient til utskriving.

Man får på samme måte i en del tilfeller inntrykk av manglende dokumentasjon når det gjelder hvordan utskriving var planlagt, og hvilken informasjon som var gitt om den videre oppfølgingen. Det var sjelden dokumentasjon på at individuelle planer var på plass og koordinator utpekt ved utskriving. Det var også ofte manglende informasjon om hvem som hadde påtatt seg hvilket ansvar videre. Det var også cirka en av tre gjerningspersoner som ikke hadde påbegynt poliklinisk oppfølging lenge etter utskriving fra døgnettenhet. Det er verdt å merke seg at tilsvarende mangler innen kommunikasjon mellom akuttenheter og DPS ble funnet ved Helsetilsynets gjennomgang i 2003. Det er også tidligere funnet mangler i veiledningen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, både i gjennomgangen av Helsetilsynet i 2003, men også i evalueringen av Opptrappingsplanen.¹⁵

Et tredje område som synes mangelfullt håndtert, er risikovurderinger. Det var sjelden dokumentert at det var foretatt en vurdering av pasienters voldsrisiko. Det forelå heller ikke informasjon om bruk av strukturerte risikovurderingsverktøy i noen av tilfellene. Det er her viktig å huske på at i flertallet av tilfellene var det ikke påkrevet med voldsrisikovurdering i henhold til veilederens punkt 2.2.¹⁶ Flertallet av gjerningspersonene skulle verken overføres til sikkerhetsavdelinger, eller innskrives, utskrives, overføres eller få permisjon i forbindelse med tvungent psykisk helsevern. De hadde heller ikke vold som en problemstilling

ved innleggelse eller under døgnoopholdet eller sykehistorie eller atferd som indikerte voldsrisiko eller aggresjonsproblematikk. Det var bare i ett tilfelle at det forelå informasjon om at det ikke var foretatt verken nødvendig voldsrisikovurdering eller voldsrisikohåndtering. Totalt sett får man dermed inntrykk av at det sjeldent dokumenteres voldsrisikovurderinger, men at man som oftest likevel tar hånd om den risiko som oppstår.

Det er viktig når man tolker informasjonen om akutt- og døgnettenheter, å huske på at det er mulig at det foreligger informasjon i sykehusjournaler som utvalget ikke har gått gjennom. Det er også viktig å være klar over at selv om vi ser en tendens til svikt, betyr ikke det at svikten har vært medvirkende årsaksfaktor til drap. Det er fullt mulig at de samme svikttendensene eksisterer for pasienter som ikke har tatt liv. For eksempel er andelen med individuell plan ikke lavere blant gjerningspersonene som har vært innlagt, enn man har funnet i andre pasientpopulasjoner.¹⁷

8.3.3 Utskriving fra poliklinisk spesialisthelsetjeneste

Det var totalt 59 (50 %) gjerningspersoner som hadde hatt poliklinisk behandling av spesialisthelsetjeneste, enten innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette inkluderte 25 gjerningspersoner som var under poliklinisk behandling på gjerningstidspunktet. Det var 59 gjerningspersoner som ikke hadde hatt slike tjenester, mens det manglet informasjon om eventuelle slike tjenester for 14 gjerningspersoner. Av de 59 som hadde hatt polikliniske spesialisthelsetjenester, var det 14 personer som ikke tidligere var utskrevet fra slike tjenester.

15. Brofoss & Larsen, 2009; Statens helsetilsyn, 2004

16. Sosial- og helsedirektoratet, 2007a

17. SINTEF, 2009; Statens helsetilsyn, 2008

Tabell 8.3 Forhold ved utskriving fra poliklinisk spesialisthelsetjeneste (N = 45)

	Ja	Nei	Ukjent	Andel negative
Eksisterte det en plan for oppfølging etter siste utskriving?	9	15 ¹	21	63 %
Ble det foretatt risikovurdering for vold før siste utskriving?	2	5/14 ²	24	24 %
Ble strukturert klinisk verktøy for risikovurdering benyttet?	0	18	27	100 %

¹ I 10 tilfeller var det ikke noen kontakt med andre hjelpeinstanser før utskriving. I fem tilfeller var det dokumentert kontakt med andre hjelpeinstanser før utskriving, men ikke at disse hadde påtatt seg ansvar for videre oppfølging, eller at det var opprettet kontaktperson.

² I 19 tilfeller var det ikke foretatt risikovurdering i forhold til vold, hvor det i fem tilfeller var påkrevet i henhold til IS 9/2007 punkt 2.2, mens det i 14 tilfeller ikke var påkrevet.

Veilederen for utskriving fra døgnopphold er ikke direkte anvendelig når det gjelder poliklinisk forhold. For eksempel er det ikke like ofte behov for behandling og oppfølging etter poliklinisk behandling som etter døgnbehandling. Utvalget har derfor ikke vurdert utskrivingsrutiner fra poliklinisk behandling like inngående.

Det viste seg at for flertallet av utskrivingene fra poliklinisk behandling var det verken tatt kontakt med andre instanser før utskriving eller avtalt videre oppfølging (tabell 8.3). Om andelen er høy eller liten, er vanskelig å vite uten at man vet hvor vanlig det er med slik oppfølging blant andre polikliniske pasienter, og hvilke behov for oppfølging pasientene hadde.

Det var enda sjeldnere foretatt voldsrisikovurderinger før utskriving fra poliklinisk behandling enn fra døgnbehandling. I fem tilfeller som utvalget kjenner til, indikerer veilederen at slik risikovurdering burde vært foretatt. Dette forsterker inntrykket fra døgnhetene om at voldsrisikovurdering ikke brukes så ofte som anbefalingene fra direktoratet legger opp til.¹⁸

Det forelå bare i få tilfeller tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere om eventuell voldsrisiko var håndtert av de polikliniske spesialisthelsetjenestene i henhold til retningslinjene i veilederen.

8.3.4 Kontakt med annet hjelpeapparat

I tillegg til å ha kontakt med hjelpeinstanser for psykiske problemer hadde en stor andel også hatt annen kontakt med hjelpeinstanser (figur 8.3).

Det var totalt 77 (72 %) gjerningspersoner som hadde mottatt bistand fra NAV eller sosialtjeneste, inklusive 64 personer som hadde bistand fra NAV eller sosialtjeneste på gjerningstidspunktet. Det

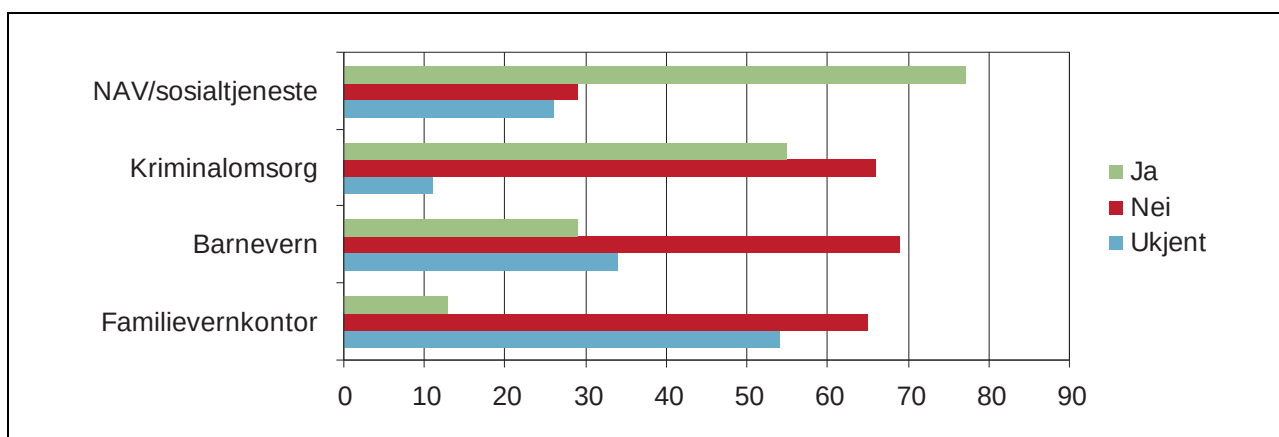
var 29 (27 %) gjerningspersoner som ikke hadde mottatt noen bistand, og for 26 gjerningspersoner var det ukjent om de hadde mottatt bistand. Det er vanskelig ut fra opplysningene i foreliggende dokumentasjon å vurdere om det burde vært gitt mer bistand, for eksempel i forhold til dem som var uten fast bosted. Det foreligger tegn på svikt i oppfølgingen fra NAV eller sosialtjenesten i 12 tilfeller, hvorav syv tilfeller gjelder bolig. Dette er imidlertid subjektive vurderinger som er foretatt basert på en begrenset mengde med informasjon. Blant annet har utvalget, på grunn av den knappe tid til rådighet, ikke hatt anledning til å innhente informasjon direkte fra NAV eller sosialtjenesten.

Den nest hyppigste hjelpeinstansen for gjerningspersonene var kriminalomsorgen, som 55 (46 %) personer hadde vært i kontakt med i løpet av livet. Seks av disse var under kriminalomsorg på gjerningstidspunktet. Det var 66 (55 %) personer som aldri hadde hatt kontakt med kriminalomsorgen, mens for 11 personer er det ukjent om de hadde hatt kontakt med kriminalomsorgen. Det var bare i to tilfeller hvor man fant negative kommentarer om siste kontakt med kriminalomsorgen, og disse var ikke direkte relatert til voldshandlinger.

Det var totalt 29 (30 %) av gjerningspersonene som hadde hatt kontakt med barnevernet i oppveksten, hvorav 27 hadde hatt slik kontakt før de fylte 16 år. Det var totalt 18 (17 %) av gjerningspersonene som hadde vært under barnevernets omsorg, inklusive 13 som hadde slik kontakt før de var fylt 16 år. For 34 personer var det ukjent om de hadde hatt kontakt med barnevernet i oppveksten eller ikke.

Til sammen hadde 13 av gjerningspersonene (17 %) mottatt hjelp av familievernkontor. For 54 personer var det ukjent om de hadde mottatt bistand fra familievernkontor eller ikke.

18. Sosial- og helsedirektoratet, 2007a



Figur 8.3 Antall gjerningspersoner som har hatt kontakt hos andre hjelpeinstanser i løpet av livet (N = 132)

8.3.5 Pårørendes kontakt med hjelpeinstanser og ønske om innleggelse

Pårørende til 40 (44 %) av gjerningspersonene hadde vært i kontakt med hjelpeinstanser i forbindelse med gjerningspersonenes psykiske helse, mens det ikke hadde vært slik kontakt i forbindelse med 51 (56 %) gjerningspersoner. Flertallet av pårørende hadde altså ikke kontakt med hjelpeapparatet før hendelsen. For seks gjerningspersoner hadde siste kontakt mellom pårørende og hjelpeinstans vært i løpet av de to siste dagene før hendelsen.

For 11 av gjerningspersonene fantes det opplysninger som indikerte at fire pårørende og syv gjerningspersoner ønsket innleggelse siste måned før hendelsen, uten at dette var skjedd. Seks av dem som ønsket behandling, sto på venteliste på gjerningstidspunktet, to personer var vurdert til ikke å ha behov for innleggelse, for to personer var innleggelse planlagt, mens det for en person er ukjent hvorfor innleggelse ikke hadde funnet sted. Av de 11 personene var det syv personer med rusrelatert diagnose, seks personer med schizofreni/paranoid psykose og to personer med personlighetsforstyrrelse på gjerningstidspunktet. De fire tilfellene hvor pårørende ønsket innleggelse av gjerningspersonen, dreide seg alle om personer

med diagnosen schizofreni eller paranoid psykose på gjerningstidspunktet.

For åtte gjerningspersoner var det informasjon om at pårørende ønsket innleggelse mer enn en måned før hendelsen uten at det ble tatt til følge. I seks av disse tilfellene ønsket ikke gjerningspersonen selv å bli innlagt. For 104 gjerningspersoner forelå det ikke informasjon som tydet på at ønske om innleggelse ikke ble oppfylt. For ni gjerningspersoner er det ukjent om det forelå slike uoppfylte ønsker om innleggelse.

Et moment som har vært drøftet, er om det er tilstrekkelig med behandlingsplasser innen akutt-/døgneheter. Som nevnt begikk noen pasienter drap mens de ventet på innleggelse. I de fleste tilfellene var begrunnelsen for at de ikke ble akutt innlagt, at det var ønske om planlagt innleggelse. Utvalget har ikke inntrykk av at manglende innleggelser hovedsakelig skyldtes manglende plasser. Undersøkelser av sammenheng mellom endring i døgnplasser og endring i volds-/drapsrater har gitt forskjellige resultater. Man har funnet en økning i alvorlig kriminalitet i samme periode som det har vært nedgang i antall sykehussenger i Norge, men det har man ikke funnet i England.¹⁹ Det er på denne bakgrunn vanskelig å uttale seg om hvorvidt mangel på sykehussenger er en medvirkende faktor til at det skjer drap i Norge.

Et annet spørsmål er hvor stort behov det er for slike behandlingsplasser for å sikre nødvendig helsehjelp til pasientene. Dette kan gjelde både behandlingsplasser for personer som er under kriminalomsorgen, og for personer som ikke har begått kriminelle handlinger. Utvalget har ansett

Boks 8.9 Uttalelse fra gjerningsperson med schizofreni

«Det er hjelp for meg å være på sykehuset. Tankene blir roligere.»

19. Hartvig & Kjelsberg, 2009; Mullen, Burgess, Wallace, Palmer, & Ruschena, 2000; Szmukler, Thornicroft, Holloway, & Bowden, 1999

det som utenfor sitt mandat å drøfte hvor mange døgnplasser det bør være innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge.

8.3.6 Medisinbruk

Spørsmålet om gjerningspersonenes medisinbruk, eller mangel på medisinbruk, kan ha medvirket til aggresjon, er interessant. I denne undersøkelsen har utvalget konsentrert seg om medisiner som er forskrevet for psykiske lidelser.

Det var 41 (34 %) av gjerningspersonene som hadde fått forskrevet medisin på gjerningstidspunktet. Utvalget har ikke funnet direkte sammenlignbare tall for befolkningen generelt. Levekårsundersøkelsen for 2005 indikerte at 3 % av befolkningen hadde fått medisiner for psykiske plager siste året, mens 24 % av dem med mye psykiske plager hadde fått slike medisiner.²⁰ Det vil si at man her finner samme forhold som under bruk av hjelpetjenester, nemlig en overrepresentasjon.

Vanligste medisin var angstdempende medisin, og da oftest benzodiazepiner og antipsykotika (tabell 8.4). Hvis man igjen sammenligner med levekårsundersøkelsen fra 2005, finner man en høyere andel med bruk av angstdempende i forhold til andel som bruker antidepressiva, enn forventet.²¹

De fleste hadde kun en kategori medisin (24 personer), men 12 personer hadde to og fire personer hadde tre ulike kategorier av medisiner, mens en person hadde medisiner innen fire av kategoriene nevnt i tabellen. Det var 14 av de som gikk på antipsykotika som var samtidig medisinert med

andre medisiner, hovedsakelig angstdempende (ni), antidepressiva (seks) eller stemningsstabiliserende (seks). Tilsvarende var det 10 personer som gikk på en kombinasjon av angstdempende og annen medisin, hovedsakelig antipsykotika (ni), mens noen kombinerte med antiepileptika (tre), antidepressiva (tre) eller medisin for ADHD (to).

Tilsvarende det som gjelder andre gjerningspersoner, var omtrent to av tre som hadde forskrevet medisiner, ruset på gjerningstidspunktet. Det er ingen forskjeller mellom de ulike gruppene av medisiner, med ett unntak. Av 12 gjerningspersoner medisinert med diazepam, var 11 ruset enten på alkohol (ni) og/eller på andre rusmidler (åtte) på gjerningstidspunktet. De fleste (10) av gjerningspersonene medisinert med diazepam hadde diagnose innen rusmiddelområdet (F10-F19). Det er usikkert hvorfor så stor andel av gjerningspersonene på diazepam hadde rusproblemer. Så langt utvalget vet, er det ikke noe som tilsier at dette skal være en foretrukket medisin for personer med rusproblemer. Som drøftet i eget kapittel om rus kan kombinasjonen av alkohol og benzodiazepiner øke risikoen for vold. Man kan ikke konkludere med at dette er årsak til at drap har skjedd i disse tilfellene, men det kan ha vært en medvirkende faktor. I fire av tilfellene mottok gjerningspersonene også antipsykotisk medisinering.

Det var relativt mange av gjerningspersonene hvor det forelå informasjon som indikerte problemer rundt forskriving eller utlevering av medisiner (tabell 8.5). Det var imidlertid svært mange ulike forhold som det forelå informasjon om: indikasjoner på overmedisinering (seks tilfeller), rask avslutning av medisinering av pasienten uten avtale med lege (seks tilfeller), mulig uheldig beslutning om avslutning av medisinforskriving fra lege (tre tilfeller), mye skifting av medisiner

²⁰ Dalgard, 2008

²¹ Dalgard, 2008

Tabell 8.4 Hvor mange brukte medisin på gjerningstidspunktet (N=132)?

Medisin	Antall ja	Antall nei	Antall ukjent	Prosent ja
Medisin for ADHD (ritalin, dexedrin, strattera)	3	110	19	3 %
Antipsykotika	20	95	17	17 %
Antidepressiva	9	102	21	8 %
Antiepileptika, stemningsstabiliserende	8	109	15	7 %
Angstdempende	24 ¹	84	24	22 %
Metadon/subutex	0	119	13	0 %
En eller flere av disse medisinene	41	79 ²	12	34 %

¹ Hvorav 12 på diazepam, 7 på oxazepam, og 5 personer som benyttet andre typer/kombinasjoner

² Blant 79 gjerningspersoner kodet som umedisinerte, var det ikke komplett informasjon om alle typer medisiner for 15 av personene

Tabell 8.5 Medisinbruk på gjerningstidspunktet (N = 41)

	Ja	Nei	Ukjent	Andel negative
Var det noe informasjon som indikerte problemer rundt utskriving eller utlevering av medisiner?	24 ¹	16	1	60 %
Tok gjerningspersonen medisiner som forskrevet siste måned før gjerningstidspunktet?	12	14 ²	15	54 %
Klaget gjerningspersonen over bieffekter av medisinen?	11	18	12	38 %

¹ Disse 24 gjerningspersonene inkluderte 17 personer med rusrelaterte diagnoser, 10 personer med personlighetsforstyrrelse og syv personer med schizofreni/paranoid psykose.

² I 13 tilfeller har man indikasjoner på mulig årsak til at gjerningspersonen ikke tok medisin som forskrevet på gjerningstidspunktet: rusavhengighet (seks), mangel på innsikt i egen sykdom (fire), bieffekter (en), andre grunner (to). Det var 11 av de 14 gjerningspersonene som ikke tok medisin som foreskrevet som hadde rusrelatert diagnose, seks som hadde diagnose innen schizofreni, og fire personer hadde personlighetsforstyrrelse. I 12 av tilfellene vet man om pasienten var blitt fulgt opp med hensyn på sin feil/manglende bruk av medisin. Dette var ikke gjort i tre av tilfellene. I syv tilfeller hadde pasienten fått informasjon om mulige konsekvenser eller blitt oppmuntret til bruk ved direkte kontakt, og i ett tilfelle var pasienten blitt tvangsinnlagt grunnet manglende medisinbruk. I 10 av de fjorten tilfellene med feil/manglende medisinbruk var det utskrevet antipsykotika. I syv tilfeller var det utskrevet angstdempende, hovedsakelig diazepam (fem tilfeller). Noen av gjerningspersonene som ikke tok medisiner som forskrevet, hadde også fått forskrevet stemningsstabiliserende medisin (tre), antidepressiva (to) eller medisin i forhold til ADHD (to).

(tre tilfeller), praktiske problemer rundt utlevering medisin (tre tilfeller), økonomiske problemer som forhindrer forskrivelse/uttak medisiner (to tilfeller), og aggresjon fra pasient som har ønsket å få forskrevet medisin (to tilfeller). Personer med rusrelaterte diagnoser var klart overrepresentert blant personer der det var indikasjoner på problemer med utlevering eller forskrivning av medisiner. Utvalget har inntrykk av at det samme gjelder der det har vært vanskelig å skape stabilitet i andre typer behandling.

Totalt sett sitter utvalget igjen med et inntrykk av at for mange av gjerningspersonene har det vært vanskelig å ivareta en stabil medisinsk behandlingssituasjon. Dette kan være begrunnet i

forhold både hos gjerningspersonen og hos hjelpeinstansene.

Et annet forhold er at det ser ut til å ha vært en uheldig kombinasjon av medisiner med benzodiazepiner og alkohol-/rusmisbruk.

8.3.7 Oppfølging av personer med schizofreni/paranoid psykose

8.3.7.1 Innledning

Som beskrevet i kapittel 5, var det 23 gjerningspersoner med schizofreni (20 personer) eller paranoid psykose (tre personer) på gjerningstidspunktet. Utvalgets gjennomgang viser hovedsakelig samme funn rundt denne gruppen pasienter som for hele gruppen beskrevet ovenfor. Det ser ut til å ha vært en mangel på risikovurderinger. I en del tilfeller ser det ut som forskrivning fra akutt-/døgnenhet skjer ganske brått, og i noen få tilfeller uten nødvendig planlegging og overføring av informasjon. Det var en stor andel av gjerningspersonene på antipsykotisk medisiner som ikke brukte medisiner som anbefalt. Det var også en stor andel som hadde skadelig bruk av rusmidler uten å ha mottatt behandling for dette, på tross av at flere hadde fått deres rusmiddelmissbruk vurdert.

Til sammen var 11 av gjerningspersonene diagnostisert med schizofreni eller paranoid psykose før hendelsen, mens 12 fikk slik diagnose i forbindelse med rettspsykiatrisk undersøkelse. Dette er ikke en stor andel udiagnostiserte personer med schizofreni sammenlignet med det en kan forvente i befolkningen. For eksempel har en metastudie av

Boks 8.10 Uttalelse fra gjerningsperson om sin utvikling av medikamentmisbruk

«I syttenårsalderen prøvde jeg hasj. Var vel kanskje nitten da jeg prøvde amfetamin. Jeg tror jeg var rundt atten år da jeg første gang fikk valium av legen. Jeg ble senere satt fast på tabletter. Etter hvert gikk jeg på 100 Vival og 100 Paralgin Forte (per måned). Senere fikk jeg også Somadril i tillegg. De siste 6–7 årene har jeg regnet meg frem til at jeg har fått nærmere 25 000 tabletter forskrevet. Jeg skulle vært på nedtrapping, men jeg ble jo avhengig av tabletter, så jeg var jo bare glad til for at jeg fikk tabletter. Samtidig rusa jeg meg på andre ting... Jeg brukte amfetamin nesten daglig.»

Boks 8.11 Uttalelse fra gjerningsperson om møte med lege da han begynte å føle seg dårlig psykisk og ikke klarte jobben

«Jeg fortalte fastlegen min at jeg hadde problemer og ikke kunne jobbe. Men jeg fikk ikke noe hjelp, og jeg skjønnte jo ikke at jeg hadde psykose. Fastlegen sa at jeg spilte for å få sykemelding.»

188 forekomststudier funnet livstidsforekomst på 0,4 %, mens en studie som har gått inn og undersøkt nøyte også personer som vanligvis ikke fanges opp, har funnet livstidsforekomst på 3,5 %.²²

8.3.7.2 Forhold ved utskriving fra akutt-/døgnerhet

Det var totalt 15 av de 23 personene med schizofreni/paranoid psykose som hadde vært innlagt på akuttavdeling (14 personer) og/eller døgnavdeling (åtte personer) for psykisk helse. De fleste hadde vært innlagt en gang (seks) eller to (tre) eller tre ganger (tre), mens tre hadde vært innlagt 10 eller flere ganger.

Et spørsmål som ofte reises i forbindelse med såpass alvorlig syke pasienter, er om de blir skrevet ut for tidlig og begår drap like etter utskrivingen. Det var en pasient som var innlagt på gjerningstidspunktet, og en person begikk drap noen dager etter utskriving. Ellers var det ingen som begikk drap innen to måneder. Det er dermed vanskelig å si at dette er et generelt problem ved drap begått av personer med schizofreni.

Som for pasienter generelt var det ikke alltid startet poliklinisk oppfølging etter utskriving. Dette gjaldt tre pasienter som sist var utskrevet fra akuttavdeling, og en pasient som sist var utskrevet fra annen døgnavdeling.

Forholdene ved utskriving fra akutt-/døgnerhet ser ut til å ha vært ganske like for gjerningspersoner med schizofreni som hos de andre pasientene. Som for andre pasienter hadde en stor andel av gjerningspersoner med schizofreni ikke en gradvis utskriving fra akutt-/døgnavdeling (9 av 13 personer). Det forelå imidlertid informasjon om at pasienten var involvert i planlegging av utskrivingen i tilnærmet alle tilfellene, og at det ble foretatt utskrivingssamtale. I de fleste tilfellene var pasienten informert om videre oppfølging og kontaktperson

(8 av 11 personer). I seks av syv tilfeller ble pårørende informert om utskrivingen. I 10 av 13 tilfeller var det dokumentert kontakt med andre hjelpeinstanser før utskriving, men i fem av tilfellene var det ikke dokumentert at disse hadde påtatt seg videre oppfølging, og at det var opprettet kontaktperson. I ni av 11 tilfeller var boforholdet avklart før utskriving. Det eksisterte individuell plan og koordinator i tre av 12 tilfeller. I 10 av 12 tilfeller ble overføring av informasjon til neste hjelpeinstans sikret ved for eksempel oversending av epikrise. Det var foretatt risikovurdering for vold ved fire av 11 tilfeller. Det var ikke nødvendig med slik risikovurdering i henhold til IS-9/2007 punkt 2.2 i fire tilfeller, og det var ikke utført nødvendig risikovurdering i tre tilfeller. Dette gjaldt tre tilfeller med nylige utførte voldshandlinger eller alvorlige trusler med våpen. I to tilfeller er det også indikasjoner på at man ikke håndterte eksisterende voldsrisiko i henhold til IS-9/2007 punkt 2.3.3. Dette var i ett tilfelle hvor tvangsvedtak ble opphevet ved dom og farekriteriet kommentert, og i ett tilfelle hvor det ikke ble foretatt risikovurdering og ikke planlagt videre oppfølging etter utskriving. I tillegg var det et tilfelle hvor det ikke ble satt inn tiltak fordi voldsrisikoen ble ansett som lav, på tross av flere tidligere voldshendelser. I alle disse tre tilfellene var det ett år eller mer mellom utskriving og gjerningstidspunkt.

8.3.7.3 Forhold ved siste kontakt

Det var totalt 20 personer som hadde hatt kontakt med en eller annen hjelpeinstans for psykiske problemer. De fleste (17 personer) hadde hatt slik kontakt i mer enn ett år. De fleste (19 personer) hadde også hatt slik kontakt det siste året. Det var 10 personer som hadde kontakt med hjelpeapparatet den siste uken før hendelsen. Dette ligner funn fra England/Wales, som fant at 44 % av gjerningspersoner med schizofreni som hadde hatt kontakt med hjelpeinstanser, hadde hatt slik kontakt siste uken før hendelsen.²³ Den vanligste instansen som hadde siste kontakt med pasienten, var poliklinisk psykisk spesialisthelsetjeneste (syv personer), fastlege (seks personer) og døgnerhet (fire personer). Som oftest var siste kontakt begrunnet i rutine (åtte personer), men i fire tilfeller var det et akutt behov som var begrunnelsen for siste kontakt.

Da de fleste schizofrene hadde kontakt med hjelpeinstanser, blir det et spørsmål om det var

22. Mykletun mfl, 2009

23. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

Tabell 8.6 Forhold ved siste kontakt med hjelpeinstans for psykisk helseproblem som gjerningspersoner med schizofreni eller paranoid psykose hadde (N = 19)

	Ja	Nei	Ukjent	Andel negative
Møtte gjerningspersonen opp til siste avtale med hjelpeinstans?	12	5 ¹	2	29 %
Ble det foretatt risikovurdering for vold ved siste kontakt eller tidligere?	4	9	6	69 %
Var det tydelige tegn på emosjonell ustabilitet ved siste kontakt?	9	7	3	56 %
Var det tydelige tegn på depressiv lidelse ved siste kontakt?	6	10	3	38 %
Var det tydelige tegn på forverring i fysisk helse ved siste kontakt?	3	11	5	21 %
Var det tydelige tegn på vrangforestillinger eller hallusinasjoner ved siste kontakt?	8	7	4	53 %
Var det tydelige tegn på vrangforestillinger eller hallusinasjoner med voldelig innhold ved siste kontakt?	2	11	6	15 %
Var det tydelige tegn på fiendtlighet ved siste kontakt?	3	12	4	20 %
Var det tydelige tegn på økt bruk av alkohol ved siste kontakt?	0	15	4	0 %
Var det tydelige tegn på annen økt rusbruk ved siste kontakt?	4	12	3	25 %
Var det tydelige tegn på nylig selvskaade ved siste kontakt?	0	17	2	0 %
Var det tydelige tegn på selvdrapsideer ved siste kontakt?	1	16	2	6 %
Var det tydelige tegn på ikke-psykotiske voldelige ideer ved siste kontakt?	1	14	4	7 %
Var det tydelige tegn på nylig opplevd stress ved siste kontakt?	7 ²	8	4	47 %

¹ I fire av de fem tilfellene hvor gjerningspersonen ikke møtte opp til siste time, fikk man kontakt med ham/henne via telefon eller ved å dra hjem til personen. I ett tilfelle var det ikke gjort noe for å kontakte vedkommende.

² Nylig opplevd stress var relatert til skifte av bolig (fire tilfeller), tvangsinnleggelse (to tilfeller), økende mistenksomhet (to tilfeller) og familiekonflikt (ett tilfelle).

tegn som hjelpeinstansene burde ha fanget opp ved siste kontakt. Vi tar her utgangspunkt i de 19 personene som hadde kontakt siste året (tabell 8.6). Vi ser som ellers at det er mange tilfeller der voldsrisikovurdering ikke er foretatt. I en del av disse sakene burde slik vurdering vært foretatt. Vi vet imidlertid ikke om slik risikovurdering ville endret behandling eller forhindret drap.

Flertallet viste tydelige tegn på emosjonell ustabilitet, depressiv lidelse og/eller vrangforestillinger/hallusinasjoner ved siste kontakt. Dette er trekk ved sykdommen, og det vil være vanskelig i etterkant å vite om disse trekkene var sterkt økende eller ikke før hendelsen. Det er imidlertid sannsynlig at dette var symptomer som det ville være naturlig å behandle. Det vil imidlertid være uenighet om hvilken type behandling som ville være naturlig i hvert enkelt tilfelle, og om den behandling som ble gjennomført, var tilstrekkelig. På grunn av manglende direkte sammenlignbare data er det også vanskelig å vite om disse sympto-

mene oftere var til stede hos disse pasientene enn hos tilsvarende pasienter som ikke har begått drap.

8.3.7.4 Medisinering

Det var 10 av disse 23 gjerningspersonene som hadde antipsykotisk medisin forskrevet på gjerningstidspunktet. Syv av disse brukte ikke medisinen som foreskrevet på gjerningstidspunktet. Selv om fem personer klaget på bieffekter av medisinen, ser det ut til at sannsynlige medvirkende årsaker til feil/manglende bruk hovedsakelig var mangel på innsikt i egen sykdom (fem personer). Bieffekter (en person) eller rusavhengighet (en person) kunne også være medvirkende årsak. Utvalget har bare informasjon om at en av personene ikke ble fulgt opp med hensyn på sin feilaktige/manglende bruk, mens det foreligger informasjon om at fire personer ble fulgt opp. Selv om flertallet ikke brukte medisin som forutsatt på gjerningstidspunktet, er det vanskelig å konkludere med at dette har vært medvirkende årsak til drap.

Boks 8.12 Uttalelse fra gjerningsperson med rusmisbruk og psykoser om oppfølging etter sykehusutskrivning

«Så gikk jeg på noen sprøyter hver fjortende dag. Det gjorde jeg i cirka to år. Men så følte jeg at de sprøytene ikke virket lenger, for jeg hadde temperament. Men det kan jo godt ha vært begynnelsen på en ny psykose. Så da kuttet jeg ut disse sprøytene da, men jeg fikk fortsatt ikke noe oppfølging av han legen som skrev ut disse sprøytene.»

Vi vet ikke hva som hadde skjedd hvis personene hadde brukt medisin som forutsatt. Ut fra dagens kunnskap er det imidlertid sannsynlig at riktig bruk kunne bidratt til å senke risikoen for noen av personene.

8.3.7.5 Kombinasjon rus og schizofreni/paranoid psykose

Tolv av gjerningspersonene med schizofreni/paranoid psykose var ruset på alkohol og/eller andre rusmidler på gjerningstidspunktet, mens ni ikke var ruset. For to personer er det ukjent om de var ruset på gjerningstidspunktet. Åtte av de 23 personene hadde dobbeltdiagnose med diagnose både innen rusområdet (F10-F19) og schizofreni (F20-F29). De vanligste rusmidlene som var brukt siste måned før drapet, var: alkohol (5 av 12 personer), cannabis (4 av 13), amfetamin (4 av 13) og opiat (2 av 14). Det var 16 av personene som hadde en historie av skadelig bruk av alkohol og/eller andre rusmidler, hvorav de fleste (13 personer) hadde slik skadelig bruk i løpet av de siste tre månedene før gjerningstidspunktet.

En gjerningsperson brukte benzodiazepiner utover det som var foreskrevet fra lege siste måned før hendelsen, og to personer hadde Diazepam foreskrevet av lege.

Flertallet (10 personer) av personene med skadelig bruk av rusmidler hadde fått deres rusproblemer kartlagt og ble vurdert til å ha hatt krav på helsehjelp for disse. Det var også noen som ikke hadde fått rusmiddelbruken vurdert (seks personer).

Selv om deres rusmiddelmisbruk var vurdert, var det imidlertid bare tre av personene som hadde fått behandling for alkohol eller annen rusmiddelmisbruk. To av personene hadde hatt integrert behandling hvor ruslidelse og psykiske lidelser ble

behandlet av samme behandlerteam i stedet for sekvensielt i tid eller parallelt i forskjellige behandlingssteder. To personer hadde fått tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hvor behandlingstilbudet var sammensatt av både helsefaglig og sosialfaglig personell.

8.3.8 Oppsummering av funn fra utvalgets gjennomgang

En stor andel av gjerningspersonene hadde hatt kontakt med hjelpeinstanser grunnet psykiske helseproblemer, og over halvparten hadde slik kontakt siste året. Vanligste hjelpeinstans er fastlege, men det er også en stor andel som har brukt polikliniske spesialisthelsetjenester og døgnenheter. Det var også en stor andel som av ulike årsaker hadde hatt kontakt med andre hjelpeinstanser, som NAV/sosialtjeneste, kriminalomsorg og tidligere barnevernstjeneste.

Flertallet av gjerningspersonene som hadde hatt kontakt med hjelpeinstans i forbindelse med psykiske helseproblemer, hadde tegn som kunne indikere økt risiko for utøvelse av vold ved siste kontakt. Det er imidlertid ikke mulig å se om det var flere slike tegn enn i lignende pasientgrupper som ikke har begått drap. Det var imidlertid tegn på at det ble sjeldnere utført voldsrisikovurderinger enn det som er anbefalt.²⁴ Det er imidlertid ikke mulig å se om det ble sjeldnere foretatt slike vurderinger av gjerningspersonene enn blant pasienter som ikke begår drap. Tidligere gjennomganger viser at manglende rutiner for voldsrisikovurderinger kan være et generelt problem innen deler av psykisk helsetjeneste.²⁵ Det er ikke mulig å vite om slik svikt har medvirket til at drap har skjedd.

Det kan se ut som utskrivning av pasientene fra akutt-/døgnenheter ofte har skjedd for brått. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til at det er funnet manglende dokumentasjon av planlegging av, og informasjon om, videre oppfølging etter utskrivning. Det eksisterte sjelden individuelle planer og koordinator ved utskrivning. Det var også ofte manglende informasjon om hvem som hadde påtatt seg hvilket ansvar videre. I cirka en av tre tilfeller ble det ikke startet opp poliklinisk oppfølging etter utskrivning. I noen tilfeller ble drap begått av personer som sto på venteliste for inntak i døgnavdeling.

Da utvalget har begrenset informasjon om bistand fra hjelpeinstanser som NAV/sosialtjeneste, kriminalomsorg eller barnevernstjeneste, er

24. Sosial- og helsedirektoratet, 2007a

25. Statens helsetilsyn, 2009

det ikke mulig å si noe om kvalitet på slike tjenester.

De fleste gjerningspersonene som hadde fått foreskrevet benzodiazepiner, hadde rusrelaterte problemer og var ruset på gjerningstidspunktet. Det var heller ikke uvanlig med kombinasjon av antipsykotika og benzodiazepiner.

Utvalget har fått et inntrykk av at det har vært vanskelig å skape en stabil behandlingssituasjon for en del av gjerningspersonene, for eksempel problemer med å skape stabilitet i den medisinske behandlingen. Dette gjaldt spesielt gjerningspersoner med rusrelaterte diagnoser. En relativt stor andel av pasientene brukte ikke medisinen som foreskrevet, og det gjaldt spesielt ofte antipsykotisk medisinering.

Utvalgets gjennomgang viser at en del pasienter fikk ny diagnose etter gjerningstidspunktet. Dette gjelder blant annet halvparten av gjerningspersonene med schizofrenilignende problematikk. Dette er vanlig også blant personer som ikke tar liv. Utvalget har også funnet at selv om personer har fått for eksempel diagnose på schizofreni først etter gjerningen, har de fleste mottatt bistand for psykiske helseproblemer før hendelsen. Utvalget kan ikke konkludere med at feil/manglende diagnostisering har medvirket til at gjerningspersonene tok liv. Internasjonal forskning indikerer imidlertid at tiltak for tidlig å fange opp personer med schizofrenilignende problemer er kosteffektive tiltak som kan medvirke til at pasientene får et bedre liv.²⁶

De fleste med dobbeltdiagnose innen schizofreni og rusproblemer hadde fått sine rusproblemer kartlagt, men hadde ikke mottatt behandling disse.

Blant gjerningspersoner med personlighetsforstyrrelser hadde ikke flere hatt kontakt med hjelpeinstanser i forbindelse med psykiske helseproblemer enn det gjerningspersoner uten slike forstyrrelser hadde. Dette kan indikere et underforbruk av psykiske helsetjenester i denne gruppen pasienter.

8.4 Utvalgets råd

Dette kapittelet har hatt fokus på mulig svikt i psykisk helsevern. Det er viktig å huske på at svikt ikke nødvendigvis betyr at drapene som har skjedd ville vært forhindret uten slik svikt. Utvalgets råd vil søke å motvirke svikt som er oppdaget, og angi tiltak for å forebygge alvorlig vold og drap også der

Boks 8.13 Uttalelse fra pårørende til gjerningsperson om fastlegeordningen

«Fastlegeordningen med så mange pasienter bør gås gjennom etter i sømmene i forhold til dette med oppfølging. I og med at systemet er lagt opp slik at en må gå gjennom fastlegen, er det helt opp til oppfølging fra denne hvor fort du kommer til psykolog. Hvis det da er et sånt fabrikkopplegg som jeg synes det er hos mange fastleger, betyr det at folk som trenger psykisk hjelp ikke får den nødvendige oppfølgingen.»

hvor svikt ikke er påvist. Det vil si at rådene baserer seg både på utvalgets gjennomgang av saker og på tidligere forskning vedrørende tiltak.

Tidligere undersøkelser viser gjennomgående at land med små ulikheter har mindre av vold og drap.²⁷ Økonomisk fremgang og sosiale hjelpetiltak generelt vil dermed trolig bidra preventivt.²⁸ Det innebærer at det også er viktig å sikre hjelpetiltak for alle som har behov for behandling for psykiske lidelser. Det generelle vilkåret om riktig behandling, til riktig tid og for alle med behov er dermed essensielt.

Utvalgets gjennomgang av oppfølgingen av gjerningspersoner før gjerningstidspunktet, har gitt mest informasjon om spesialisthelsetjenesten. Det kommer imidlertid frem at den vanligste kontaktpersonen er fastlegen. For mange pasienter vil også kommunale helse- og sosialtjenester være viktig. Utvalgets gjennomgang indikerer at samarbeid på tvers av etater og behandlingsnivåer ikke alltid er tilfredsstillende. Dette gjelder både mellom akutt/døgneheter og poliklinisk spesialisthelsetjenester, og mellom spesialisthelsetjenester, fastlege og kommunale helse- og sosialtjenester.

Tilsvarende mangler ble også funnet ved evalueringen av opptappingsplanen for psykisk helse.²⁹ Samhandlingsreformen impliserer en videreføring av opptappingsplanen med fortsatt økt grad av overføring av ansvar for behandling fra spesialisthelsetjeneste til kommunalt nivå. Reformen bør gjennomføres slik at fastlege og helsepersonell i kommunehelsetjenesten sikres at de både har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å behandle pasientene forsvarlig. Det bør tas høyde for at hjel-

26. McCrone, Knapp, & Dhanasiri, 2009

27. Wilkinson & Pickett, 2006

28. Finkelhor & L. Jones, 2006

29. Brofoss & Larsen, 2009

peapparatet også kan behandle de mest utfordrende pasientene.

Utvalget anbefaler at det for pasienter med høy risiko for vold sikres et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og førstelinjetjeneste. Det må etableres kontinuitet i helsetjenesten, også der ansvaret for pasient overføres mellom ulike instanser. Pasienter med fortsatt hjelpebehov må ikke kunne skrives ut fra et behandlingsnivå før forpliktende avtaler om videre oppfølging og samarbeid er sikret. Ansvarsgrupper, individuell plan og kriseplaner er nyttige verktøy for å sikre samarbeid mellom hjelpeinstanser. Det bør tilføres ressurser til spesialisthelsetjenesten til veiledning og samarbeid rundt pasienter som førstelinjetjenesten har overtatt hoveddelen av den rutinemessige behandlingen og oppfølgingen av.

Utvalgets gjennomgang indikerer at det er forbedringspotensial innen psykisk helsetjeneste når det gjelder bruk av strukturerte kliniske verktøy for risikovurdering. Dette støttes også av tidligere gjennomganger av Helsetilsynet. Det bør vurderes konkret hvordan slik bedring kan skje. Det henvises her også til kapittel 9 om risikovurderinger.

Utvalgets gjennomgang viser også at pasienter oftere bør sikres oppfølging etter utskriving fra akutt-/døgneheter. Pasienter med oppfølgingsbehov må ikke skrives ut uten at ansvaret for den videre oppfølging er avtalt. Avtaler om videre oppfølging må være formidlet til pasient og eventuelt pårørende før utskriving. Individuell plan og/eller ansvarsgruppemøte kan være gode verktøy for å sikre slik kontinuitet. Det er sannsynlig at gradvis utskriving bør skje oftere enn det skjer i dag. Det bør vurderes om døgneheter bør ha et sterkere fokus på ettervern og tettere samarbeid med andre hjelpeinstanser etter utskriving enn det som skjer i dag. Ved utskriving fra akutt-/døgneheter uten videre oppfølging fra disse er det sannsynlig at kunnskapen etablert under innleggelse ikke blir utnyttet i tilstrekkelig grad.

Svært mange av de med en alvorlig psykisk lidelse vil ha behov for hjelpetiltak via NAV/sosialtjeneste. Utvalget fant at dette gjaldt flertallet av de som tar liv. Evalueringen av opptrappingsplanen pekte på at det var lite samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og NAV/sosialtjeneste.³⁰ Uten sikring av primære behov som stabil bolig og økonomi er det vanskelig å gi god behandling og vanskelig for pasienter å ta i mot behandlingen. Det er derfor viktig at samarbeid med NAV/sosialtjeneste prioriteres. Det er mulig at det bør skje endringer i taushetspliktsbestemmelser, jf. kapitlene 10 og 11,

for å styrke mulighetene for tett samarbeid. Det vil også kreve endrede prioriteringer hos NAV/sosialtjeneste. Slike endringer ligger utenfor utvalgets mandat å drøfte videre. Utvalget anbefaler imidlertid at det vurderes hvordan samarbeid mellom NAV/sosialtjeneste og psykisk helsetjeneste kan sikres bedre i dag. Dette gjelder spesielt for personer med kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse, ruslidelser og personlighetsforstyrrelser og som har omfattende hjelpebehov fra NAV/sosialtjeneste.

Det er en utfordring å skape kontinuitet og helhet i behandlingen. Spesielt gjelder dette personer med rusrelaterte problemer. Dette er ofte personer som kan være vanskelig å behandle, og det synes ikke som om denne pasientgruppen er ivare tatt godt nok. Når det gjelder utvalgets anbefalinger om tiltak for pasienter med ruslidelser, i kombinasjon av andre psykiske helseproblemer, henvises det til kapittel 7. Utvalget vil imidlertid understreke at pasienter med kombinasjonen rusrelaterte diagnoser og for eksempel schizofreni eller dyssosial personlighetsforstyrrelse, bør sikres stabil, helhetlig og integrert behandling.

Det bør sikres stabile psykiske helsetjenester i form av oppsøkende virksomhet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ikke har hatt, eller har mistet, kontakten med helsetjenester.

Det er ikke kommet frem større problemer med manglende behandling av personer med schizofrenirelaterte problemer blant gjerningspersonene enn blant personer med slike lidelser ellers i befolkningen. Utvalget vil likevel sterkt anbefale tiltak for å sikre tidlig oppdagelse og behandling av psykoser. Dette vil både kunne være kosteffektivt for samfunnet, gi personene et bedre liv og kanskje medvirke til mindre voldshandlinger i fremtiden for denne pasientgruppen.³¹

En stor del av gjerningspersonene med schizofreni/paranoid psykose hadde problemer med å ivareta og følge opp stabil medisinsk behandling over tid. Utvalget har ellers ikke inntrykk av at denne gruppen pasienter fikk tilbud om mindre stabil behandling enn andre. Ved indikasjoner på brått avbrutt antipsykotisk behandling bør hjelpeinstanser arbeide aktivt oppsøkende i forhold til disse pasienter.³²

Utvalgets gjennomgang indikerer at det bør utarbeides en veileder om medisinerings som tydeliggjør restriktiv bruk av benzodiazepiner når pasienten har rusrelaterte lidelser, personlighetsforstyrrelser eller psykotiske tilstander (jf. kapittel 7).

30. Brofoss & Larsen, 2009

31. McCrone mfl, 2009

32. Brookman & Maguire, 2004

Boks 8.14 Uttalelse fra pårørende til gjerningsperson om utskrivning av medisiner

«Jeg hadde telefoner til fastlegen og sa at dette (pilleforskrivning) må det bli en slutt på. Den ene gangen ble jeg ganske sjokkert, for da fikk jeg til svar at det er bedre at han får det av meg enn at han flyr og kjøper det ute på gata. Det har også blitt sagt at dette skulle tas opp med fylkeslegen, men det har ikke blitt gjort. Jeg mener at denne fastlegen burde få seg en smekk.»

Det er viktig at personer med psykoselidelser får tilstrekkelig hjelp til å unngå tilbakefall med aktive psykotiske gjennombrudd. Det er utenfor utvalgets mandat å vurdere under hvilke rammer slik bistand bør skje, for eksempel ved økt vektlegging på innleggelser eller ved økte hjemmebaserte tjenester. Det er også utenfor utvalgets mandat å drøfte hvilke metoder som bør brukes i behandlingen. Utvalget har ikke funnet forskning som viser at nedgang i antall sykehussenger har medført et økt antall drap i Norge eller andre land. Hva som er et optimalt nivå på antall sengeplasser er både et faglig, etisk og politisk tema som ligger utenfor utvalgets mandat å komme med forslag om. Det er også utenfor utvalgets mandat å drøfte hva som er riktig antall sengeplasser innen psykisk helsevern for å ivareta behovet for nødvendig helsehjelp og forebygge vold og drap.

Personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse kan være en stor utfordring for behandlingsapparatet. En vesentlig del av de som utøver vold, har slike forstyrrelser. Det er per i dag svært få behandlingstilbud tilpasset denne gruppen pasienter, og i noen tilfeller blir de ekskludert fra behandling. De søker sjeldnere hjelp enn en del andre pasientgrupper. Utvalget anbefaler at det utvikles behandlingstilbud tilpasset personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse som utøver vold.

Visse behandlingsformer for personer med risiko for utøvelse av vold er videreutviklet i Norge og brukes her i dag, jf. boks 8.1 og boks 8.2 og kapittel 9 om risikovurderinger. Behandlingsmetoder rettet mot risikogrupper for vold vil ofte være spesielt tilrettelagt for personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse. Utvalget anser det som viktig at slike behandlingstilbud støttes og utvikles. For personer med kombinasjon av personlighetsforstyrrelse og ruslidelse vises det til kapittel 7.

I utvalgets undersøkelse har man ikke funnet noen drap av spedbarn under ett års alder. Internasjonale undersøkelser har funnet at den største risikoen for å bli drept nettopp er tiden før man fyller ett år.³³ Det er ukjent for utvalget hvorfor det ikke er funnet noen slike spedbarnsdrap i perioden. Det anbefales at det vurderes om slike drap underrapporteres i Norge, eventuelt har lavere forekomst enn i andre land.

Vold og drap begått av nåværende eller tidligere partner er et viktig forskningstema i tiden, og det eksisterer en god del kunnskap om dette internasjonalt. Norge og Norden har imidlertid et annet kjønnsrollemønster enn en del andre land. Det er blant annet derfor behov for kunnskap om årsaksmekanismer og mulige tiltak basert på forskning i Norge. Utvalget anbefaler at slik forskning prioriteres.

Det eksisterer mye forskningsbasert kunnskap om sammenhengen mellom alkohol og vold. Andre rusmidler har blitt mer vanlige de siste årene, men det er ikke like mye kunnskap om sammenhengen mellom slike rusmidler og vold. Det anbefales at forskning om sammenhengen mellom andre rusmidler og vold prioriteres. Det bør spesielt prioriteres forskning om benzodiazepiner, eventuelt i kombinasjon med andre rusmidler, og vold.

Det er begrenset hva et utvalg kan gjøre innen knappe tidsfrister. Utvalget anbefaler at det etableres en ordning som sikrer en kontinuerlig forskningsbasert gjennomgang og analyse av samtlige drapssaker i Norge. I motsetning til etablerte ordninger som Statens helsetilsyn eller politiet, bør ordningen ikke være primært rettet mot å finne feil hos helsepersonell, eller erstatningsbetingende atferd eller straffeskyld i enkeltsaker. Tilsynsfunksjonen dekkes i dag av helsetilsynet i fylkene og av Statens helsetilsyn, og utvalget vil ikke anbefale å forandre på dette. Formålet for den nye ordningen som foreslås, bør være å skape en kontinuitet i kunnskapsutvikling og kunnskapsetablering. Det anbefales at oppgaven legges til etablerte forskningsmiljøer. Det er en del likhetsfaktorer mellom selvdrap og drap, og det anbefales at samme kunnskapsmiljøet behandler begge temaene. Metoden for kunnskapsutviklingen bør være forskningsbasert, og det bør vurderes hvilke metoder som kan benyttes for både å undersøke årsaksfaktorer til drap og selvdrap og hvilke intervensjoner man kan gjøre i forhold til disse forholdene i Norge. Det er sannsynlig at metodene bør være

33. Brookman & Maguire, 2004; The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 2006

longitudinelle og populasjonsbaserte, men dette bør vurderes videre av forskningsmiljøene som kan være aktuelle å gi oppdrag om slik kontinuerlig forskning. Det skjer årlig få drap i Norge, og mulighetene for et skandinavisk samarbeid rundt slik kontinuerlig kunnskapsutvikling bør derfor utredes.

Utvalget oppfatter sitt mandat til også å beskrive det beskjedne omfang av drap i Norge begått av personer med alvorlig psykisk lidelse, og å peke på hvor sjelden det er at disse dreper fremmede. Dette innebærer at det er grunnløst å stigmatisere folk med psykisk lidelse ved å skape inntrykk av at disse ofte tar liv. I denne forbindelse viser utvalget til medienes omfattende dekning av drap begått av personer med alvorlige psykiske lidelser eller personer som har hatt kontakt med psykisk helsetjeneste. Det har i undersøkelser kommet frem at mediene har mer fokus på sammenheng mellom psykiske lidelser og dramatiske voldshendelser enn det som de faktiske forhold burde tilsi.³⁴ Dette kan medvirke til å stigmatisere

personer med psykiske lidelser generelt, skape usikkerhet hos helse- og sosialpersonell og ha andre uønskede samfunnsmessige konsekvenser. Det er også grunn til å fremheve at mediene fører en mer restriktiv linje med hensyn til hvordan de beskriver selvdrap enn drap. Det er utenfor utvalgets mandat å vurdere medienes rolle, men utvalget vil frimodig peke på medienes medvirkende rolle når det gjelder befolkningens bekymring for drap begått av personer med psykiske lidelser, og tillate seg å anbefale at mediene vurderer sin praksis.

Det er umulig å forebygge alle drap. Utvalget vil slå fast at Norge er ett av de tryggeste land i verden å leve i, også når det gjelder antall drap (se figur 5.2). Det kan synes som deler av befolkningen er mer bekymret for drap og vold fra personer med psykiske lidelser enn det er grunnlag for. Det vil derfor være viktig at faktisk kunnskap om sammenhengen mellom psykisk lidelse og vold blir formidlet til allmennheten, når drapssaker omtales. Dette kan gjøres via denne rapporten, via beslutningsmyndigheter og undervisningsinstitusjoner og via mediene.

34. Edney, 2004; Magnusson, 2010; Morlandstø, 2006; Rasmussen & Höijer, 2005

Kapittel 9

Voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse

9.1 Innledning

Dette kapittelet gir en oppsummering av kunnskapsstatus på to hovedområder: voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse. En slik presentasjon kan ha ulike perspektiver og inneholde en rekke ulike momenter. Vi vil innledningsvis avklare hvilke definisjoner og avgrensninger som er gjort, og på hvilken måte de kan antas å påvirke resultatene som presenteres. Deretter gir vi en kort oppsummering av sentral kunnskap om voldsutøvelse blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse, med fokus på når i et behandlingsforløp voldsrisikoen er høyest, og hvem volden (oftest) er rettet mot (punkt 9.1.2). Dette danner bakteppet for den påfølgende introduksjonen til voldsrisikovurdering (punkt 9.2) og voldsrisikohåndtering og kunnskap om virksomme behandlingsmetoder (punkt 9.3). Det siste illustreres gjennom presentasjon av relevante norske forskningsprosjekter ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus.

9.1.1 Definisjoner og avgrensninger

Mer enn hver fjerde voksen i Norge fyller kriteriene for en diagnose på psykisk lidelse, og halvparten av alle voksne i Norge har gjort det i løpet av livet.¹ Disse tallene samsvarer med resultater fra undersøkelser av befolkningen i andre vestlige land. For voksne varierer 12-måneders forekomst for bruk av spesialisthelsetjenester for psykiske lidelser mellom 2 % (Italia) og 8.8 % (USA), mens forekomsten for og noen gang å ha benyttet en form for helsetjeneste for psykiske vansker varierer mellom 4 % og 19 %.² Det er altså et stort gap mellom antallet som har psykiske vansker, og antallet som bruker hjelpe- og behandlingsapparatet: Bare om lag halvparten av voksne med alvorlige psykiske lidelser har mottatt slik hjelp.³

Vi gjør oppmerksom på at det knytter seg to viktige begrensninger til resultatene som refereres i dette kapittelet. For det første er resultatene utledet fra forskning på pasientpopulasjoner og kan derfor ikke brukes til å si noe om risiko for voldsutøvelse i andre grupper (for eksempel befolkningen for øvrig). For det andre gir resultatene et bilde av voldsrisiko på *gruppenivå* og vil derfor i varierende grad være relevant for enkeltpasienter innenfor diagnosegruppen. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser er ingen homogen gruppe, heller ikke når det gjelder voldsrisiko. Det er viktig å understreke allerede innledningsvis at hovedutfordringen for dagens voldsrisikovurderinger ikke er å predikere en «kontekstfri» beslutning om hvem som kommer til og hvem som ikke kommer til å utføre voldshandlinger i løpet av et på forhånd spesifisert tidsrom. Tvert imot vil vi presentere forskningsresultater som illustrerer de dynamiske aspektene ved voldsrisiko og understreker betydningen av å utrede hvilke håndteringsstrategier som er nødvendige for at den enkeltes gjentakelsesrisiko til enhver tid skal holdes på et lavest mulig nivå. Kapittelet er basert på følgende overordnede avgrensninger:

- Vold defineres i denne sammenhengen som atferd innrettet på å påføre andre personer alvorlig fysisk skade eller kroppslig krenkelse. I denne definisjonen inngår også verbale eller fysiske trusler som gir signal om at en vil påføre andre personer alvorlig fysisk skade eller kroppslig krenkelse. Vold er ikke ytterligere spesifisert i underkategorier (seksuell vold, partnervold osv.).
- «Alvorlig psykisk lidelse» omfatter først og fremst lidelser innenfor schizofrenispekteret (dvs. ICD-10-kodene F20-F29), men også andre diagnostiske kategorier med forekomst av psykotisk symptomatologi og i noen tilfeller også alvorlige personlighetsforstyrrelser.
- Oversikten over dynamiske risikofaktorer representerer et utvalg av slike risikofaktorer og er ikke en uttømmende liste.

1. Kringlen mfl, 2001
2. Wichstrøm, 2009
3. Wichstrøm, 2009

Boks 9.1 Hovedmålsetning ved voldsrisikoarbeid

Hovedutfordringen ved voldsrisikoarbeid er ikke å predikere en «kontekstfri» beslutning om hvem som kommer til og hvem som ikke kommer til å gjøre voldshandlinger i løpet av et på forhånd uspesifisert tidsrom. Målet blir i stedet å utrede hvilke håndteringsstrategier som er nødvendige for at den enkeltes voldsrisiko skal bli lavest mulig.

- Dette kapittelet omhandler hovedsakelig voldsrisikovurderinger som i Norge foretas i sikkerhetspsykiatriske enheter og forvaringsanstalter.

9.1.2 Vold utøvd av mennesker med alvorlige psykiske lidelser – når og mot hvem?

Den amerikanske undersøkelsen MacArthur Violence Risk Assessment Study danner basis for mye av den senere forskningen knyttet til spørsmålet om voldsutøvelse blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse.⁴ MacArthur-studien fulgte et utvalg pasienter (n = 951) innlagt ved akuttpsykiatriske enheter i ett år etter utskriving og sammenlignet voldsutøvelse i denne gruppen med voldsutøvelse i et tilfeldig trukket, men matchet, befolkningsutvalg fra samme boligområde. Resultatene viste blant annet følgende: pasientgruppens risiko varierte over tid, og høyest risiko var knyttet til fasene like før, under og rett etter innleggelse. I løpet av året etter avsluttet behandling ble pasientgruppens voldsrisiko gradvis redusert og var over ett år etter behandlingsslutt på samme nivå som i befolkningen ellers. Resultatene viste også at vold utøvd av utskrevne pasienter er svært lik vold utøvd av andre: det meste av voldsutøvelsen foregår i hjemmet, og det er i all hovedsak familie/venner som rammes (86 %). Voldsrisikoen knyttet til det sosiale nettverket rundt personer med alvorlig psykisk lidelse utdypes ytterligere av Estroff og medarbeidere.⁵ Deres resultater viste at 39 % av pasienter med alvorlig psykisk lidelse hadde utøvd vold mot andre i løpet av en periode på 2 ½ år etter utskriving. Gruppen med høyest risiko for å bli utsatt for

vold fra pasienten var mødre som bodde sammen med voksne barn med schizofreni og samtidig rusavhengighet. Det var også knyttet forhøyet voldsrisiko til andre deler av pasientens sosiale nettverk, både familie og personer pasienten delte bolig med. Økonomisk avhengighet av familien var også en faktor som økte voldsrisikoen. Pasienter som hadde hyppigere kontakt med hjelpeapparatet, hadde lavere voldsrisiko. Swansons og medarbeideres undersøkelse av pasienter med schizofreni viste at 19,1 % utøvd vold i løpet av en 6-måneders periode etter utskriving, hvorav det for 3,6 % av utvalget dreide seg om grov vold.⁶ Økt risiko for grov vold var knyttet til følgende faktorer: atferdsforstyrrelser i oppveksten, aktive positive psykotiske symptomer, hvorvidt pasienten selv hadde vært offer for vold de siste 6 måneder, og hvorvidt pasienten hadde vært arrestert de siste 6 måneder. Large og medarbeidere gjorde en metaanalyse av 18 populasjonsbaserte studier fra land i samtlige verdensdeler med fokus på sammenhengen mellom schizofreni og drap.⁷ Personer med schizofreni sto for 6,6 % av drapene, med en årsvariasjon på 0,02 – 0,36 per 100 000 innbygger. Årsvariasjonen korrelerte høyt med variasjonen i drap totalt, noe som peker i retning av at det foreligger felles forklaringsvariabler som er uavhengig av diagnose for drap begått av personer med schizofreni og den såkalte normalbefolkningen.

Funn fra en oppfølgingsstudie av sikkerhetspsykiatriske pasienter (n = 1344) viste at 18 % av mannlige pasienter og 5 % av kvinnelige pasienter utøvd vold (i noen få tilfeller drap) mot andre i løpet av en periode på 6,2 år.⁸ Syv av ti pasienter var tidligere domfelt, og 14 % hadde en personlighetsforstyrrelse, hvorav 7 % tilfredsstilte psykopatikriteriene. Voldsrisikoen i denne undersøkelsen viste altså klare kjønnsforskjeller. Maden mfl. har sett nærmere på kjønnsforskjeller når det gjelder tilbakefall (nye domfellelser) etter utskriving fra sikkerhetspsykiatrisk behandling.⁹ De fant at tilbakefallsraten var 9 % for kvinner og 16 % for menn, men at mye av denne forskjellen kunne tilskrives ulikheter med hensyn til selvskading, rusmisbruk og tidligere kriminalitet. En tilsynelatende stor forskjell mellom kvinner og menn viste seg altså å kunne forklares av andre faktorer enn kjønn.

I hvilken grad kan de forskjellene som finnes i voldsutøvelse mellom mennesker med alvorlige psykiske lidelser og andre grupper forklares og

4. Steadman mfl, 1998

5. Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz, & Bolduc, 1998

6. Swanson mfl, 2006

7. Large mfl, 2009

8. Coid, Hickey, Kahtan, T. Zhang, & Yang, 2007

9. Maden mfl, 2006

løses ved hjelp av nevrobiologi og medikamentell behandling? Konklusjonen etter gjennomgang av 17 studier av nevrobiologiske aspekter ved aggressiv atferd blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser er at funnene er inkonsistente og til dels motstridende.¹⁰ Heller ikke en gjennomgang av undersøkelser av medikamentell behandling gir grunnlag for optimistiske konklusjoner.¹¹ Det er bare svak evidens for at medikamentell behandling er indirekte effektiv i behandlingen av voldsatferd hvis for eksempel medisineren virker inn på det emosjonelle ubehaget knyttet til vrangforestillinger. En del av de negative resultatene fra studier som fokuserer på aspekter ved den psykiske lidelsen per se som forklaringer på voldsutøvelse, kan skyldes at andre viktige forklaringsvariabler er utelatt fra modellen. Hiday gjennomgang av epidemiologiske studier av voldsutøvelse blant psykiatriske pasienter gir støtte til denne hypotesen.¹² Hun fant at dersom sentrale risikofaktorer som rusmisbruk, psykopati, voldsutsatthet og risikofremmende omgivelser inkluderes i analysene, reduseres betydningen av den psykiske lidelsen betraktelig.

Oppsummert kan vi på bakgrunn av forskningen presentert i dette avsnittet si følgende:

- Det er et fåtall mennesker med alvorlige psykiske lidelser som begår alvorlige voldshandlinger etter utskriving, det gjelder både allmennpsykiatriske og sikkerhetspsykiatriske pasienter
- Voldsrisiko er en dynamisk størrelse som endrer seg over tid og mellom situasjoner
- Vold utført utenfor institusjon av pasienter med alvorlig psykisk lidelse rammer først og fremst pasientens nære nettverk
- Rusmisbruk øker faren for voldsutøvelse, men ingen enkeltvariabel kan i seg selv forklare voldsutøvelse blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser

9.2 Vurdering av risiko for voldelig atferd

9.2.1 Utvikling av forskning om vurdering av risiko for voldelig atferd

Siden institusjonpsykiatriens fremvekst har risikovurdering i forhold til vold vært en integrert del av klinisk virksomhet. Forskning i forhold til denne delen av klinisk virksomhet startet imidlertid først på 70-tallet i USA og er senere blitt kalt

«førstegenerasjonsforskning». Forskningen gikk i all hovedsak ut på å måle holdbarheten til de beslutninger som ble tatt om pasientenes «farlighet». I praksis innebar dette at en gjorde oppfølgingsstudier av pasientutvalg som var vurdert som for farlige for utskriving, men som likevel hadde blitt utskrevet gjennom rettslige kjennelser. Resultatene var nedslående med omfattende innslag av falske positiver.¹³ I sin gjennomgang av forskningsresultatene konkluderte Monahan med at psykiatere og psykologer bare hadde truffet med 1 av 3 prediksjoner selv når det gjaldt pasienter som hadde begått gjentatte og alvorlige voldshandlinger før prediksjonene ble gjort.¹⁴ I hovedkritikken av «førstegenerasjonsprediksjon» av farlighet ble det lagt vekt på: 1) utilstrekkelig og vilkårlig bruk av prediktorvariabler og 2) uklar definisjon og operasjonalisering av kriterievariabelen vold. Forskningsstudiene fra denne perioden ble kritisert for (1) urepresentative utvalg og (2) at de ikke innfridde grunnleggende krav til design og organisering. Det foreligger ingen empirisk prediksjonsforskning fra Norge i denne perioden.

«Andregenerasjonsforskningen» var preget av søking etter mer presise målemetoder både når det gjelder både prediktorvariabler og kriterievariabler. Dette medførte et skifte fra et enten-eller til en gradert vurdering av risiko. Kvaliteten på forskningsprosjektene ble betraktelig bedre, og det at resultatene viste bedre prediktiv validitet i gjentakelsesvurderingene, ga grunnlag for økt optimisme. Bedrede resultater skyldtes dels utviklingen av nye risikovurderingsredskaper og dels bedre målinger av voldsgjentakelse både i institusjon og etter utskriving.¹⁵ Denne «forskningsgenerasjonen» varte frem til midten av 1990-tallet. Mot slutten av denne perioden ble begrepet «prediction of dangerousness» (farlighetsprediksjon) erstattet av «risk assessment» (risikovurdering/risikoutredning). En mindre intra-institusjonell studie fra en fylkeskommunal sikkerhetspost utgjør det eneste internasjonalt publiserte bidraget fra Norge i denne perioden når det gjelder prospektive studier.¹⁶ I dette arbeidet ble det brukt instrumenter og design som på mange måter fanget opp elementer av det som etter hvert også skulle stå sentralt i den nåværende utgaven av «tredjegerasjonsforskningen».

Hovedskillet går på et tydeligere fokus på risikohåndtering som en sentral del av et mest mulig

10. Naudts & Hodgins, 2006

11. Goedhard mfl, 2006

12. Hiday, 2006

13. For forklaring av begrepet «falske positive» se boks 9.2

14. Monahan, 1981

15. Bjørkly, 1995; Otto, 1992

16. Bjørkly, 1994

fullstendig risikobilde.¹⁷ De viktigste utredningsområdene blir derfor:

- Hvilke kliniske faktorer, samhandlingsfaktorer mellom personer, og kontekstuelle faktorer er forbundet med økt risiko for vold hos den enkelte (jf. punkt 9.2.3)?
- Hvilke håndteringsstrategier kan redusere denne risikoen, og hvordan kan en sikre at de relevante risikohåndteringsstrategiene blir iverksatt og opprettholdt rundt den enkelte (jf. punkt 9.3)?

9.2.2 Strukturert klinisk voldsrisikovurdering – hvor treffsikker er den?

Det er vanlig å skille mellom tre hovedformer for voldsrisikovurdering: 1) ustrukturert klinisk vurdering, 2) aktuarisk vurdering og 3) strukturert klinisk vurdering. Ustrukturert klinisk vurdering forutsetter ingen kliniske målinger, bare en skjønnsmessig vurdering av risiko. Aktuarisk vurdering ligger i den andre enden av spekteret, for et aktuarisk redskap avgrenser hvilke risikofaktorer som skal utredes, og har ferdiglagde beslutningsregler når det gjelder risiko. Denne tilnærmingen har blitt kritisert for å overse individuelle variasjoner og for ikke å inkludere risikohåndtering som en del av utredningen. Den strukturerte kliniske vurderingen avgrenser hvilke risikofaktorer som skal vurderes, men anbefaler at også andre individspesifikke faktorer trekkes inn. Beslutningen om risiko tas på grunnlag av en helhetsvurdering som bygger på en kombinasjon av risikomålinger og klinisk skjønn. I Norge har denne tilnærmingen sterkest posisjon i de kliniske miljøene. Vi vil derfor gi en kort introduksjon til denne hovedstrategien for voldsrisikovurdering før vi går over til å beskrive noen viktige risikofaktorer og deres empiriske grunnlag.

En strukturert klinisk voldsrisikovurdering tar utgangspunkt i klinisk erfaring og evidensbaserte historiske og dynamiske risikofaktorer. På grunnlag av vurdering av relevante risikofaktorer dannes det et bilde av risiko, og ut fra beskrivelsen av risiko-scenarier formuleres plan for håndtering av risiko og for hvilken prioritet tiltak bør ha. Et viktig premiss for slike vurderinger er at det er stor individuell variasjon i risikobilder og risikofaktorer, og at håndteringstiltak må skreddersys ut fra dette.

Voldsrisikoredskapet HCR-20 har etablert seg som det klart ledende instrumentet i forhold til analyser av voldsrisiko hos mennesker med psy-

kiske lidelser.¹⁸ HCR-20, som også foreligger i norsk oversettelse, er delt inn i tre seksjoner, hvor de to første dekker risikovurdering («Historiske» og «Kliniske» risikofaktorer) og den siste dekker risikohåndtering («Risikohåndtering»)¹⁹ En meta-analyse av 113 studier viste at HCR-20 har stor treffsikkerhet.²⁰ Selv med stor treffsikkerhet er det viktig å huske på at det vil være en relativt stor andel som vil bli vurdert til å ha høy risiko for vold uten at de nødvendigvis utfører vold siden.²¹ Denne andelen vil bli større i pasientgrupper med lavere risiko for vold eller for prediksjon av sjelden forekommende hendelser, for eksempel drap, jf. boks 9.2.

Også reliabilitetsstudier har vist et stabilt høyt «mellombedømmer-reliabilitetsnivå»²² med ICC-verdier mellom 0,81 og 0,95.²³ En klinisk sett «blind» anvendelse av HCR-20 som et aktuarisk redskap og ikke som en strukturert støtte i den kliniske utredningsprosessen frarådes på det sterkeste av dem som utviklet redskapet. Det er i like høy grad grunn til å advare mot utelukkende å basere vurderingen på et klinisk skjønn som ikke er evidensbasert. Undersøkelser av klinikers skjønnsmessige valg og vektlegging av risikofaktorer støtter denne advarselen.²⁴ Webster og medarbeidere argumenterer sterkt for betydningen av kliniske/dynamiske risikofaktorer og at disse ikke må komme i skyggen av historiske faktorer eller andre bakgrunnsfaktorer.²⁵ De fremholder at relevansen til de to gruppene av risikofaktorer er avhengig av hvor i utskrivingsprosessen pasienten er. De dynamiske faktorene har sterkest prediktiv verdi over uker og måneder og på enkeltindividenivå, mens aktuariske variabler passer bedre inn i et langtidsperspektiv og som hjelp til å identifisere grupper av risikopasienter.

9.2.3 Dynamiske risikofaktorer og dynamisk risikotilstand

Risikofaktorer for voldsatferd kan inndeles i fire hovedgrupper:

- Disposisjonelle faktorer
- Historiske faktorer/bakgrunnsfaktorer

18. Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997

19. Rasmussen, Jakobsen, & Urheim, 2002

20. God prediktiv validitet for antisosial atferd med AUC varierende mellom 0,67 til 0,79 (Guy, 2008)

21. Cooke & Michie, 2009; Hart, Michie, & Cooke, 2007

22. Mellombedømmer-reliabilitet, på engelsk kalt interrater reliability, betyr hvor like konklusjoner man kommer frem til når forskjellige personer bruker instrumentet.

23. For eksempel Belfrage, 1998; Douglas & Weir, 2003

24. Elbogen, 2002; Seifert, Jahn, Bolton, & Wirtz, 2002

25. Webster, Hucker, & Bloom, 2002

17. Steadman mfl, 1994

Boks 9.2 Eksempel på treffsikkerhet av risikovurdering

Ved enhver prediksjon har en følgende fire muligheter:

- rett forutsigelse om fremtidig vold (sann positiv vurdering, SP)
- feil forutsigelse om vold (falsk positiv vurdering, FP)
- rett forutsigelse om ikke fremtidig vold (sann negativ vurdering, SN)
- feil forutsigelse om ikke fremtidig vold (falsk negativ vurdering, FN)

Hvor gyldig en risikovurdering er, uttrykkes ved vurderingens sensitivitet og spesifisitet:

- sensitivitet sier hvor nøyaktig målemetoden er med hensyn til å finne dem som blir voldelige, de sanne positive
- spesifisitet sier hvor nøyaktig målemetoden er med hensyn til å finne dem som ikke blir voldelige, de sanne negative.

Her er et eksempel med følgende forutsetninger:

- av de som vurderes, er det 20 % som senere begår vold
- sensitivitet på 90 %
- spesifisitet på 60 %
- disse forutsetningene betyr at man vurderer at halvparten av de vurderte kommer til å begå vold senere
- forutsetningene gir en AUC på 0,75

Disse forutsetningene vil gi følgende fordeling:

		Begikk de senere vold?		Totalt
		Nei	Ja	
Ble de vurdert til at de kom til å begå vold?	Nei	48 (SN)	2 (FN)	50
	Ja	32 (FP)	18 (SP)	50
Totalt		80	20	100

Andelen av personer som vurderes til at de vil begå vold uten at de senere gjør det (FP), vil variere sterkt avhengig av hvor stor andel som faktisk begår hendelsen man prøver å forutse. Hvis man skal predikere en sjelden forekommende hendelse som for eksempel drap, vil andel FP være mye høyere. Hvis for eksempel 1 % av gjerningspersonene begår drap senere, og man ellers bruker de samme forutsetninger om sensitivitet og spesifisitet som over, får man følgende fordeling:

		Begikk de senere drap?		Totalt
		Nei	Ja	
Ble de vurdert til at de kom til å begå drap?	Nei	594 (SN)	1 (FN)	595
	Ja	396 (FP)	9 (SP)	405
Totalt		990	10	1000

- Kontekstfaktorer/situasjonsanalyser
- Kliniske faktorer

Som påpekt innledningsvis (jf. punkt 9.1.1) har vi i dette kapittelet valgt å avgrense presentasjonen til et utvalg dynamiske risikofaktorer knyttet til de to

siste hovedgruppene. Presentasjonen nedenfor gir en kort introduksjon til kunnskapsstatus når det gjelder samspillfaktorer og psykotiske symptomer, med en spesifisering av relevante risikoindikatorer eller risikomarkører som bør inngå i en kunnskapsbasert risikovurdering.

9.2.3.1 Samspillfaktorer

Voldsutøving forutsetter at minst to personer er involvert. Selv historiske faktorer og bakgrunnsfaktorer betydning avgjøres av hvorvidt de virker inn på den aktuelle voldshandlingen. Det å ha vært utsatt for fysiske overgrep i oppveksten øker sannsynligheten for at offeret skal bli voldsutøver senere i livet, men bare i den grad disse historiske overgrepene er ubearbeidet. For å kunne fastslå at det er en slik risiko, må vi identifisere gjentatte forvarsler og situasjoner som øker risikoen for vold hos det aktuelle individet. Dette vil ha stor betydning for treffsikkerhet i vurdering, i god behandling og i forebygging av ny vold fra den aktuelle personen.

9.2.3.1.1 Risikoindikatorer: sårbarhet og forvarsler

Sårbarhet som risikoindikator bygger på en stress-sårbarhetsmodell. I denne modellen defineres sårbarhet slik: situasjoner eller sammenhenger som øker sannsynligheten for at et individ skal vise aggressiv atferd. Det er utviklet et systematisk kartleggingsskjema i Norge med fokus på kartlegging av sårbarhet som risikoindikator, «Skjema for vurdering av aggressiv og farlig atferd hos psykotiske mennesker» (VAFA).²⁶ Skjemaet spesifiserer syv ulike typer av situasjoner som kan føre til farlig atferd (for eksempel ulike former for fysisk kontakt, grensesetting, omstillingssituasjoner), samt en åpen kategori for spesifisering av en eller flere bestemte situasjoner som kan føre til farlig atferd for akkurat denne konkrete pasienten. Gjennom denne kartleggingen klargjøres den enkelte pasientens sårbarhet, noe som igjen danner grunnlag for individuelt tilpasset risikohåndtering, dvs. spesifikke strategier for risikoavdekking eller for kontroll over risikosituasjoner. Risikohåndtering består av tre hovedelementer: 1) pasientens selvkontroll, 2) nærpersoners bidrag og 3) profesjonell oppfølging. Hensikten er å gi et bilde av mulige forvarsler og relevante intervensjoner for derigjennom å forebygge at sårbarhet omsettes til voldsatferd.

Kartlegging av forvarsler til aggressiv atferd er en sentral del av en dynamisk risikovurdering, og kan gi viktig informasjon om pasientens innsikt i egen aggresjonsdynamikk, indikasjoner på pasientens grad av opplevd egenkontroll i innledningen til aggressive episoder og, ikke minst, et grunnlag for utarbeiding av behandlingstiltak. Forvarsler til aggressiv atferd kan være av ulike typer. I Norge er

det utarbeidet to kartleggingsskjemaer for forvarsel til vold. Brøset Violence Checklist (BVC) er et skjema som først og fremst er innrettet på å dekke et kort tidsperspektiv og gi mulighet til å utvikle umiddelbare forebyggende tiltak.²⁷ Skjema for oversikt over forvarsler til aggressiv atferd (SOFA) er utviklet for å kunne hjelpe personell, og over tid pasientene selv, til å identifisere forvarsler som kan gi grunnlag for tidlig intervensjon via selvregulerende tiltak.²⁸

En helt ny studie viser at psykose utgjør en middels risikofaktor for å utøve vold mot andre,²⁹ og at kombinasjonen psykose og rus øker risikoen for voldsutøvelse mer enn psykose uten rus.³⁰ Risikostørrelsen avhenger av hvilken gruppe en sammenligner med; psykose sammenlignet med personlighetsforstyrrelse gir en negativ effektstørrelse, altså lavere risiko, mens psykose innebærer større risiko enn internaliserende psykiske lidelser (angst og tvang) og mennesker uten psykiske lidelser. Et annet viktig funn viste at det ikke er diagnoser innen psykosespekteret som i seg selv medfører risiko, men snarere hvilke symptomer en har, og hvor sterkt de virker inn på den aktuelle personen.

Vrangforestillinger generelt og *forfølgelsesvrangforestillinger* spesielt ser ut til å øke voldsrisikoen hos enkelte pasienter. Forfølgelsesvrangforestillinger er ikke i seg selv en tilstrekkelig forutsetning for voldsatferd. Er det imidlertid knyttet emosjonelt ubehag til vrangforestillingene, øker sannsynligheten for at man skal handle i samsvar med vrangforestillingene, noe som igjen ser ut til å øke voldsrisikoen. Link og Stueve har vist hvordan forfølgelsesvrangforestillinger med to komponenter øker voldsrisiko: 1) overbevisning om å være i livsfare eller å stå overfor en alvorlig fysisk trussel, 2) «den forfulgte» er overbevist om at de som står bak trusselen, også har tatt kontroll over tankene og følelsene hans/hennes (TCO, Perceived Threat and Control Override).³¹

Hørselshallusinasjoner er ikke voldsfremmende per se, men stemmer som pålegger en å gjøre voldshandlinger, kan øke voldsrisikoen hos noen personer. Også her ser opplevelsen av et sterkt emosjonelt ubehag knyttet til de voldsbefalende stemmene ut til å være en forutsetning for å handle i samsvar med det stemmene pålegger en. Gjennomgående kan man si at *symptomets kvalitet*,

27. Almvik, Woods, & K. Rasmussen, 2000

28. Bjørkly, 2004

29. OR = 1,49 – 1,68

30. Douglas, Guy, & Hart, 2009

31. Link & Stueve, 1994

26. Bjørkly, 1994

styrke og det ubehag det avstedkommer, er den viktigste voldskatalysatoren og risikoindikatoren.

9.2.3.1.2 Risikoindikatorer

Hva sier forskningen om mulige voldsrisikoindikatorer knyttet til psykotiske symptomer? I Storbritannia er det gjort en systematisk gjennomgang av offentlige høringer etter drap utført av mennesker med alvorlig psykisk lidelse.³² Gjennomgangen viste at 11 av de 40 drapene (28 %), var «predictable», det vil si mulige å forutse ved hjelp av observerbare risikofaktorer. Tjueseks av drapene (65 %) ble kategorisert som mulig å forhindre («preventable»), idet det var registrert en observerbar forverring som kunne ha utløst iverksettelse av voldsforebyggende tiltak rundt pasienten. I en systematisk gjennomgang av drap i England og Wales i perioden 1996 – 1999 ble 1594 drapsdømte kartlagt.³³ Bare 85 av disse var schizofrene, det vil si at bare 5 % av de drapsdømte var schizofrene. Over halvparten (56 %) av disse hadde vist *markant endring* knyttet til vrangforestillingenes kvalitet/type, intensitet, overbevisning, og hadde opplevd emosjonelt ubehag knyttet til vrangforestillingene i tiden før drapshandlingen.

Oppsummert kan vi si at følgende forhold ved vrangforestillinger kan indikere økt voldsrisiko: pasienter som mener at de kan «bevise» vrangforestillingene sine, pasienter som søker aktivt bevis/stadfestelse for vrangforestillingenes riktighet, og pasienter som blir redde/sinte av vrangforestillingene sine. Når det gjelder hørselshallusinasjoner, kan følgende fem forhold bidra til å øke voldsrisikoen: hallusinasjonene oppleves å ha høyt lydnivå, stor opplevd invaderingskraft, består av kjente stemmer, er onnipotente og autoritære, og er ute av kontroll (mestringssvikt).

9.2.3.2 Kartlegging av et dynamisk risikobilde

Kartleggingen av et dynamisk risikobilde består av to hoveddeler: 1) sårbarhetsammenhenger og 2) forvarsel. Sårbarhetsammenhenger kan for eksempel være ulike situasjoner hvor risikoen øker for at en person skal utøve vold. Forvarsler kan for eksempel være motoriske forvarsler som røyking, fysisk kontaktsøking, endret ganglag, å sitte urørlig eller å vandre. Eksempler på dynamiske risikotilstandstyper er negativ affekt, impulsivitet, antisosiale holdninger, rus, samspillfaktorer, psykotiske symptomer og innsiktssvikt.

Oppsummert kan vi på bakgrunn av forskningen presentert i dette avsnittet si følgende:

- Kunnskapsbasert praksis bør ta utgangspunkt i strukturert klinisk risikovurdering og omfatte skreddersydde håndteringstiltak tilpasset den enkelte pasient.
- Kartlegging av forvarsel til aggressiv atferd er en sentral del av en dynamisk risikovurdering, og det finnes godt utprøvde norske instrumenter for å gjøre slik kartlegging på en strukturert og etterprøvbart måte.
- Forskningen har avdekket at det er spesifikke egenskaper ved vrangforestillinger og hallusinasjoner, ikke deres tilstedeværelse per se, som øker voldsrisikoen.
- Ulikheter i psykotisk symptomtype og tilknytning emosjonelt ubehag ser ut til å være den viktigste forklaringen på individuelle svingninger i risikonivå.

9.3 Behandling og intervensjon i forhold til dynamiske risikofaktorer

Behandling og intervensjon i forhold til personer med risiko for utøvelse av vold innebærer vurdering av mange momenter (boks 9.3). En grundig kartlegging av individuelle forvarsler som pasienten viser før aggressiv atferd, er av stor betydning for risikohåndtering generelt og spesielt i forhold til spesifikke voldsforebyggende strategier. Noen pasienter isolerer seg, andre blir overaktive, noen blir kroppslig anspent, andre stirrer truende, osv. Kjennskap til og et bevisst forhold til slike forvarsler vil kunne hjelpe både pasient og omgivelser til å kunne iverksette aggresjonsforebyggende tiltak. Et slikt fokus på individuelle forløpsprofiler er blant annet kjent fra prediksjon av schizofreniforløp.³⁴ En risikoutredning bør omfatte analyser av tidlige og «voldsnære» forvarsler med henblikk på å utvikle optimale risikohåndteringsstrategier.³⁵ Nært knyttet til dette bør det gjøres en kartlegging av de situasjons- og samhandlingsdeterminantene som er karakteristiske i den enkelte pasients volds-historie. Disse determinantene spenner over et vidt spekter av subjektive tegn på sårbarhet som har vært fremtredende i pasientens tidligere volds-handlinger: overfølsomhet for andres fysiske nærhet, fremvekst av visse vrangforestillinger, rusing, osv. Dvoskin og Steadman argumenterer sterkt for «.....case managers as risk managers».³⁶ Hovedpo-

32. Munro & Rumgay, 2000

33. Meehan mfl, 2006

34. For eksempel Strauss & Carpenter, 1974

35. For eksempel Flutters, Van Meijel, Bjørkly, & Grypdonck

Boks 9.3 Momenter i arbeidet med risikopasienter (etter Webster mfl. 1997)

Trinn 1: Beskriv sannsynlig scenario

Type vold

- Hvilken type vold kan denne pasienten tenkes å begå?
- Hva vil være sannsynlig motivasjon?
- Hvem vil være sannsynlig offer?

Alvorlighet

- Hvilken fysisk eller psykisk skade kan ofrene bli påført?
- Er det fare for at voldshandlingene kan eskalere til å bli svært alvorlige eller livstruende?

Nærhet i tid

- Hvor raskt kan det tenkes at voldshandlingene vil skje?
- Er det varselsignal som kan indikere at voldsrisikoen øker eller er nært forestående?

Hyppighet/varighet/sannsynlighet

- Hvor ofte kan volden forekomme: en gang, flere ganger, hyppig?
- Er voldsrisikoen kronisk eller akutt, dvs. tidsbegrenset?
- Hvor sannsynlig er det at denne personen kan utøve denne typen vold?

Trinn 2: Håndteringsstrategi

Overvåking av risikofaktorer

- Hva er den beste måten å følge med på om voldsrisikoen øker?
- Hvilke hendelser eller forhold bør føre til revurdering av personens voldsrisiko?

Behandling

- Hvilke behandlings- eller rehabiliteringsplaner kan bli satt i verk for å håndtere voldsrisikoen?
- Hvilke sårbarhetsområder bør prioriteres for tiltak?

Håndteringstiltak

- Hvilke veilednings- eller tilsynsstrategier bør settes i verk for å håndtere risikoen?
- Hvilke begrensninger på aktiviteter, bevegelser, kontakt eller kommunikasjon kan tenkes.

Planlegging for offersikkerhet

- Hvordan kan offerets fysiske sikkerhet eller selvbeskyttende evne økes?

Overvåking av risikofaktorer

- Hva er den beste måten å følge med på om voldsrisikoen øker?
- Hvilke hendelser eller forhold bør føre til revurdering av personens voldsrisiko?

Trinn 3: Prioritering

Innsatsnivå

- Hvilket tiltaksnivå er nødvendig for å hindre personen i å utøve vold?
- I hvilken grad er denne vurderingen begrenset sett i lys av uklar, utilgjengelig eller manglende informasjon?

Behov for umiddelbare tiltak

- Representerer personen noen umiddelbar risiko?
- Hvilke forebyggende skritt er tatt eller bør bli tatt umiddelbart?

Rutiner for ny vurdering

- Når bør neste vurdering finne sted?

engene deres er oppsummert i dette sitatet:» Case managers help clients to gain insight into the kinds of situations that have led to violence in the past and to develop strategies for avoiding such situations and ways of resolving them if they cannot be avoided». ³⁷ Kalisiki og mange andre fremhever betydningen av god kommunikasjon mellom de

ulike fagnivåene i forbindelse med at en pasient for eksempel flytter fra en sikkerhetspost til et kommunebasert tilbud. ³⁸ En studie av pasienter utskrevet fra engelske psykiatriske sikkerhetsavdelinger med oppfølgingsperioder som varierte mellom 5 og 9 år, viste en klar sammenheng mellom manglende strukturert risikohåndteringsstrategi og voldsgjentakelse. ³⁹

36. Dvoskin & Steadman, 1994, s. 680

37. Dvoskin & Steadman, 1994, s. 680

38. Kaliski, 1997

9.3.1 Risikoprinsippet

Risikoprinsippet, først beskrevet av Andrews mfl., tilsier at det må være samsvar mellom individuell risiko og individuell oppfølgingsgrad eller oppfølgingsstetthet.⁴⁰ Dette er et grunnleggende prinsipp for risikohåndtering og har vist seg viktig for å sikre effekt av intervensjoner i forhold til risiko.⁴¹ Virksom behandling er i tillegg avhengig av at tiltakene som iverksettes, tilpasses den enkeltes forutsetninger slik disse kan avleses i vedkommendes behandlingsrespons (responsivitetsprinsippet). Risikoprinsippet tilsier med andre ord at høy risiko skal ledsages av tiltak basert på tett oppfølging. I praktisk risikohåndtering ivaretas risikoprinsippet av 1) risikobildet og 2) intervensjonsplan. Risikobildet kartlegges på individnivå og på situasjonsnivå. Kartleggingen skal resultere i at det iverksettes intervensjoner på individnivå og på situasjonsnivå for å forebygge voldsutøvelse i de situasjoner man har kartlagt som risikosituasjoner for det enkelte individ. Risikobildet og intervensjonsplanen er gjensidig avhengige av hverandre for å ha praktisk og faglig verdi. Det har med andre ord liten hensikt å gjøre en risikoanalyse for alvorlig vold med mindre man som resultat av denne analysen utarbeider en intervensjonsplan for å forhindre at volden skal skje. En intervensjonsplan for å forebygge alvorlig vold har på samme måte liten hensikt dersom den ikke er forankret i en risikoanalyse.

9.3.2 Relevant forskning på Kompetansesenter, Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, har fire forskningsprosjekter med fokus på voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering/-behandling:⁴² 1) forløpstudie etter utskriving fra sikkerhetsavdeling, 2) SAFE pilotprosjekt, forløpstudie av pasienter utskrevet fra Sikkerhetsavdelinger i Norge med fastlagte evaluerings- og håndteringsrutiner, 3) ERM, Early Recognition Method pilotprosjekt og 4) utvikling og validering av V-RISK-10.

9.3.2.1 Forløpstudie etter utskriving fra sikkerhetsavdeling

Forløpstudien er et samarbeidsprosjekt mellom Regional sikkerhetsavdeling og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus. Studien vektlegger særlig pasientenes forhold til vold, kriminalitet og rus før, under og etter oppholdet i sikkerhetsavdelingen. Hva kjennetegner pasienter som får en positiv utvikling under oppholdet og senere? Hvilke faktorer virker hindrende for en positiv utvikling under oppholdet og senere? Formålet med studien er å fremskaffe utsikter til rehabilitering på rett nivå. Det vil også være verdifullt å kunne sammenligne resultater fra studien med tilsvarende studier fra andre land, blant annet med hensyn til samspillet mellom psykiatri, kriminalomsorg og rusomsorg. I denne studien inngår 125 pasienter som var innlagt ved en regional sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Resultatene fra denne studien viser at å bli utsatt for fysisk og/eller seksuelt misbruk som barn var assosiert med å ha en far som hadde en psykisk lidelse.⁴³ Å ha en oppvekst med vold var assosiert med å ha tidligere domfellelse.⁴⁴ Å begå drap var assosiert med å ha personlighetsforstyrrelse⁴⁵ og å tidligere ha vært innlagt ved psykiatrisk institusjon.⁴⁶

I del II av studien inngår 38 pasienter 4 år etter utskriving. Foreløpige (bivariate) funn fra denne delen av studien viser: 1) de med stoffproblem hadde mest gjentakelser av senere vold, 2) det var i mindre grad stoffproblem hos de pasientene som hadde en drapsdom, og 3) det var flere uten fast bopel hos pasienter med drapsdom.

9.3.2.2 SAFE pilotprosjekt, forløpstudie av pasienter utskrevet fra sikkerhetsavdelinger i Norge med fastlagte evaluerings- og håndteringsrutiner

Studien har to formål: 1) å gjøre individuelle risikovurderinger for å utforme og iverksette individuelt tilpassede risikohåndteringsstrategier med henblikk på å redusere risiko for residiv hos pasienter med voldsproblemer og 2) Langtidsoppfølging med opprettholdelse av risikohåndteringsstrategier på tvers av helsetjenestenivåer for å lette overføring av pasienter og bidra til overføring av klinisk kunnskap og praksis fra sikkerhetspsykiatrien til

39. Davison, Jamieson, & Taylor, 1999

40. Andrews, Bonta, & Hoge, 1990

41. Andrews & Bonta, 2010

42. Det er her kun presentert forskningsprosjekter ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, for Helse Sør-Øst. Det er også relevante forskningsprosjekter innen tilsvarende temaer ved Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Midt- og Nord-Norge og Helse Vest.

43. Multivariat logistisk regresjon, OR = 19,4, 95 % CI = 3,4 – 111

44. OR = 2,6, 95 % CI = 1,01 – 6,8

45. OR = 19,0, 95 % CI = 1,9 – 187,0

46. OR = 9,9, 95 % CI = 2,5 – 39,4

allmennpsykiatrien og førstelinjetjenesten. Vold utført etter utskrivning fra sykehus av mennesker med alvorlige psykiske lidelser er et alvorlig samfunnsproblem. Med utgangspunkt i utprøving av nye sikkerhetspsykiatriske analyse- og intervensjonsstrategier har dette pilotprosjektet relevans i forhold til fire forskningsområder og design: 1. Helsetjenesteforskning: Å bidra til at pasientforflytting fra ett helsetjenestenivå til et annet skjer på en mest mulig trygg og vekstfremmende måte. 2. Forløpstudie: Pasientene blir fulgt opp med kontinuerlige målinger opptil to år etter at første utredning er gjort. Målingene vil dekke eventuelle endringer i risikobildet, hvorvidt risikohåndteringsstrategiene er ivaretatt og gjentakelsesmål. 3. Risikovurderingsstudie: Startpunktet i prosjektet er en grundig risikoutredning av hver enkelt pasient. Å kartlegge pasientens sårbarhetsområder, det vil si situasjoner eller sammenhenger som øker sannsynligheten for at et individ skal vise aggressiv atferd. 4. Risikohåndteringsstudie: Det utredes og iverksettes generelle og spesifikke (kriterieutløste) risikohåndteringsstrategier: I all hovedsak dreier dette seg om to områder: 1) generelle forebyggende strategier (tilrettelegging av arbeid, fritidsaktiviteter, tilsynsordning, bruk av progresjonsstiger, osv.) og 2) spesifikke risikohåndteringsstrategier.⁴⁷ Det utvikles individuelle kriterieutløste intervensjoner der en har forhåndsdefinerte forebyggende tiltak som utløses når gitte risikotegn og forvarsler om nært forestående voldsatferd blir identifisert (for et eksempel, se boks 9.4). Denne studien gir pasientene og behandlerne

mulighet til å utvikle større kunnskap om aggresjonskontroll gjennom å få et mer bevisst forhold til sårbarhet og tidlige forvarsler på vold, og å utvikle og iverksette voldsforebyggende tiltak.

Kunnskapen og praksisen om risikohåndteringsstrategier overføres fra sikkerhetsavdelingen til eksempelvis allmennpsykiatrien og førstelinjetjenesten. På tvers av helsetjenestenivåer blir man da kjent med hvilke forvarsler pasienten har, og intervensjoner som kan hindre voldsgjentakelse hos pasienten. Dette vil kunne redusere antall døgn i sikkerhetsavdeling og gjøre overgangen lettere til et liv på lavere behandlingsnivå, eller utenfor institusjon. Individuelle og forhåndsavtalte risikohåndteringsintervensjoner som virker positivt dempende på voldsrisiko, skal følge hver pasient til et nytt nivå i behandlingsskjeden (for eksempel til et DPS). Både mottaksenheten og den enheten som pasienten er overført fra, kan dra nytte av at en som en del av risikohåndteringsstrategiene fastsetter pasient- og kontekstrelaterte kriterier for når pasienten eventuelt skal tilbakeføres til et høyere sikkerhetsnivå (for eksempel til sikkerhetsposten som pasienten ble overført fra). Dette kan vise seg å utgjøre et viktig bidrag til å finne behandlingsnivået som er det riktige for pasienten.

Det er i forbindelse med SAFE-studien laget en elektronisk database hvor all risikoutredning av pasientene registreres. Automatiske varslinger om at det skal gjøres nye målinger, er innarbeidet. Likeså vil klinikerne få et grafisk markert risikovarsel hvis utredningen viser at pasienten har endringer som innebærer forhøyet risiko for vold. Når en pasient skårer over en gitt grenseverdi på et skjema, kommer det frem et rødt utropstegn på skjermen. Det betyr at den ansvarlige klinikerne må vurdere om ytterligere utredning er nødvendig, om en skal søke råd hos spesialist, eller om en skal iverksette kriterieutløst intervensjon. Det er også designet en rapportgenerator, hvor de ulike målingene blir hentet ut av databasen og fremstilt grafisk og i tabeller. Det er ment at dette skal fungere som informasjonsgrunnlag i forhold til videre beslutninger rundt pasienten, og at det vil være et nyttig dokument å bruke i samarbeid med miljøpersonalet og for veiledning i forhold til vurdering av pasientens voldsrisiko.

Boks 9.4 Eksempel på kriterieutløst risikohåndteringsstrategi:

Risikofaktor: Voldelige, befallende stemmer. Å høre voldelige, befallende stemmer kan være en risiko for voldelig atferd hos noen pasienter.

Forvarsel: Et tidlig forvarsel kan være at pasienten stirrer tomt ut i lufta eller holder hendene over ørene.

Kriterieutløst intervensjon: Den kriterieutløste intervensjonen er et individuelt tilpasset og hvis mulig forhåndsavtalt tiltak som kan forhindre vold (for eksempel en beroligende samtale, avledning via fysisk aktivitet eller musikk, osv.).

47. Disse strategiene kan spenne fra medisinendring til endring av kommunikasjonsmåter overfor pasienten. På lengre sikt er det et overordnet mål at pasienten i størst mulig grad blir selvstendig i forhold til å iverksette slike strategier (be andre ikke komme for nært, be om samtale med personell, be om aktivisering for å få avledning fra hallusinasjoner, be om sovemedisin/angstdempende medisin, etc.).

9.3.2.3 Early Recognition Method (ERM) pilotprosjekt

Early Recognition Method (ERM) er en systematisk utviklet miljøterapeutisk behandling av mennesker med psykisk lidelse og voldsrisiko. ERM identifiserer forvarsler før voldelig atferd hos mennesker med psykiske lidelser. Forskning på ERM har vist at man kan redusere bruken av isolasjon og redusere aggresjonsnivået ved bruk av ERM.⁴⁸ I denne studien får pasienten først en grundig innføring i metoden og hva den innebærer. I løpet av denne innføringen får man også viktige opplysninger fra pasienten, motivasjon, tilstand, innsikt og sosialt nettverk. Det videre arbeidet med pasienten gjennomføres basert på et detaljert «beslutnings-tre» som brukes som et redskap for å sikre en strukturert progresjon for kartlegging og utforming av intervensjoner. Når forvarsler skal identifiseres, er det pasientens egne ord man benytter, slik at vedkommende kjenner seg selv igjen i forvarslene og de endringer som er beskrevet. Pasientens aktive medvirkning er sentral både i utforming av forvarslene og tiltakene, da det er pasientens tankemønster og handlingsrepertoar som er i fokus. Målet er at pasienten og/eller personalet kan iverksette tiltak før tilbakefall så tidlig i prosessen at man unngår voldelig atferd. Dersom pasienten samtykker, kan noen fra familien eller nettverket beskrive hva de har erfart av forvarsler hos pasienten. På den måten vil man kunne få familien eller nettverket aktivt med i ERM-arbeidet. Miljøpersonalets observasjoner av pasientens forvarsler blir også beskrevet i denne fasen. Hvis pasienten skulle motsette seg behandlingen, eller tilstanden tilsier at pasienten ikke er i stand til å delta, jobber miljøterapeutene med de forvarslene man har identifisert, basert på observasjoner og profesjonelle vurderinger. Erfaringer fra Nederland og Norge (Buskerud) har vist at pasienter som først ikke ønsker å delta, blir aktivt med etter en periode. Hvert forvarsel graderes i tre ulike nivåer avhengig av stressnivå. Det er pasientens egne ord som skal brukes for å beskrive nivåene. Om pasienten ikke vil eller ikke er i stand til å delta, er det miljøterapeutene som beskriver nivåene som observasjonene baseres på: 1 = stabil fase, pasienten sier han har det bra, og forvarslene er ikke stressende for pasienten, 2 = moderat fase, pasienten opplever det definerte forvarselet som moderat til stede eller stressende, 3 = alvorlig fase, pasient er meget stresset og det definerte forvarselet er til stede i sterk grad. Et eksempel: Pasienten kan ha

et rusproblem i tillegg til sin psykiske lidelse, og rusmisbruket har erfaringsvis ført til vold. Da kan stabil fase være: «Jeg tenker noen ganger på rus, men det stresser meg ikke». Moderat fase kan være: «Jeg tenker mye på rus, og det hadde vært godt å ruse seg.» Alvorlig fase kan være: «Jeg har et russug, tenker på å ta inn stoff i avdelingen og er svært stresset.»

9.3.2.4 Utvikling og validering av Voldsriskosjekklister -10 (V-RISK-10)

HCR-20 har vist gode egenskaper i sikkerhets- og rettspsykiatrien, men er vurdert som altfor tidkrevende til rutinebruk innen allmenn- og akuttpsykiatri. Formålet med denne studien var å imøtekomme et behov for langt mindre tidkrevende sjekklister for disse delene av psykiatrien. Prosessen har bestått i å prøve ut et mer fyldig sammensatt redskap som ved logistisk regresjon skulle reduseres til cirka ti ledd. Denne prosessen er beskrevet i en artikkel i 2006.⁴⁹ Listen ble utprøvd på alle pasienter i ett års sirkulasjon i en akuttpsykiatrisk avdeling og sammenholdt med prediksjonene ved utskriving med registrerte alvorlige trusler og fysisk vold i det kommende året for pasienter som ble fulgt opp i poliklinisk ettervern. Resultatene var oppløftende, idet skjemaer med langt under ti ledd viste prediktiv validitet av høy statistisk signifikans på gruppenivå. Neste fase av studien (2006–07) var å utprøve en tipunkts sjekklister valgt ut fra forundersøkelsen og etter drøfting med internasjonale miljøer. Sjekklister er svært enkel å bruke, med gjennomsnittlig variasjon i tidsforbruk fra 1–10 minutter. Listen har vist høy mellomdommer-reliabilitet (ICC = 0,86). Prediktiv validitet for trusler og fysisk vold under oppholdet i to akuttavdelinger i ett år er funnet svært god.⁵⁰ En etterfølgende undersøkelse viste at redskapet hadde samme prediktive validitet under en ettårs oppfølging av de samme pasientene etter utskriving.⁵¹

9.4 Oppsummering

Hovedutfordringen ved risikovurderinger av voldsutøvelse er altså ikke å predikere en kontekstfri beslutning om *hvem* eller *hvilke pasienter* som kommer til å gjøre voldshandlinger i løpet av et på forhånd uspesifisert tidsrom. Drap er også en

48. Fluttert, Van Meijel, Nijman, Bjørkly, & Grypdonck

49. Hartvig, Alfarnes, Ostberg, Skjonberg, & Moger, 2006

50. AUC henholdsvis 0,79 og 0,87 ved ROC-analyse, med sensitivitet og spesifisitet på henholdsvis 0,85 og 0,76 (Hartvig, Roaldset, Moger, Østberg, & Bjørkly)

51. Roaldset, Hartvig, & Bjørkly

såpass sjelden hendelse at det er umulig å forutse hvem som kommer til å drepe. Målet blir i stedet å utrede hvilke håndteringsstrategier og behandlingsmetoder som er nødvendige for at den enkeltes voldsrisiko skal bli lavest mulig. De viktigste områdene blir derfor:

- (1) Hvilke kliniske, interaksjonelle og kontekstuelle faktorer er forbundet med økt risiko for vold hos den enkelte?
- (2) Hvilke håndteringsstrategier kan redusere denne risikoen?
- (3) Hvordan kan en sikre at de relevante risikostrategiene blir iverksatt og opprettholdt rundt den enkelte?

Fokuset flyttes dermed over på to aspekter ved risikoanalyser: 1) risikovurdering og 2) risikohåndtering/behandling.

Aktuelle problemstillinger i arbeidet med dynamiske risikofaktorer kan være:

- Er «tilstandsforverring» en risikomarkør i seg selv? Det kan her dreie seg om generell forverring av psykisk helse, og det kan dreie seg om en eller flere spesifikke risikofaktorer.
- Hvordan kommer en spesifikk risikoøkning til uttrykk i samhandling med andre?
- Ser de involverte disse endringene?

- Hva skal gjøres når negative endringer er observert?
- Hvem skal informeres?
- Hvem skal beslutte at forebyggende intervensjon skal iverksettes?
- Hvem skal intervensjonere?

9.5 Noen råd etter gjennomgang av kunnskapsstatus for voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering

Empirisk fundert kunnskap om voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering indikerer at det finnes pålitelige kartleggingsinstrumenter som kan støtte risikovurderinger og risikohåndteringsstrategier på individnivå. Det er derfor meget viktig at de ulike kliniske behandlingstilbudene for mennesker med alvorlig psykisk lidelse er forskningsbaserte. For å videreutvikle voldsrisikovurderingsredskaper og voldsrisikohåndteringsmetodikk er det samtidig like viktig at det blir satt av tilstrekkelig ressurser til mer og bedre klinisk forskning, både med forankring i relevante kliniske miljøer og i forskningsmiljøer som har kompetanse på voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering.

Kapittel 10

Kommunikasjon mellom helsetjenesten og andre berørte

Det følger av mandatets punkt 4.1.5 at utvalget

«skal spesielt undersøke og eventuelt vurdere hvorvidt taushetsplikt mellom etater var til hinder for nødvendig informasjonsflyt».

Utvalget har på denne bakgrunn søkt å gjøre seg kjent med hvordan reglene om taushets- og opplysningsplikt og opplysningsrett praktiseres. Videre om reglene eller praktiseringen av reglene oppleves som problematisk for nødvendig samarbeid mellom helsevesenet og andre hjelpeinstanser og etater. Utvalget har også undersøkt hvordan pårørende opplever kommunikasjonen med helsevesenet. Formålet med undersøkelsene er å vurdere om regelverket kan være uheldig eller uhensiktsmessig utformet, og om det er behov for regelverksendringer, eventuelt om det er behov for andre tiltak av ikke-lovmessig karakter – skriftlig veiledning, opplæring eller lignede.

Utvalget benyttet ulike tilnærmingmetoder for å undersøke om taushetsplikten kan være til hinder for nødvendig informasjonsflyt. For det første har utvalget i gjennomgangen av de 132 drapssakene i perioden kodet sakene i forhold til flere variabler knyttet til taushetsplikt og kommunikasjon mellom instanser for å se om og eventuelt på hvilken måte taushetsplikt var et aktuelt tema i den enkelte sak. For det andre arrangerte utvalget et stormøte/høringsmøte for å innhente kunnskap, erfaringer og meninger fra hjelpeinstanser og andre berørte som i det daglige anvender regelverket. Som det fremgår av kapittel 4.6, inviterte utvalget blant annet bruker- og pårørendeorganisasjoner, behandlingsmiljøer, offentlige etater, forskningsmiljøer og frivillige hjelpeorganisasjoner.

På grunnlag av hva som kom frem under stormøtet, besluttet utvalget å sette et særskilt fokus på samarbeid og kommunikasjon mellom helsetjenesten og politiet. Etter oppdrag fra Olsenuutvalget har rådgiver John Martin Dervå, politioverbetjent Arne Erik Hennem og professor dr. juris Tor-Geir Myhrer utredet dette nærmere, jf. kapitlene 11 og 12.

10.1 Gjennomgang av enkeltsaker

Utvalget har i gjennomgangen av de 132 avgjorte drapssakene i perioden brukt flere variabler for å undersøke om kommunikasjonen mellom hjelpeinstanser og/eller kommunikasjonen med pårørende har vært problematisk, og eventuelt på hvilken måte. Grunnlagsmaterialet for denne gjennomgangen har vært skriftlig dokumentasjon i form av politidokumenter, pasientjournalmateriale, Helsetilsynets saksdokumenter og/eller rettspsykiatriske erklæringer.

I gjennomgangen av enkeltsakene har utvalget konkret registrert opplysninger knyttet til noen hovedtemaer. For det første har utvalget undersøkt om det i saken finnes dokumentasjon i form av rapport, journal, dom eller lignende som inneholder kommentarer knyttet til taushetsplikten i den konkrete saken. Dette har generelt omfattet alle involverte hjelpeinstanser og personell rundt gjerningspersonen. For det andre har utvalget undersøkt særskilt om det foreligger informasjon som indikerer problemer i kommunikasjonen eller samarbeidet mellom helsetjeneste og politi. Et tredje tema har vært kommunikasjonen i forhold til pårørende og instanser ved utskriving fra akutt- eller døgnenhet. Et siste tema har vært våpenbesittelse og helsepersoneells opplysningsplikt.

På grunnlag av den gjennomgangen som er gjort, har utvalget funnet at det gjennomgående er lite dokumentert informasjon om kommunikasjon mellom hjelpeinstanser, mellom helsetjenesten og politi og mellom helsetjenesten og pasientens pårørende.

Når det gjelder spørsmålet om det har vært forhold ved taushetsplikten som er kommentert i rapporter, journaler eller dom, viser gjennomgangen at det var sjelden at taushetsplikten var tatt opp som tema i dokumentasjonen. Det var enda sjeldnere at det er skrevet noe om at reglene eller anvendelsen av reglene har vært problematisk.

Tilsvarende viste den særskilte gjennomgangen av kommunikasjon og samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og politi at det var få saker hvor negative erfaringer er dokumentert.

Tabell 10.1 Samarbeid mellom politi og psykisk helsetjeneste

	Nei	Ja	Ukjent	Ikke aktuelt spørsmål
Er det informasjon som indikerer tidligere problemer for politiet med å skaffe psykisk helsehjelp til gjerningsperson (jf. IS-15/2006 punktene 2) og 3)	89	4	7	32
Er det informasjon som indikerer problemer for politiet med å følge opp begjæring om tvungent psykisk helsevern (jf. IS-15/2006 punkt 3)	6	1	11	114
Er det informasjon som indikerer problemer for psykisk helsevern med å etablere samarbeid med politiet (jf. IS-15/2006 punkt 4)	29	1	10	92
Er det informasjon som indikerer problemer med kommunikasjon mellom helsetjeneste og politi (jf. IS-15/2006 punkt 5)	26	6	13	87

I mange tilfeller var spørsmålene ikke aktuelle, for eksempel fordi gjerningspersonene ikke har hatt kontakt med politiet, fordi politiet ikke har begjært tvungent psykisk helsevern, fordi ingenting tyder på at psykisk helsevern har hatt behov for samarbeid med politiet, eller fordi det skulle ha vært samarbeid mellom helsetjeneste og politi.

I de tilfeller der spørsmålene var aktuelle, er det svært få tilfeller der det har vært indikasjoner på problemer. Detaljinformasjon om hvilke typer problemer dette har vært, kan etter utvalgets skjønn ikke offentliggjøres på grunn av faren for gjenkjennelse.

I forhold til gjerningspersoner som tidligere hadde vært innlagt på akutt- eller døgnerhet innen psykisk helsevern, ble det undersøkt særskilt om pårørende og/eller andre instanser hadde fått informasjon eller varsel om utskrivingen. Gjennomgangen viste at 42 av de 132 gjerningspersonene tidligere hadde vært innlagt på akutt- eller døgnerhet. Av disse er det i to tilfeller positivt dokumentert at informasjon ved utskriving er blitt vurdert opp mot taushetsplikt.

Det ble også undersøkt om helsepersonell hadde informasjon om pasienten (den senere gjerningspersonen) var i besittelse av registrert skytevåpen, eventuelt hvordan denne informasjon ble håndtert. Gjennomgangen viste at det bare i åtte tilfeller var dokumentert at helsepersonell hadde informasjon om våpenbesittelse hos gjerningspersonen. Av disse åtte gjerningspersonene var det likevel et flertall som ikke brukte sitt skytevåpen under drapshandlingen.

Videre ble det undersøkt om det var holdpunkter for å hevde at helsepersonellet hadde brutt opplysningsplikten, jf. Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-7/2003 om pasienter som innehar våpen.¹ I 108 av tilfellene var dette ikke en

aktuell problemstilling, idet det ikke fantes opplysninger om at helsepersonell hadde opplysninger om våpenbesittelse. I 19 tilfeller var svaret ukjent. I to tilfeller ble det lagt til grunn at det ikke forelå noen opplysningsplikt. Bare i tre tilfeller ble det vurdert at opplysningsplikt forelå. Av disse tre tilfellene var det dokumentert at opplysninger ble gitt i to saker. I en sak fant ikke utvalget dokumentasjon på at opplysninger var gitt videre, men utvalget kan ikke utelukke at slik informasjon ble gitt.

10.2 Erfaringsbasert kunnskap om bruk av taushetspliktbestemmelsene

Det anføres fra tid til annen at taushetspliktbestemmelsene har vært til hinder for nødvendig samarbeid mellom ulike etater og forvaltningsnivåer. Det har vist seg vanskelig å frembringe konkrete eksempler på det. Man vet derfor heller ikke hvor ofte problemstillingen er aktuell. Utfordringen er at det generelt finnes få systematiske studier på hvordan taushetspliktbestemmelsene faktisk brukes innen og mellom samarbeidende etater.² På denne bakgrunn er det vanskelig å si noe sikkert om det er regelverket og/eller andre forhold (holdninger hos enkeltpersoner, ulike kulturer og arbeidsmetoder) som eventuelt vanskeliggjør eller forhindrer nødvendig informasjonsflyt og samarbeid mellom etater og forvaltningsnivåer.

Som et forsøk på å avhjelpe situasjonen med manglende erfaringsbasert kunnskap inviterte utvalget til et stormøte/høringsmøte i Oslo 18. november 2009. I utvalgets invitasjon til møtet var temaet for møtets første del: «Hvilke faktorer kan

1. Sosial- og helsedirektoratet, 2003

2. NOU 2009:22; SINTEF Helse, 2005

sikre nødvendig informasjonsflyt mellom tjenester som skal samarbeide om personer med kjent psykisk lidelse?» og det ble gitt noen mulige problemstillinger: – Er dagens regler om taushetsplikt til hinder for å forebygge eventuelle alvorlige skader på liv og helse? Hvordan praktiseres reglene om taushetsplikt? Opplevs skjønnsutøvelsen som vanskelig for fagpersonellet og eventuelt i hvilke situasjoner? Har helsepersonell og annet personell god nok kunnskap om hvilke muligheter som finnes for lovlig kommunikasjon med andre tjenester og etater, herunder regler om samtykke, opplysningsrett og opplysnings- og meldeplikt? På hvilke måter og i hvilken grad ivaretas pårørendes behov for kommunikasjon med hjelpeapparatet?

Politioverbetjent Arne Erik Hennum, Oslo politidistrikt, innledet under tittelen: «Forebygging og samarbeid. Oppfølging av personer med psykisk lidelse som har behov for tverrfaglige tjenester.» I innlegget ble det blant annet lagt frem statistikk som viste antallet oppdrag Oslo-politiet har relatert til «sykdom, psykiatri», og det ble vist til eksisterende samarbeidsformer og positive erfaringer. Det ble også pekt på mulige forbedringsområder med hensyn til kommunikasjon mellom hjelpeinstanser, med spesiell fokus på hvordan man kan sikre nødvendig informasjonsutveksling mellom politi og psykisk helsetjeneste.

Under den påfølgende plenumsdiskusjonen noterte utvalget at det kom frem uttalelser som kunne tyde på at praktiseringen av regelverket om taushetsplikt i forskjellige sammenhenger oppleves som vanskelig, og at det særskilt gjelder helsepersonellens taushetsplikt, herunder helsepersonellens kommunikasjon med politiet. Flere i forsamlingen tok til orde for at det burde være bedre veiledning for helsepersonell i form av eksemplifisering i lovteksten eller i form av rundskriv, veiledning eller lignende og med eksempler på ulike praktiske situasjoner/problemstillinger.

Fra salen ble det anført at helsepersonell er redd for at de tolker regelverket feil, og at eventuelle feil vil medføre sanksjoner fra Helsetilsynet. Det ble antydnet at slik redsel kan medføre at helsepersonellet «for sikkerhets skyld» unnlater å kommunisere med andre offentlige etater. Fra salen ble det påpekt at manglende kunnskap om bestemmelser som gir helsepersonellet opplysningsrett og/eller opplysningsplikt, vil kunne få alvorlige konsekvenser. Utvalget noterte også at Helsetilsynets representant kommenterte at de ikke hadde reagert på brudd på taushetsplikten i kommunikasjonen mellom relevante hjelpeinstanser, og at det kunne være uheldig å ha som grunnregel at man unnlater å informere når man er i tvil. Det ble fra

salen også påpekt viktigheten av, og en manglende bruk av, rutinemessig innhenting av samtykke.

Videre noterte utvalget at Helsedirektoratets representant opplyste at det er besluttet at Helsedirektoratets og Politidirektoratets rundskriv «Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid» skal revideres. Det kom for øvrig frem at rundskrivet har vært et nyttig hjelpemiddel for politi og helsetjeneste.

Både under møtets første og andre del ble det fra møtelederen etterlyst synspunkter på pårørendes situasjon og på informasjonsflyten mellom helsepersonell og pårørende, men utvalget registrerte ikke innlegg fra salen om dette.

Det ble tatt opp fra salen at det ville være en fordel hvis politiet oftere bruker sin mulighet for å være tutor ved innleggelse av pasienter, noe som vil kunne medvirke til bedre kommunikasjon mellom politi og psykisk helsevern.

På grunnlag av de synspunkter som kom frem under stormøtet 18. november 2009, mente utvalget at temaet kommunikasjon mellom helsetjenesten og politiet burde utredes nærmere, herunder at det ble forsøkt gjort en kunnskapsoppsummering på området som i sin tur eventuelt kunne tjene som grunnlag for utvalgets vurdering av tiltak. Det vises her til kapittel 11 hvor professor dr. juris Tor-Geir Myhrer har utredet de juridiske forhold rundt taushetsplikten mellom politi, psykiske helsetjenester og sosiale tjenester.

10.3 Kommunikasjon mellom psykisk helsetjeneste og pasientens pårørende

Som nevnt ovenfor mottok ikke utvalget innspill fra salen under stormøtet som direkte gjaldt temaet taushetsplikt og kommunikasjon mellom pårørende og psykisk helsetjeneste. Informasjon fra andre kilder har imidlertid ansporet utvalget til å gjøre nærmere undersøkelser om temaet. Det vises i den forbindelse til at også tidligere utredninger har trukket frem de pårørendes situasjon. Rasmussenutvalget uttalte blant annet at manglende registrering av pårørendes bekymringer vil kunne oppfattes som systemsvikt.³ I rapporten ble det spesielt pekt på ett tilfelle hvor pårørende hadde prøvd å forhindre at pasienten droppet ut av behandlingen. Det finnes også studier av nyere dato om pårørendes erfaringer. Det vises her blant annet til to studier gjennomført av Folkehelseinstituttet i 2006.⁴

3. Rasmussen-utvalget, 1998

Utvalget har også gjennom et begrenset antall intervjuer med pårørende til gjerningspersoner mottatt synspunkter på hvordan pårørende har opplevd kontakten med hjelpetjenestene. I tillegg til disse intervjuene har også gjennomgangen av alle enkeltsakene i perioden gitt konkrete eksempler på både kontakt og fravær av kontakt mellom helsetjenesten og gjerningspersonens pårørende i forkant av drapet. Intervjuene og gjennomgangen av saksdokumentene viser at omstendighetene rundt kontakten mellom pårørende og helsetjenesten kan være vidt forskjellige. I noen tilfeller har pårørende tatt direkte kontakt fordi de er bekymret for pasientens helsetilstand, og i andre tilfeller har pårørende selv kommet til skade som følge av vold fra gjerningspersonen. I en del av tilfellene er det også gjerningspersonens pårørende som ender opp som drapsoffer.

10.3.1 Helsevesenets mulighet for å formidle og motta informasjon

Hovedregelen er at opplysninger om en pasients sykdomsforhold og andre personlige opplysninger er underlagt taushetsplikt. Dette følger av helsepersonelloven § 21.⁵ Det er flere unntak fra dette utgangspunktet og flere lovbestemte unntak gir helsepersonellet rett til å gi pårørende opplysninger, for eksempel når pasienten samtykker i slik kommunikasjon. I tillegg finnes det unntak som innebærer en plikt for helsepersonellet til å informere pårørende, jf. pasientrettighetsloven § 3–3.⁶

Taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 er heller ikke til hinder for at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene, eller når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold. Dette følger av helsepersonelloven § 23. Der pårørende kjenner pasientens diagnose, er faglig informasjon om symptomer, årsaksforhold (etiologi), prognose og behandlingsalternativer ikke konfidensiell informasjon.

Uansett er taushetsplikten ikke til hinder for at helsepersonell mottar informasjon fra pårørende som bekymrer seg for pasientens sykdomsutvikling, funksjonsnivå eller aggresjons- og voldsproblematikk.

Det kan i noen tilfeller oppstå et dilemma når helsepersonell skal imøtekomme pårørendes behov og samtidig ivareta hensynet til pasienten. Helsepersonell kan være usikre på hvordan taushetsplikt skal håndheves, og en grunn til usikker-

het er knyttet til at lovens formuleringer gir rom for bruk av skjønn. Fortolkning av regelverket kan i mange situasjoner oppleves som vanskelig for helsepersonellet, og det ligger i sakens natur at usikkerhet knyttet til skjønnsutøvelsen vil kunne innebære at helsepersonell praktiserer loven ulikt. I verste fall medfører slik usikkerhet at pårørende ikke får opplysninger de etter loven har krav på.

10.3.2 Pårørendes erfaringer med helsepersonellets praktisering av regelverket

Som allerede nevnt er det en utfordring at det generelt finnes få systematiske studier på hvordan taushetspliktbestemmelsene faktisk brukes. Det finnes imidlertid noen studier av relativt ny dato som har tatt for seg kommunikasjonen mellom helsetjenesten og pårørende til psykisk syke. Det vises her særskilt til Folkehelseinstituttets rapporter om erfaringene til pårørende til pasienter diagnostisert med schizofreni og bipolar affektiv lidelse.⁷

Folkehelseinstituttets studier viste variasjon i pårørendearbeidet innenfor psykisk helsevern. Pårørendes erfaringer med psykisk helsevern var både positive og negative, men når det gjaldt de negative erfaringene var fremtredende funn

«mangelfull informasjon, samt opplevelsen av å bli oversett, ikke tatt på alvor og ikke forstått av helsepersonell».⁸

I rapporten er det inntatt en oppsummering av tidligere internasjonale studier. Et sentralt funn har vært:

«Pårørendes misnøye med psykisk helsevern er omfattende dokumentert. Mangel på informasjon, råd og støtte er framtredende. Likeledes opplever pårørende ofte å bli ignorert, tilsidessatt og holdt utenfor pasientens behandlingsopplegg. Helsepersonell oppfattes som lite tilgjengelige for pårørende.»⁹

Når det gjelder de to nevnte studiene fra Norge, ble det blant annet gjort følgende funn når det gjaldt informasjon til pårørende og kommunikasjon mellom helsetjenesten og pårørende:

«Mange foreldre i denne undersøkelsen hadde fått lite eller ingen informasjon fra behandlingsapparatet.»¹⁰

4. Folkehelseinstituttet, 2006a, 2006b

5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

6. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

7. Folkehelseinstituttet, 2006a, 2006b

8. Folkehelseinstituttet, 2006a, s. 5

9. Folkehelseinstituttet, 2006a, s. 9

10. Folkehelseinstituttet, 2006a, s. 39

«Mange foreldre opplevde å måtte kjempe for å få vite sønnens eller datterens diagnose. For enkelte tok dette flere år.»¹¹

«Flere uttrykte forståelse for at det eksisterer en taushetsplikt som skal ivaretas. De synes likevel at denne ble praktisert for restriktiv og firkantet. Den hjelpen, støtten og oppfølgingen foreldrene bidro med overfor pasienten, ble for mange vanskeliggjort av for lite informasjon og at de i liten grad ble involvert.»¹²

«Som flere foreldre i denne undersøkelsen påpekte, er helsepersonell muligens eksperter på lidelsen generelt, men likevel er det foreldrene som gjerne kan mest om hvordan lidelsen arter seg hos deres sønn eller datter. Mange av foreldrene uttrykte undring over at helsepersonell ofte ikke syntes interessert i den informasjonen pårørende selv hadde å gi.»¹³

«Flere foreldre i denne undersøkelsen understreket at de overhodet ikke ønsket å vite alt om pasienten eller det som foregikk i behandlingen. Det de etterlyste, var informasjon som gjorde mulig for dem å støtte og hjelpe pasienten på best mulig måte.»¹⁴

«Enkelte foreldre i undersøkelsen opplevde blant annet at sønn eller datter ble sendt på permisjon eller skrevet ut til foreldrehjemmet uten at de selv hadde fått informasjon om dette.»¹⁵

I tillegg kommer det at utvalget i sin gjennomgang av 132 drapssaker har funnet eksempler på at pårørende i varierende grad har blitt tatt hensyn til i oppfølgingen av pasientens sykdom. For en nærmere omtale av dette vises det til kapittel 8.

10.3.3 Anbefalinger til tiltak for å sikre at nødvendig kommunikasjon finner sted

Utvalget legger til grunn at mange pårørende (foreldre, samlivspartner eller andre) til personer med psykisk lidelse i høy grad er påvirket av vedkommendes sykdomsforløp. I mange tilfeller er det den pårørende som kjenner den sykes tilstand best, og i flere tilfeller deler den syke og pårørende bolig. Det er derfor ikke uvanlig at det er den pårørende som oppretter nødvendig kontakt med helsevesenet når sykdomsutviklingen blir bekymringsfull,

og som får pasienten hjem til seg etter at undersøkelse eller behandling er avsluttet. I noen tilfeller er det voldsproblematikk i slike nære relasjoner, og i de mest ekstreme tilfellene ender det med drap. Etter utvalgets vurdering er det således en rekke ulike omstendigheter som gir pårørende et behov for informasjon fra helsetjenesten om lidelsen og dens årsaker, prognose og oppfølging. Informasjon kan gi grunnlag for å forstå pasientens begrensninger og for bedre å løse utfordringer sykdommen innebærer. I de tilfeller det foreligger voldsproblematikk, vil informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og pårørende være viktig i vurderingen av voldsrisiko.

Utvalget viser til at sentrale helsemyndigheter har gitt veiledere som angir at pårørendearbeid er en viktig oppgave for den psykiske helsetjenesten.¹⁶ Likevel har utvalget i sin gjennomgang av drapssaker funnet eksempler på at pårørende opplever å ha fått liten eller ingen informasjon fra helsetjenesten, dette også i tilfeller hvor pårørende, etter utvalgets syn, skulle ha fått informasjon fra helsetjenesten.

Etter utvalgets vurdering er det fortsatt slik at helsepersonell bør vektlegge en kontinuerlig kommunikasjonsprosess med pårørende. Behandlere bør tidlig i behandlingskontakten spørre pasienten hvordan vedkommende stiller seg til gjensidig informasjonsutveksling med pårørende. Flere studier har vist at pasienter ønsker og tillater at pårørende får informasjon om behandling og sykdomstilstand, og at en nær person kan kontaktes for opplysninger om sykdomshistorie.¹⁷ En studie har vist at en høy andel av schizofrene pasienter ønsket at deres slektninger skulle ha kontakt med helsepersonell under innleggelser, og at slektninger skulle motta støtte fra helsepersonell.¹⁸ I de tilfeller pasienten nekter å gi sitt samtykke, bør behandleren undersøke nærmere og eventuelt oppklare misforståelser vedrørende pasientens motvilje mot dette. Uansett må helsepersonellet vurdere om det foreligger en opplysningsplikt i forhold til pårørende, for eksempel etter pasientrettighetsloven § 3–3.

Helsepersonell bør undersøke hva den pårørende allerede er kjent med. Taushetsplikten omfatter ikke opplysninger som allerede er kjent for den pårørende.

11. Folkehelseinstituttet, 2006a, s. 39

12. Folkehelseinstituttet, 2006a, s. 38

13. Folkehelseinstituttet, 2006a, s. 38

14. Folkehelseinstituttet, 2006a, s. 39

15. Folkehelseinstituttet, 2006a, s. 39

16. Helsedirektoratet, 2008a; Sosial- og helsedirektoratet, 2004

17. Folkehelseinstituttet, 2006a, 2006b

18. Folkehelseinstituttet, 2006a, s. 38

Kapittel 11

Taushetsplikt, opplysningsplikt og -rett

11.1 Avgrensning av temaet

11.1.1 Hvilke etater?

Med utgangspunkt i slike hendelser som har foranlediget utredningen – tilfeller hvor personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv kan det i gitte situasjoner være behov for informasjonsutveksling mellom en rekke etater. Det er nærliggende først å tenke på informasjonsbehovet mellom helsevesenet og politiet, men ved nærmere overveielse vil en lett se at behovet for informasjon kan omfatte langt flere etater. Alvorlige psykiske lidelser vil ofte innebære at vedkommende har problemer med selv å skaffe seg midler og ytelser som er nødvendig for livsopphold. Behovet for informasjon til sosialetaten kan derfor ofte være aktuelt, og i forlengelse av dette til Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Dreier det seg om yngre personer, kan det også være behov for informasjon til barnevernet og skolevesenet. Det kan også være behov for informasjon til utlendingsmyndighetene ved psykiske helseproblemer hos personer som søker opphold.

En utredning som omfatter alle de aktuelle etater, vil bli detaljrik og uoversiktlig. På denne bakgrunn er utredningen konsentrert om *helsevesenet, sosialetaten og politiet*. Når sosialetaten er valgt, er det fordi den utenfor de tilfeller hvor den psykiske syke fysisk er tatt hånd om av helsevesenet eller politiet, vil være den etat som vil ha ansvaret for å sikre vedkommende en materielt sett forsvarlig livssituasjon, jf. sosialtjenesteloven § 1–1, som fastsetter at formålet med loven er «å fremme økonomisk og sosial trygghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer» og «å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre».¹

Det er i denne utredningen valgt en avgrensning mot reglene om taushetsplikt i de systemene som yter tjenester til barn og unge, og i taushetsplikten til personer som jobber på utlendingsmottak. For disse to områdene vises det til henholdsvis

NOU 2009: 22 *Det du gjør, gjør det helt* (Flatøutvalget) og Arbeids- og inkluderingsdepartementets høringsbrev av 11. juni 2009 om forslag til lovendring og forskriftsbestemmelser om unntak fra taushetsplikt for ansatte ved mottak og omsorgssentre, og Helse- og omsorgsdepartementets spørreundersøkelse av 30. juli 2008 rettet til blant annet landets utlendingsmottak.²

11.1.2 Hva slags informasjonsutveksling?

Bakgrunnen for utredningen er usikkerhet om taushetsplikten har hindret informasjonsutveksling som kunne ha bidratt til å forebygge at personer med kjent psykisk lidelse kom i en situasjon hvor vedkommende utførte en alvorlig voldshandling. Mot dette bakteppet er det naturlig å se på muligheten for informasjonsutveksling i følgende situasjoner:

Hvilke muligheter har spesialisthelsetjenesten til å gi informasjon til primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og politiet når pasienter med psykisk ustabilitet vurderes skrevet ut fra (lukket) institusjon, gis permisjon eller annen form for «frigang»? Hvilke muligheter har primærhelsetjenesten til å formidle informasjon når den nærer bekymring for hva pasienter med psykisk ustabilitet, men som ikke er innlagt, kan komme til å foreta seg?

Det er imidlertid like viktig å se på informasjonsadgangen i motsatt retning: Hvilken adgang har henholdsvis sosialetaten og ikke minst politiet til å gi informasjon til det psykiske helsevern for blant annet å sette dem i stand til å foreta risikovurderinger ved utskriving og permisjoner m.v.

Det er likevel ikke bare ved konkrete avgjørelser som nevnt ovenfor at det er behov for informasjonsutveksling. En forholdsvis begrenset gruppe personer vil varig eller i lang tid være «klienter» i det psykiske helsevern og målgruppe for politiets forebyggende virksomhet. Dette er psykisk ustabile personer som er truende overfor omgivelsene generelt eller overfor bestemte grupper, for eksempel politikere eller myndighetspersoner. For

1. Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

2. Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2009; NOU 2009:22; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008

å forebygge at denne klientgruppen får anledning til å volde både seg selv og andre ubotelig skade, er det behov for en mer rutinemessig informasjonsutveksling først og fremst mellom politiet og det psykiske helsevern.

11.1.3 Hva er taushetsbelagt og hvorfor?

Det er i denne utredning ikke grunn til å bruke plass på å redegjøre for hvilken type opplysninger som omfattes av de ulike etater og institusjoners taushetsplikt. Det er uten videre klart at den type opplysninger det er aktuelt å utveksle, befinner seg i kjernen av begrepet «personlige forhold», som også omfatter opplysninger om «legems- og sykdomsforhold», jf. helsepersonelloven § 21.³

Felles for opplysninger som karakteriseres som «personlige forhold», er at de, om de blir kjent for andre i større eller mindre grad, kan brukes til en eller annen form for sosial regulering, dvs. utelukkelse fra et gode (for eksempel bolig eller arbeid) eller utsette noen for et onde (for eksempel utfrysing fra det gode selskap, mobbing på arbeidsplassen eller skolen, eller straffeforfølgning). Det ligger i dette at opplysninger som karakteriseres som «personlige forhold», gjerne (men ikke alltid) vil være av slik karakter at den enkelte helst vil holde opplysningene for seg selv. I en rekke situasjoner er det likevel ikke mulig å holde selv meget sensitive personlige opplysninger for seg selv. Det kan være at man er kommet i en situasjon hvor man har behov for et gode fra andre, men hvor dette krever opplysninger av personlig art for å avgjøre om man er berettiget til noe gode. Dette vil i stor grad være situasjonen når vi henvender oss til helsevesenet eller sosialetaten med ønsker om tjenester. I andre tilfeller er det nødvendig å gi opplysninger om personlige forhold for å unngå et onde eller for å hindre at ondet blir større enn nødvendig. For den som er under straffeforfølgning, vil dette ofte være situasjonen. I noen tilfeller er det også slik at etater kan skaffe seg tilgang til meget sensitiv personlig informasjon uten den berettigedes medvirkning. Særlig aktuelt er det for politiet og påtalemyndigheten, som kan ransake private hjem og ta beslag i private papirer. Og det samme er tilfellet når en person tvangsinnlegges i det psykiske helsevern og der blir gjenstand for observasjon.

Reglene om taushetsplikt skal gi den som opplysningene gjelder, trygghet for at disse ikke bringes videre til uvedkommende. Den som er vernet

av taushetsplikten, skal ha kunnskap om i hvilke situasjoner opplysninger kan bringes videre slik at vedkommende har mulighet for å forutberegne under hvilke omstendigheter dette kan skje. Det følger av dette at taushetsplikten normalt ikke vil være noe hinder for informasjonsutveksling der det er mulig og tilrådelig å innhente den berettigedes samtykke og et slikt samtykke gis. Samtykke som fundament for informasjonsutveksling vil derfor ikke bli behandlet i fortsettelsen, og utredningen konsentreres om de situasjoner hvor det av ulike grunner ikke foreligger noe samtykke fra den som har krav på taushet.

De sentrale spørsmålene blir derfor når lovgivningen åpner for at taushetsbelagte personlige opplysninger uten den berettigedes samtykke formidles til andre, og om denne adgangen bør utvides.

11.2 De verdimessige spenningsfeltene⁴

11.2.1 Etatene har ulikt verdifokus

I hovedsak synes det å være liten tvil om forståelsen av taushetspliktbestemmelsenes hovedregel. Utgangspunktet er klart: Opplysninger om «personlige forhold» og «legems- og sykdomsforhold» er taushetsbelagt. Det er imidlertid de ulike lovbestemte unntak fra taushetsplikten som synes å volde tvil. Usikkerhet med hensyn til hvordan regelverket er å forstå, og redsel for å komme i skade for å bryte taushetsplikten, kan innebære at ulike etater eller ulikt personell vegrer seg for samarbeid med andre etater, også i situasjoner hvor etaten har rett eller plikt til å gi opplysninger til en annen etat.

Unntakene fra taushetsplikten omfatter blant annet regler som i gitte situasjoner, til visse mottakere eller til visse formål etablerer en opplysningsrett. Omfanget av opplysningsretten er i stor grad et produkt av hva som er etatens primæroppgave og verdimessige tyngdepunkt. I så måte kan det med stor rett hevdes at de sentrale etater for utvalgets mandat, helsevesenet og politiet, representerer hver sine ytterpunkter.

Ulikheten i hvilke verdier og interesser helsevesenet og politiet er satt til å ivareta og beskytte, fremgår allerede ved å sammenligne formålsparagrafene i helsepersonelloven og politiloven. I helsepersonelloven § 1 heter det at

3. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

4. Rasmussen, 1997, kap. 2

«lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste».⁵

Selv om god kvalitet på helsetjenestene er av stor samfunnsmessig betydning, etterlater bestemmelsen liten tvil om at det er interessene til den enkelte pasient som står i fokus. Ser man på politiloven § 2, inneholder den en liste med syv punkter over det som er politiets oppgaver, men fanebestemmelsen er inntatt i § 2 nr. 1.⁶ Her bestemmes det at politiet skal

«beskytte person, eiendom og fellesgoder og verne om all lovlig virksomhet, opprettholde den offentlige orden og sikkerhet og enten alene eller sammen med andre myndigheter verne mot alt som truer den alminnelige tryggheten i samfunnet».

Etter denne bestemmelsen er det klart at for politiets virke er det samfunnets behov for trygghet som er det sentrale. Sosialetaten plasserer seg et sted mellom disse ytterpunkter, jf. formålsbestemmelsen sitert foran, men det er formentlig riktig å si at den har mer av helsevesenets klientfokus enn politiets samfunnsbeskyttende fokus.

Som bakgrunn for den videre drøftelse kan det være hensiktsmessig gi en forenklet beskrivelse av hvordan ulikhetene i verdigrunnlag mellom helsevesenet og politiet preger etatene og det lovverk de forholder seg til.

Helsevesenet baserer sin virksomhet på at klientene (pasientene) oppsøker etaten frivillig, og at de gjør det med ønske om å oppnå noe positivt, nemlig å få råd eller bli behandlet for sine plager, lidelser eller skader. Siktemålet er at de skal bli bra eller i alle fall bedre. Skal helsepersonellet kunne bidra til en slik lindrende eller helbredende behandling, er det avhengig av opplysninger om når plagen eller skaden oppsto, eventuelt også hvordan, hvilke symptomer eller utslag den gir m.v. Selv om sensitiviteten i opplysningene som det er nødvendig å gi helsepersonellet, vil variere betydelig, er det ikke tvilsomt at hovedvekten ligger i det de fleste av oss vil betrakte som den private sfære, der vi selv ønsker å ha kontroll med informasjonsflyten. Blir private opplysninger kjent for andre uten vår velsignelse, oppleves det i det minste som en invadering av privatlivet, og i noen tilfeller fulgt av tap av sosialt omdømme eller mulighet for straffeforfølgning (for eksempel når armbrudet og sårskadene skyldes at man har veltet på motorsykkel i beruset tilstand). Når pasientene

opsøker helsevesenet frivillig og gir de nødvendige opplysninger, er det ut fra en forutsetning om at opplysningene behandles fortrolig og ikke spres til uvedkommende. Ser man det fra helsepersonellens side, er dette helt avhengig av pasientens tillit for å kunne utføre sin oppgave. En endring i helsepersonellens taushetspliktregler av en slik art eller i et slikt omfang at pasienter opplever eller frykter at sensitiv informasjon kan bli kjent for andre, kan få den konsekvens at mulige pasienter vil unnlate å oppsøke helsevesenet, eller at de som kommer, blir mer forbeholdne med hvilke opplysninger de gir. Konsekvensen kan bli at den enkelte pasient får en dårligere behandling og at samfunnet får et kvalitativt dårligere helsetilbud.

Politiet er avhengig av å ha tillit i befolkningen, også blant dem som blir gjenstand for kontrollerende, korrigerende eller repressiv oppmerksomhet fra etaten. Men politiets virke er ikke basert på at primærklientene selv kommer til politiet og forteller om seg selv. For det første er det jo slik at den virksomhet som politiet skal beskytte, kontrollere og korrigere, i stor utstrekning viser seg ved disposisjoner og atferd som kan observeres. At noen planlegger en ulovlig demonstrasjon, omsetter ulovlige rusmidler eller har til hensikt å starte et voldelig oppgjør med andre gjenger, lar seg vesentlig lettere oppdage ved spaning og informasjon innhentet fra andre enn den informasjonen gjelder. Motsatt gjelder for oppdagelse av at noens kransarterier er i ferd med å tettes, eller at et rusmiddelmisbruk utvikler seg i retning av en psykose. Viktig er det likevel at politiet i stor grad har midler til å skaffe seg nødvendig informasjon, selv om ingen gir den frivillig. Politiet kan i ikke liten utstrekning kreve at vitner forklarer seg, eventuelt med domstolens hjelp, jf. straffeprosessloven §§ 230 og 108.⁷ Gjennom regler om tvangsmidler (ransaking, beslag m.v.) kan politiet på gitte vilkår også skaffe seg tilgang til den informasjon som finnes i private hjem, privat korrespondanse og telefonsamtaler. Den informasjonen angår, for eksempel den som omsetter ulovlige rusmidler, har selvsagt heller ingen forventning om at politiets virksomhet kan lede til at han eller hun får det bedre. Snarere er det slik at hvis vilkårene er til stede, skal politiets virke lede til at vedkommende får det verre: enten mister friheten (fengselsstraff), blir fattigere (bøtelegges) eller mister retten til drive sin virksomhet (rettighetstap). De som skal få det bedre, er befolkningen og samfunnet. De skal bli tryggere eller i alle fall føle seg tryggere. Disse trekkene ved politiets virksomhet har selvsagt også gitt seg utslag i

5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

6. Lov 4. august 1995 nr. 53 om politiet

7. Lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker

reglene om taushetsplikten, og politiet er i ganske vid utstrekning gitt unntak fra taushetsplikten, som gjør det mulig å formidle informasjon videre til andre etater og institusjoner som i gitte situasjoner kan bidra til et tryggere samfunn.

Når man tar til orde for samarbeid mellom ulike offentlige etater eller ønsker at etatene i større grad skal utveksle informasjon, er det viktig å være oppmerksom på hvor de ulike etater befinner seg i dette verdimeslige spenningsfeltet. I tillegg til at plasseringen i spenningsfeltet har preget det regelverk som etaten forholder seg til, vil både de sentrale verdier som etaten skal fremme, og det regelverk det har gitt seg utslag i, også ha preget den holdning etatens personell har til utveksling av informasjon (uten klientens samtykke). Selv om reglene endres slik at det gis *adgang* til større grad av informasjonsutveksling, er det derfor ikke gitt at denne mulighet vil bli benyttet, jf. nedenfor.

Det er også viktig at de som skal samarbeide eller utveksle informasjon, er klar over hva som er de sentrale verdier for de andre etatene, og hvordan dette har preget regelverk og holdninger. Ordene «samarbeid» og «informasjonsutveksling» skaper lett en tro på at det er en likevekt i systemet som innebærer at den enkelte etat kan forvente å få tilbake «like mye» informasjon som den har formidlet. Det følger av det ovenstående at det verken er eller bør være slik.

11.2.2 Synet på forholdet mellom konfidensialitet og informasjonsutveksling er ikke statisk

Selv om man i lovgivningen har hatt bestemmelser om taushetsplikt i flere hundre år, er det likevel dekkende å si at den detaljerte taushetspliktregulering som både regulerer taushetspliktens totalomfang og fastsetter unntak fra taushetsplikten (opplysningsrett), er et produkt av rettsutviklingen de siste 30–40 år.⁸ Forvaltningsloven ble opprinnelig vedtatt uten bestemmelser om taushetsplikt.⁹ Kort tid etter at loven trådte i kraft 1.1.1970 ble det imidlertid påbegynt et arbeid som ledet frem til at loven i 1977 fikk tilføyd §§ 13–13f som omhandler taushetsplikten i den offentlige forvaltning. Loven regulerer taushetsplikten i store deler av forvaltningen, men i enkelte lover for spesielle forvaltningsområder, blant annet sosialtjenesteloven § 8–8 og politiloven § 24, er det fastsatt regler som gjør unntak fra eller supplerer de generelle bestemmel-

ser i forvaltningsloven. For den delen av politiets virksomhet som består i etterforskning og påtalemessig behandling av straffbare forhold, ble det først gitt taushetspliktreglene i påtaleinstruksen, men reglene ble også inntatt i straffeprosessloven ved lovvedtak 18.12.1987.¹⁰ I stor utstrekning er også straffeprosesslovens taushetspliktreglene en kopi av reglene i forvaltningsloven.¹¹ Selv om helsevesenet er av de grupper som lengst har hatt en lovregulert taushetsplikt, var det først ved legeloven av 1980 at man fikk et fullstendig regelverk med bestemmelser om taushetsplikten og unntak fra den, slik som nevnt foran. Bestemmelsene i legeloven ble i stor utstrekning videreført i den generelle helsepersonelloven av 1999.

Da disse sentrale normer for taushetsplikten ble til på 1970-tallet, så man med betydelig skepsis på utveksling av informasjon mellom ulike offentlige etater og instanser. Dette ga seg blant annet det utslag at vilkårene i den generelle bestemmelsen i forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 5 om adgangen ett forvaltningsorgan har til å gi opplysninger videre til et annet, ble innskjerpet av Stortinget.¹² Bakgrunnen for skepsisen var fremveksten av elektronisk databehandling, som man fryktet kunne gi mulighet for samling og utveksling av store mengder sensitiv informasjon. Det man fryktet midt på 1970-tallet, har vel i det alt vesentlige vist seg ikke å slå til, kanskje takket være vedtaket av personregisterloven i 1978, som senere er avløst av personopplysningsloven i 2000.¹³ Samtidig har utviklingen av velferdsstaten, med en «altomfattende» og spesialisert offentlig forvaltning, vist at andre sider av personvernet enn konfidensialitet også byr på utfordringer. Fremfor å tenke seg en «storebror» som ser og vet alt, kan problemet i dag like gjerne være at en forvaltningsinstitusjon treffer sitt vedtak uten å ha kjennskap til og innsyn i relevant informasjon som en annen forvaltningsenhet sitter inne med. Et slikt vedtak kan for eksempel være at ett behandlingssted beslutter å skrive ut en person som er begjært tvangsinnlagt med psykose og frykt for selvbeskadigelse, men uten å være klar over at han hos politiet er under straffeforfølgning for voldsepisoder skjedd kort tid før innleggelsen.

Samlet har den utvikling som er beskrevet ledet til at man i offentlige dokumenter, særlig fra

8. Rasmussen, 1997

9. Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker

10. Forskrift 28. juni 1985 nr. 1679 om ordningen av påtalemyndigheten; Lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker

11. Myhrer, s. 48-49

12. Myhrer, s. 307

13. Lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger

2000 og fremover, finner uttalelser som tar til orde for økt samarbeid og bedre informasjonsutveksling mellom ulike offentlige etater, forutsatt at det kan skje uten at viktige personvern hensyn krenkes.¹⁴ Dette ønsket om samarbeid og informasjonsutveksling har også ledet til lovendringer, jf. blant annet en kriminalitetsforebyggende opplysningsrett for politiet i straffeprosessloven § 61c første ledd nr. 5 innført i 2003 og en begrenset opplysningsrett for helsepersonell overfor samarbeidende personell for å ivareta omsorgen til barna til blant annet psykisk syke, som i 2009 ble vedtatt i helsepersonelloven § 25 tredje ledd, jf. § 10a.

De mulige svikt og mangler i kommunikasjon og samarbeid som utgjør en del av bakgrunnen for den foreliggende utredning, har atskillige likhetstrekk med de behov som ledet til de nevnte lovendringer. Forskjellen består først og fremst i at konsekvensene har vært vesentlig alvorligere når personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv. Dette gir grunn til for utvalget å overveie om det bør gis klare regler som gjør unntak for taushetsplikten, og som derved vil kunne bedre samarbeidet mellom etater og således kanskje bidra til å forebygge slike tragiske hendelser. Tatt i betraktning at det aktuelle samarbeid må skje mellom etater som i en taushetspliktsammenheng er verdimeslige motpolar, og med ulik holdning og kultur når det gjelder å formidle sensitiv informasjon, er det også grunn til å overveie om ikke informasjonsutvekslingen i noen tilfeller skal gjøres til en plikt, ikke bare til en rett.

11.3 Oversikt over regelverket

For helsepersonellet konsentreres drøftingen om bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 5 og kapittel 6 om taushetsplikt og opplysningsplikt. I tillegg er det nødvendig å behandle enkelte av reglene i lov om psykisk helsevern kapittel 3 om etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern.¹⁵ Også opplysningsplikt forankret i straffelovgivningen vil bli berørt.

Taushetsplikten for sosialtjenesten reguleres i utgangspunktet av reglene i forvaltningsloven §§ 13–13b, men med visse utvidende og begrensende bestemmelser i sosialtjenesteloven § 8–8.

Politiet er den etaten som teknisk sett har den mest kompliserte lovgivning. Årsaken til det er først og fremst at politiet tjener to herrer og har sin myndighet forankret i to ulike lover. Når politiet etterforsker og påtaler straffesaker, er man en del av påtalemyndigheten med riksadvokaten som øverste ansvarlig, og taushetsplikten reguleres i slike tilfeller av straffeprosessloven §§ 61a–61c. For den ordensmessige, kontrollerende, regulerende og forvaltningsmessige del av politiets virksomhet er politiet ansvarlig overfor Politidirektoratet og Justis- og politidepartementet, og etatens taushetsplikt er her regulert i forvaltningsloven §§ 13–13b, med supplerende regler i politiloven § 24. Reguleringen kompliseres imidlertid ytterligere ved at det er egne taushetspliktregler som dels gjelder hvordan opplysningene er oppbevart, og dels med hvilke midler de er ervervet. For opplysninger som er inntatt i politiets registre, og som hentes derfra, gjelder det en særskilt taushetsplikt fastsatt i lov om strafferegistrering § 8.¹⁶ Er informasjonen innhentet ved kommunikasjonskontroll (telefonavlytting m.v.), gjelder en særskilt taushetsplikt fastsatt i straffeprosessloven § 216i. For begge disse regelverkene er hovedbetydningen at de fastsetter en vesentlig mer begrenset opplysningsrett enn det som ellers gjelder. For registeropplysninger vil den særlige taushetspliktregulering opphøre når ny politiregisterlov er vedtatt og trådt i kraft, og rettstilstanden vil komme mer på linje med den som gjelder for forholdet mellom helsepersonelloven og helseregisterloven § 15, hvor taushetsplikten følger av opplysningens art og ikke av lagringsmediet.¹⁷

Forslaget om ny politiregisterlov er inntatt i Ot.prp. nr. 108 (2008–2009) om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven), gjentatt som Prop. 12 L (2009–2010).¹⁸ Lovforslaget ble behandlet i Stortinget i vårsesjonen 2010. Til loven skal det utarbeides et forholdsvis omfattende forskriftsverk, og det vil trolig gå noe tid mellom sanksjonen og ikrafttreddelsen, som trolig vil finne sted tidligst medio 2011.

14. NOU 2004:18; Ot.prp. nr. 106 (2001-2002) Om lov om endringer i straffeprosessloven og politiloven m.m.

15. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

16. Lov 11. juni 1971 nr. 52 om strafferegistrering) (Myhrer, s. 169-171)

17. Lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger

18. Ot.prp. nr. 108 (2008-2009) Om lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten; Prop. 12 L (2009-2010) Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten

11.4 Helsevesenets mulighet for å formidle informasjon

Er det i en gitt situasjon ønskelig at informasjon formidles fra én etat eller institusjon til en annen, er tre forutsetninger av avgjørende betydning: Den som sitter inne med informasjonen, må være oppmerksom på at det i den gitte situasjon kan være aktuelt å formidle den til andre. Derne må regelverket enten gjøre det til en plikt å formidle informasjonen eller gjøre det til en rett som innehaveren av informasjonen ønsker å benytte seg av. For helsepersonellet kan det være grunn til å se nærmere på alle disse tre forutsetninger.

11.4.1 Rutiner som skal sikre at informasjonsbehovet oppdages

Det er naturlig å gjengi hovedpunktene i Helsedirektoratets (tidligere Sosial- og helsedirektoratet) ulike rundskriv. I rundskrivene har den sentrale helseadministrasjon lagt forholdene til rette for at personellet skal bli oppmerksom på situasjoner og forhold som kan tilsi at andre informeres. Men rundskrivene bidrar trolig også til å skape en forventning hos helsepersonellet om at det er mulig å agere i samsvar med informasjonsbehov som avdekkes.

Det er hensiktsmessig å begynne med rundskriv IS-17/2004 om utskriving av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern.¹⁹ Siktemålet er å sikre at pasienten får den nødvendige oppfølging utenfor spesialisthelsetjenesten. For dette formålet er det utarbeidet en sjekkliste som først nevner at det skal gjøres en vurdering av selvmordsfare og/eller en vurdering av farligheten der pasienthistorien gir foranledning til det. Det kreves også at det i forhold til taushetsplikten er vurdert hvem som kan informeres/varsles om utskrivingen. Det nevnes særskilt at det skal avklares om pasientens boforhold er tilfredsstillende. Det er naturlig å se dette i forbindelse med rundskriv IS-9/2007 om vurdering av risiko for voldelig atferd.²⁰ Sistnevnte rundskriv kommer til anvendelse ved utskriving, men også ved andre situasjoner som permisjoner og anledning til å gå tur utenfor institusjonen, alene eller sammen med ansatte. Avdekker denne strukturerte risikovurdering at det foreligger en voldsrisiko, nevnes det (selvsagt) at utskriving eventuelt bør vurderes utsatt, men det påpekes også at man

må avdekke om det foreligger «mangel på ytelser og sosialt nettverk», og at tiltak for å bedre dette må iverksettes, eventuelt i form av en individuell plan. Det fremholdes også at kontakt med politiet i samsvar med rundskriv IS-15/2006 (jf. nedenfor) må vurderes.²¹

Rundskriv IS-7/2003 omhandler tilfeller hvor pasienten er i besittelse av våpen, og redegjør for helsepersonells rett og/eller plikt til å gi informasjon til politiet og militære myndigheter om pasienters helsetilstand.²² Av særlig interesse for utredningen her er rundskrivets behandling av helsepersonelloven § 23 nr. 4 og § 31, som vil bli nærmere omtalt nedenfor.

Politidirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet utga i 2006 et felles rundskriv (IS-15/2006) om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke, oppgaver og samarbeid. I rundskrivets punkt 5 omtales reglene om kommunikasjonen mellom helsetjenesten og politiet, og det fremholdes at behovet for slik kommunikasjon er «særlig aktuelt i forhold til psykisk syke som kan utgjøre en risiko for egen eller andres sikkerhet», og at det «her vil foreligge et gjensidig behov for opplysninger knyttet til risikovurderinger og nødvendig oppfølging».

Rundskrivene etterlater et klart budskap: Ikke sjelden vil det foreligge situasjoner hvor både hensynet til samfunnets sikkerhet og behovet for å beskytte pasienten mot seg selv tilsier at sosialtjenesten og/eller politiet gis taushetsbelagt pasientinformasjon. Rundskrivene nøyer seg naturlig nok med en fortolkning av eksisterende regler, men for denne utredningen blir spørsmålet: *Foreligger det et tungtveiende samfunnsmessig behov for informasjonsutveksling som ikke ivaretas av eksisterende regler?*

11.4.2 Informasjonsplikter

Når det uten pasientens samtykke gjøres unntak fra taushetsplikten, er det fordi andre hensyn enn fortroligheten veier tyngre. I noen tilfeller er det så viktig at disse hensynene blir ivaretatt, at det er gjort til en plikt for helsepersonellet å formidle informasjonen. Slik regelverket for helsepersonell er utformet, er det naturlig først å behandle informasjonsplikten overfor politiet og deretter overfor sosialtjenesten.

19. Sosial- og helsedirektoratet, 2004

20. Sosial- og helsedirektoratet, 2007a

21. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006

22. Sosial- og helsedirektoratet, 2003

11.4.2.1 Overfor politiet

11.4.2.1.1 Straffelovens generelle avvergingsplikt

Straffeloven av 1902 inneholder i § 139 en straffesanksjonert plikt til å søke å avverge visse alvorlige straffbare forhold som helsepersonellet (og alle andre) får kunnskap om.²³ Bestemmelsen er med visse endringer videreført i straffeloven av 2005 § 196.²⁴ For det problemområdet som er gjenstand for utvalgets utredning, er bestemmelsen likevel av forholdsvis begrenset betydning som grunnlag for informasjonsutveksling mellom helsevesenet og politiet. Årsaken til det er at kravene både til alvorligheten av de handlinger som skal søkes avverget, og sannsynligheten for at handlingen vil finne sted, er satt forholdsvis høyt. «Vanlig» voldsutøvelse i form av legemsfornærmelse eller legemsbeskadigelse gir ikke meldeplikt. Først når det foreligger en konkret fare for grov legemsbeskadigelse eller drap, inntreerplikten. Grensen er den samme også etter den nye straffeloven. Ofte er imidlertid den trussel som personer i psykisk ubalanse fremsetter, eller den risiko som de vurderes til å utgjøre, ikke så konkret at det er mulig å ha noen begrunnet oppfatning av hvor alvorlig vold det er som kan bli utøvd.

Det som likevel utgjør den største sperre for at helsepersonell kan gi politiet informasjon etter denne bestemmelsen, er kravet om at de må ha «fått pålitelig kunnskap om» at voldshandling er i gjære før plikten inntreer. I straffeloven av 2005 § 196 er kravet myket opp noe, og når loven trer i kraft, vil det være nok at «det fremstår som sikkert eller mest sannsynlig» at voldshandlingen vil bli utført. Men selv med et krav om sannsynlighetsovervekt vil bestemmelsen neppe innbære at helsepersonell ofte vil mene at vilkårene for å melde fra til politiet om ustabile og truende pasienter er til stede. Helsepersonell forholder seg ofte til personer i emosjonell ubalanse, og kanskje innebærer nettopp fortroligheten i forholdet at pasienten tør vise all frustrasjon og sinne. Sannsynligvis vil det bare være unntaksvis at helsepersonellet finner det mest sannsynlig at pasienten vil gjøre alvor av sine trusler. Se til illustrasjon Høyesteretts vurderinger i avgjørelsen inntatt i Rt. 2008 s. 1491, hvor domstolen illustrerende nok ikke viser til straffeloven 1902 § 139 som grunnlag for psykiaterens informasjonsplikt. Både straffeloven 1902 § 139 og straffeloven 2005 § 196 er generelle bestemmelser, og det er både uhensiktsmessig og unødvendig å senke kravet til sannsynlighet for å ivareta et informa-

sjonsbehov som gjør seg gjeldende innenfor en forholdsvis begrenset del av helsevesenet. Er det behov for å utvide helsepersonellets informasjonsplikt, bør regelendringene skje i helselovgivningen.

11.4.2.1.2 Informasjonsplikter til nødetater

Etter helsepersonelloven § 31 skal helsepersonell

«varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom».

Bestemmelsen tar sikte på ulike situasjoner. Blant annet tilfeller hvor helsepersonellet tilkalles til situasjoner hvor det er grunn til å tro at voldsutøvelse fremdeles pågår, eller hvor det rykkes ut til ulykker hvor det også er behov for innsats fra andre «blålysetater». Men det følger også direkte av forarbeidene at bestemmelsen også gir informasjonsplikt overfor politiet i situasjoner som er relevante for problemstillingen i utvalgets mandat.²⁵ Det fremgår her at informasjonsplikten er et supplement til den som følger av straffeloven 1902 § 139:

«Dette kan for eksempel være aktuelt for å avverge forbrytelser som ikke er oppregnet i denne bestemmelsen[strl. § 139], eller hvor øvrige vilkår ikke er oppfylt. Det kan f.eks være for å hindre at en person som verbalt eller fysisk gir uttrykk for å ville utøve vold – får utfolde seg.»

Det var også denne bestemmelsen Høyesterett viste til i Rt. 2008 s. 1491 som hjemmel for å informere politiet om at en psykisk ustabil person hadde fremsatt drapstrusler overfor en navngitt polititjenestemann, jf. avgjørelsens avsnitt 17:

«A var pasient og mottok helsehjelp i pasientrettighetslovens forstand under konsultasjonen hos psykiater Bragason, jf. pasientrettighetsloven § 1–3 bokstav a og c (alternativet «diagnostisk ... formål»). Bragason hadde i utgangspunktet taushetsplikt om opplysninger om As » legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold» som han under konsultasjonen fikk vite om i egenskap av å være psykiater, jf. helsepersonelloven § 21, jf. pasientrettighetsloven § 3–6. Han hadde imidlertid både rett og plikt til å varsle politiet om trusselen, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 4 og § 31.»

For at informasjonsplikt etter helsepersonelloven § 31 skal oppstå, krever loven at kommunisering av opplysningene skal være «nødvendig». Hva som

23. Lov 22. mai 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig Straffelov

24. Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff

25. Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v., s. 232

ligger i dette, er i liten grad problematisert i forarbeidene og i den helserettslige teorien. Heller ikke i Helsetilsynets rundskriv IK-7/2001 «Taushetsplikten betydning i forbindelse med helsepersonells samarbeid med nødetater» av 11. mai 2001 er nødvendighetskriteriet problematisert.²⁶ Rent språklig betyr «nødvendig» at noe må gjøres, er påkrevd eller er uunngåelig. Rettslig sett er det naturlig å si at bestemmelsen både har en objektiv og subjektiv side, slik Høyesterett la til grunn i avgjørelsen Rt. 1994 s. 1632 i forhold til nødvendighetskriteriet i daværende straffeprosesslov § 61c, første ledd nr. 5 (nå nr. 6) om formidling av taushetsbelagt informasjon i kriminalitetsforebyggende øyemed:

«Bestemmelsen i § 61c første ledd nr 5 kan ikke forstås slik at det er tilstrekkelig for frifinnelse at tjenestemannen rent subjektivt har et motiv om å forebygge en lovovertrædelse ved å gi ut ellers taushetspliktbelagte opplysninger. Den riktige forståelse av bestemmelsen må etter min mening være at det stilles visse objektive skranker. Det hensynet til personvern som ligger bak taushetspliktbestemmelsene, tilsier at unntaksbestemmelsen i § 61c første ledd nr 5 bare kommer til anvendelse når det er en viss nødvendighet eller forholdsmessighet i å gi ut ellers taushetspliktbelagte opplysninger med sikte på å forhindre lovbrudd.

Blant annet må det være en rimelig grunn til å frykte lovbrudd, og det må avveies om lovbruddet kan avverges på annen måte...»

Høyesterett forankrer her tre vilkår i «nødvendighetskriteriet» som overført til vårt område vil innebære: På bakgrunn av helsepersonellens erfaring med pasienten (nå og tidligere) må det vurderes som en rimelig mulighet at vedkommende vil foreta en alvorlig handling som må søkes forebygget. Noen sannsynlighetsovervekt kan ikke kreves. Dette fremgår også indirekte av forarbeidene til bestemmelsen:

«Et annet fellestrekk er at det ofte er liten tid til rådighet, men at denne tiden kan være avgjørende for mulighetene til å begrense skadeomfanget. På denne bakgrunn kan det ikke alltid kreves visshet om at det foreligger en situasjon hvor taushetsplikten rettmessig kan tilsidesettes. Det vil være tilstrekkelig at det ut fra situasjonen er gjort adekvate forsøk på å få klarhet i situasjonen. Hvis det på denne bakgrunnen kan synes nødvendig med bistand fra andre nødetater, skal disse varsles.»²⁷

Det andre kravet er at forebygging bare, eller i alle fall sikrest, kan skje ved å formidle taushetsbelagt informasjon til politiet. Er det mulig å oppnå det samme ved tiltak innenfor helsevesenet, for eksempel kontroll med at pasienten faktisk tar sine medisiner, må dette velges. Det tredje er et krav om forholdsmessighet, men siden helsepersonelloven § 31 selv bestemmer at informasjonsplikten bare inntreffer når det er fare for alvorlig skade på person eller eiendom, har lovgiveren langt på vei selv foretatt forholdsmessighetsvurderingen. Er det risiko for mindre alvorlige forhold, må unntak fra taushetsplikten søkes i bestemmelsen om opplysningsrett i helsepersonelloven § 23 nr. 4, jf. nedenfor.

Det ovenstående viser at hvor helsepersonellet ser det som en rimelig mulighet at pasienten forholdsvis umiddelbart kan komme til å begå en alvorlig voldshandling, er det både en rett og en plikt å varsle politiet hvis det ikke er klart at faren kan avverges på annen måte, jf. Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-7/2003, som henviser til helsepersonelloven § 31 både i og utenfor akutte situasjoner.²⁸ I rundskriv IS-15/2006 «Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid» heter det:

«Helsepersonells opplysningsplikt til politiet forutsetter at det i aktuelle tilfeller foretas en vurdering av voldsrisiko i helsetjenesten. Som ledd i nødvendig oppfølging fra helsetjenesten i disse tilfellene må det vurderes om politiet skal varsles i forbindelse med utskrivning, permisjon, uteblivelse eller rømming.

Som et eksempel vil en psykisk ustabil person som er i besittelse av våpen kunne utgjøre en risiko for eget eller andres liv. Dersom helsepersonell blir kjent med våpenbesittelsen vil det kunne utløse en opplysningsplikt til politiet. Videre kan helsepersonell bli kjent med opplysninger om at pasienten kan utgjøre en konkret fare for andre bestemte personer, bl.a. ved opplysninger om tidligere voldshistorie og pasientens opplevelse av en sterk personlig krenkelse eller urettferdighet. Også her må helsepersonell vurdere konkret om det foreligger en risikosituasjon som tilsier at det foreligger en opplysningsplikt til politiet.

Det vil ofte være liten tid til rådighet og det kan derfor ikke alltid kreves visshet om de reelle forhold. Det er tilstrekkelig at det er gjort adekvate forsøk på å få klarhet i situasjonen. Plikten gjelder også i forhold til å begrense omfanget av en allerede oppstått skade.»²⁹

26. Statens helsetilsyn, 2001

27. Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v., s. 99

28. Sosial- og helsedirektoratet, 2003

29. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006, d. 5

Hvis henvisning til «utskrivning, permisjon» også tar sikte på de tilfeller hvor det er institusjonen selv som beslutter dette, er det i utgangspunktet noe vanskelig å tenke seg at nødvendighetskriteriet i helsepersonelloven § 31 skal være oppfylt. Representerer pasienten en slik risiko for alvorlige voldshandlinger at vilkårene etter bestemmelsen er til stede, skulle en tro at det ikke vil være adekvat å skrive vedkommende ut eller innvilge permisjon.

Pliktbestemmelsen i helsepersonelloven § 31 hjemler imidlertid ikke adgang til generelle bekymringsmeldinger og langt mindre til en mer alminnelig og rutinemessig informasjonsutveksling om psykisk syke personer med truende eller voldelige tendenser.

11.4.2.1.3 Informasjon til tutor

Etter lov om psykisk helsevern § 3–6 første ledd vil politiet både være forpliktet til å varsle helsevesenet om personer som trenger psykisk helsevern, og formelt fremsette begjæring om tvungent psykisk helsevern (tutor).³⁰ I sistnevnte tilfelle vil helsevesenet også være forpliktet til å varsle politiet hvis og når pasienten besluttet skrevet ut, jf. lov om psykisk helsevern § 3–7 siste ledd, som gir «den myndighet som har begjært tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern» rett til å klage over utskrivningen. Dette innebærer at politiet i disse tilfeller også må varsles.

11.4.2.2 Overfor sosialtjenesten

Helsepersonelloven § 32 første ledd lyder:

«Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.»

Det følger av ordlyden at dette er informasjonsplikt av en annen art enn den som følger av helsepersonelloven § 31. Mens plikten etter § 31 går foran taushetsplikten, er § 32 en bestemmelse som bestemmer at hvis det etter en annen bestemmelse er gjort unntak fra taushetsplikten, har helsepersonellet en plikt til å gjøre sosialtjenesten oppmerksom på slike forhold som kan føre til tiltak fra sosialtjenestens side. Ved siden av samtykke vil det være bestemmelsene om opplysningsrett etter hel-

sepersonelloven § 23 nr. 1 og 4 og § 25 som kan være aktuelle som opplysningsgrunnlag, og det vises til behandlingen av disse bestemmelsene nedenfor. Betydningen av bestemmelsen i § 32 første ledd er for eksempel at hvis sosialkontoret har varslet (jf. lov om psykisk helsevern § 3–6) om at en av deres klienter har behov for psykisk helsehjelp, og slik hjelp er satt i verk, vil sosialtjenesten normalt allerede kjenne så godt til pasientens helseforhold at helsepersonelloven § 23 nr. 1 gir helsepersonellet opplysningsrett, og § 32 gjør det ved behov til en plikt å gjøre bruk av denne retten.

11.4.3 Informasjonsadgang

11.4.3.1 Helsepersonelloven § 25 første ledd

Bestemmelsens første punktum lyder:

«Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.»

Kjerneområdet for bestemmelsen er informasjonsflyt mellom ulike grupper av helsepersonell på helseinstitusjoner (sykehus m.v.), fra institusjonen til helsetjenester på disktriktsnivå eller kommunalt nivå når pasienten skrives ut, og selvsagt mellom helsepersonell på tvers av både geografiske og nivåmessige grenser. Siktemålet med informasjonen må være å gi forsvarlig helsehjelp, men det følger ikke av ordlyden at informasjonen nødvendigvis må gis til samarbeidende helsepersonell. I den helserettslige litteraturen synes det å være en viss uenighet om at bestemmelsen også gir rett til å formidle informasjon til annet personell som arbeider innenfor helseforetaket, for eksempel sosionomer som er ansatt for å lette pasientens overgang fra opphold i institusjon til livet utenfor. Ørnulf Rasmussen og Arild Oma synes å være positive.³¹ Olav Molven og Asbjørn Kjønstad synes derimot å være negative.³² Kjønstad legger imidlertid inn som en forutsetning at sosionomen finner seg «utenfor helseetaten», og det er neppe tilfellet med en sosionom som er ansatt på institusjonen nettopp for å bidra til at helsehjelpen blir forsvarlig. At det ikke er nok at det er organisert ulike tverrfaglige eller tverretatlige samarbeidsformer for at helsepersonelloven § 25 første ledd kan komme til anvendelse, fremgår uttrykkelig av forarbeidene.³³ Det er imidlertid ikke grunn til å gå nærmere inn på problemstillingen i denne forbindelse. Det interes-

30. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

31. Oma, 1998, s. 71-72; Rasmussen, 1997, s. 173-175

32. Molven, 2002, s. 257-58; Kjønstad, 2007, s. 297

33. Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v., s. 88-89

sante for den foreliggende utredning er hvilken mulighet helsevesenet har til å varsle sosialtjenesten. Selv om bidrag fra sosialtjenesten ofte kan være en avgjørende forutsetning for at den etablerte helsehjelp får den ønskede virkning, synes det å være en utbredt enighet om at sosialtjenesten ikke faller inn under begrepet «samarbeidende personell» i helsepersonelloven § 25 første ledd, likevel med et unntak for Rasmussen, som åpner for at en hjemmehjelp tilknyttet sosialtjenesten i gitte situasjoner også kan ses på som helsevesenets forlengede arm inn mot pasienten.³⁴

For personer med psykiske problemer og lidelser, vil det ofte være den totale psykososiale situasjon, som er avgjørende for hvilke utslag de psykiske lidelser gir. I dette lys kan det stilles spørsmål ved om den gjeldende forståelse av begrepet «samarbeidende personell», og som det er redegjort for ovenfor, er hensiktsmessig. Men selv om man skulle endre innholdet i dette begrepet, er det også grunn til å vurdere om det er hensiktsmessig å opprettholde den absolutte reservasjonsrett for pasienten som i dag følger av helsepersonelloven § 25 første ledd. Det vil ikke være god harmoni i et regelverk der helsepersonelloven § 32 første ledd først pålegger helsepersonellet en plikt til å vurdere om det er behov for bistand fra sosialtjenesten, og deretter krever at for å oppfylle plikten, må det innhentes aksept fra pasientgrupper hvis hovedproblem kanskje nettopp er evnen til rasjonell overveielse og innsikt i egne behov.

11.4.3.2 Helsepersonelloven § 23 nr. 1

Bestemmelsen har denne ordlyd:

«Taushetsplikten etter § 21 er ikke til hinder for: at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene,...»

Taushetsplikten i helsepersonellovens § 21 gjelder som tidligere nevnt «opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold». Det unntak som oppstilles i § 23 nr. 1, er et gjennomgående unntak fra taushetsplikten til vern om private eller personlige opplysninger. Det er likevel i denne sammenheng viktig å være oppmerksom på at den taushetsbelagte informasjon om en person ikke betraktes som en enhet. Den omstendighet at man vet at en person er pasient i det psykiske helsevern, eventuelt at man vet hvor vedkommende er innlagt, gir selvsagt ikke helse-

personellet noen adgang til å formidle opplysninger om de nærmere detaljer ved sykdommen.

Betydningen av unntaket i helsepersonelloven § 23 nr. 1 om at helsepersonellets taushetsplikt ikke er til hinder «for at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene», er at den gir mulighet for en «spørre- og orienteringsfunksjon». I de tilfeller hvor sosialtjenesten og/eller politiet allerede er kjent med pasientens kontakt med det psykiske helsevern og kjenner hovedårsaken til det, vil det normalt ikke være noe brudd på helsepersonellets taushetsplikt om det orienteres om at vedkommende skrives ut. Det kan heller ikke være noe i veien for at etatene forespørres om opplysninger som kan være av betydning for de avgjørelser som helsevesenet skal treffe. Når politiet selv har begjært pasienten tvangsinnlagt, eller på grunn av vedkommendes voldelige atferd har bistått med å bringe pasienten til et behandlingssted innenfor det psykiske helsevern, vil opplysningen om at vedkommende er pasient og har vist voldelig atferd, allerede være kjent for politiet. En forespørsel til politiet om de har ytterligere opplysninger, for eksempel om voldssaker som er under etterforskning, vil derfor ikke avsløre noen ny sensitiv informasjon. Utfordringen i et tilfelle som dette er å etablere en fast kontaktperson i politidistriktet, slik at informasjonen ikke blir gjenstand for større spredning enn påkrevd. Om politiet har adgang til å svare på forespørselen, behandles nedenfor.

I tilfeller hvor en pasient med en psykisk lidelse har vært innlagt eller har mottatt poliklinisk behandling uten at verken sosialkontoret eller politiet har vært involvert, vil imidlertid en slik «spørre- og orienteringsfunksjon» kunne være et brudd på taushetsplikten, med mindre pasienten har samtykket. Pasienten er for eksempel innlagt etter begjæring fra familien og med bistand fra fastlegen. Selv om det kan være all grunn for pasientens behandler til å undersøke med politiet om pasientens voldelige atferd og knivtrussel overfor svigerinnen, var et engangstilfelle, vil alene det å rette en forespørsel avsløre pasientforholdet, noe som er taushetsbelagt informasjon. På tilsvarende måte vil helsepersonelloven § 23 nr. 1 heller ikke etablere noen opplysningsrett hvis helsepersonellet ønsker å ta kontakt med sosialkontoret for å forsikre seg om at pasienten kan tilbys tilfredsstillende sosiale forhold og det for eksempel på grunn av hendelsene som ledet til familiens begjæring om innleggelse, er nødvendig å orientere om at det er uaktuelt at pasienten returnerer til tidligere bopel.

34. Rasmussen, 1997, s. 556

11.4.3.3 *Rettsstridsreservasjonen i helsepersonelloven § 23 nr. 4*

Helsepersonelloven § 23 nr. 4 er en videreføring av den tidligere bestemmelsen i legeloven av 1980 § 31. Det fremgår av forarbeidene at selv om ordlyden er noe annerledes, er det ikke tilsiktet noen realitetsendring.³⁵ Bestemmelsen lyder:

«Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for:... at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.»

Bestemmelsen kalles gjerne rettsstridsreservasjonen.³⁶ Bestemmelsen er en sikkerhetsventil, som innebærer at kommunikasjon kan skje når det i en situasjon foreligger klart behov for det, selv om ikke vilkårene etter noen av de konkrete bestemmelser om opplysningsrett eller -plikt er oppfylt. Og jo flere konkrete bestemmelser man får som åpner for en opplysningsrett eller etablerer en opplysningsplikt, desto mindre plass blir det for kommunikasjon i medhold av rettsstridsreservasjonen. Når lovgiveren har foretatt en avveining om at taushetsplikten kan eller skal vike når bestemte vilkår er oppfylt, vil det ikke være en lojal etterlevelse av loven om taushetspliktsubjektene selv innfortolket en utvidelse av kommunikasjonsadgangen etter en konkret vurdering. Taushetsplikten for helseprofesjonene er imidlertid så vidt absolutt – få konkrete unntak – at det fremdeles er en rekke tilfeller hvor konflikten mellom taushetsplikt og behov for kommunikasjon må løses etter rettsstridsreservasjonen i helsepersonelloven § 23 nr. 4. Det gjelder også på det området som er relevant for utvalgets mandat, og det er både i rundskriv fra den sentrale

Boks 11.1 Konflikten mellom taushetsplikt og behov for kommunikasjon

Taushetsplikten for helseprofesjonene er imidlertid så vidt absolutt – få konkrete unntak – at det fremdeles er en rekke tilfeller hvor konflikten mellom taushetsplikt og behov for kommunikasjon må løses etter rettsstridsreservasjonen i helsepersonelloven § 23 nr. 4.

helseforvaltning og i teorien vist til bestemmelsen som hjemmelsgrunnlag i slike tilfeller.

Det ligger i bestemmelsens natur at det ikke er mulig å angi eksakt når den gir hjemmel for kommunikasjon. Noen veiledende kriterier er det likevel mulig å angi:

Det følger av forarbeidene at »[h]ensynene som taler for å bryte taushetsplikten, må veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet, i alminnelighet vil det være nødrettsbetraktninger».³⁷ Bestemmelsen, som krever en klar overvekt i favør av kommunikasjon, kan gi rett til kommunikasjon også om det er hensyn som taler for hemmelighold.³⁸ Bestemmelsen er ikke så streng som bestemmelsen i forvaltningsloven § 13a nr. 3 og i straffeprosessloven § 61c nr. 3, som bare åpner for kommunikasjon når «ingen berettiget interesser tilsier at de holdes hemmelig, ...», Selv om det er vedkommende som er bundet av taushetsplikt, som må foreta vurderingen av om kommunikasjon er tillatt, er det ikke snakk om en ren individuell rimelighetsbetraktning. Som det fremholdes av Rasmussen, må den som er bundet av taushetsplikten forsøke å gjøre seg opp en oppfatning av om overvekten i favør av kommunikasjon er av en slik art og styrke at den vil få domstolens tilslutning.³⁹ Sentrale momenter i en slik vurdering vil være om kommunikasjon skjer for å avverge en fare eller en skade på et beskyttelsesverdige gode, om det skjer i en situasjon hvor en ellers kunne ha regnet med at pasienten ville samtykket, eller om siktemålet er å sikre pasienten et gode eller hindre et onde.⁴⁰

11.4.3.3.1 *Rettsstridsreservasjonens betydning som grunnlag for kommunikasjon med politiet om voldelige psykisk ustabile personer*

Etter gjeldende regelverk fremstår det som noe uklart om helsepersonelloven § 23 nr. 4 gir helsepersonellet en opplysningsrett om mulig voldelige psykisk ustabile pasienter som går lenger enn det som allerede følger av plikten i helsepersonelloven § 31 første ledd. I Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-7/2003 om pasienter som innehar våpen, behandles først helsepersonelloven § 23 nr. 4:

35. Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v., s. 228

36. Rasmussen, 1997, s. 606 flg., Oma, 1998, s. 172 flg.; Kjønsstad, 2007, s. 310-311

37. Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v., s. 228

38. Myhrer, s. 233-236

39. Rasmussen, 1997, s. 617-618

40. Rasmussen, 1997, s. 618-622

«Etter helsepersonelloven § 23 nr. 4 er taushetsplikten ikke til hinder for at opplysninger kan gis videre «når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig.» Helsepersonell har etter denne bestemmelsen en opplysningsrett, men ingen plikt.

Bestemmelsen vil for eksempel kunne være aktuell der helsepersonell får kunnskap om at en psykisk ustabil person er i besittelse av sivilt eller militært våpen, og det anses som en risiko at vedkommende vil kunne skade seg selv eller andre.

Det er i praksis lagt til grunn en streng norm for anvendelse av retten til å gi opplysning etter helsepersonelloven § 23 nr. 4. Helsepersonell må foreta en konkret interesseavveining av hensynene for og imot at opplysningene skal gis. Krenkelse av enhver privat eller offentlig interesse kan imidlertid ikke gi helsepersonell rett til å gi opplysninger og ethvert brudd på straffeloven kan ikke tilsi at taushetsplikten skal vike.

Hensyn som taler for å bryte taushetsplikten må veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet. I alminnelighet vil det være snakk om nødrettsbetraktninger. Det betyr at det skal mye til før opplysninger kan gis. Momenter i denne forbindelse kan være om:

- Pasienten er tilknyttet et miljø hvor han/hun antas å ha tilgang til våpen
- Pasienten har psykiske problem som pasienten selv forteller om eller som man som helsepersonell oppfatter
- En tredjeperson som helsepersonell ikke selv kjenner utgjør en risiko. Helsepersonell får kunnskap om dette via for eksempel pårørende eller andre som oppsøker helsepersonellet.

I de tilfeller der helsepersonellet mener at den psykisk ustabile tilstand utgjør en risiko for at vedkommende vil bruke våpen til å skade seg selv eller andre kan taushetsplikten vike. Helsepersonell bør i slike situasjoner forsøke å gi pasienten råd, for eksempel om å levere fra seg våpen. Hvis det er faglig forsvarlig bør helsepersonell vurdere å be pasienten samtykke til at opplysninger kan gis til politiet eller militære myndigheter om at pasienten er psykisk ustabil og innehar våpen jf. helsepersonelloven § 22. Der pasienten ikke samtykker må helsepersonellet vurdere om opplysninger likevel skal gis til aktuelle militære myndigheter eller politiet.

Det vil ikke være anledning til å gi opplysninger utelukkende for å oppklare en forbrytelse. Det er ikke et krav at skade har inntruffet, men helsepersonellet vil kunne gi opplysninger der det er risiko for økt og alvorlig skadeom-

fang hvis politi eller de aktuelle militære myndigheter ikke blir varslet. Taushetsbelagte opplysninger vil bare kunne gis der helsepersonellet mener det enten er risiko for et angrep, eller fare for gjentakelse.

Helsepersonellet må videre legge vekt på hvilken betydning de taushetsbelagte opplysninger vil ha for å forhindre fare eller skade i den konkrete saken. Graden av usikkerhet med hensyn til om handlingen vil gjennomføres eller gjentas, og størrelsen på skadepotensialet vil være viktige momenter i vurderingen av om det foreligger en rett til å gi opplysninger.

Helsepersonell vil dermed rettmessig kunne formidle opplysninger til politiet for å hindre livstruende misbruk av skytevåpen jf. helsepersonelloven § 23 nr. 4.⁴¹

Deretter behandler rundskrivet helsepersonelloven § 31, og det heter her blant annet:

«De situasjonene som omfattes av opplysningsplikten vil normalt ikke gå lenger enn det som følger av § 23 nr. 4. Det vises derfor til beskrivelsen av situasjoner der det foreligger opplysningsrett ovenfor.»

I fellesskrivet (IS-15/2006) behandles bestemmelsen i motsatt rekkefølge. Forholdet til helsepersonelloven § 31 er sitert foran under behandlingen av denne bestemmelsen, og om opplysningsretten i helsepersonelloven § 23 nr. 4 heter det:

«Helsepersonell har også en adgang, men ingen plikt, til å gi videre opplysninger når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig, jf. hlspl. § 23 nr. 4.

Det er lagt til grunn en streng norm for når det kan være aktuelt å benytte denne

opplysningsretten. Hvis en person kan utgjøre en alvorlig fare for egen eller andres sikkerhet vil adgangen til å gi opplysninger til politiet etter denne bestemmelsen normalt gå like langt som plikten til å gi opplysninger etter hlspl. § 31, ...»⁴²

Det er naturlig å forstå rundskrivene slik at det for helsepersonell i meget liten utstrekning antas å foreligge noen *rett* til å varsle politiet om mulige voldelige pasienter med psykiske problemer som går ut over det som følger av pliktbestemmelsen i helsepersonelloven § 31. Det samme synes å fremgå av forarbeidene, selv om man i spesialkommentaren til § 31 ikke engang synes å ha forskjellen på rett og plikt klart for seg.⁴³

41. Sosial- og helsedirektoratet, 2003

42. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006

43. Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v., s. 232

«I bestemmelsen åpnes det for at helsepersonell kan gi opplysninger for å avverge alvorlige skader på mennesker. Denne opplysningsretten vil normalt ikke gå lenger enn det som følger av det generelle unntaket i § 23 nr 4, se kommentarer til denne.»

Med bakgrunn i det foranstående er det nærliggende å legge til grunn at kommunikasjon til politiet med sikte på å avverge eller forebygge at personer med psykiske lidelser kan komme til å begå voldshandlinger, ikke vil skje i større grad enn det som følger av pliktbestemmelsen i helsepersonelloven § 31.

11.4.3.3.2 Rettsstridsreservasjonens betydning i kommunikasjon med sosialtjenesten

Både Rasmussen og Oma åpner for at rettsstridsreservasjonen også kan gi grunnlag for kommunikasjon til sosialtjenesten.⁴⁴ Begge peker på situasjoner hvor helsepersonellet erfarer at pasienten på sviktende grunnlag, eller som følge av en helt ubegrunnet frykt for offentlige kontorer, lar være å søke den hjelp som vedkommende sårt trenger, og som sosialtjenesten kan tilby. Hvis det i slike situasjoner ikke er mulig å få vedkommendes samtykke, enten fordi vedkommende av samme irrasjonelle grunner ikke vil gi det, eller det ikke er tilrådelig å spørre, bør det etter helsepersonelloven § 23 nr. 4 være adgang til å gi sosialtjenesten den nødvendige informasjon. Ikke minst bør det være adgang til dette i tilfeller hvor sosialtjenestens ytelser er en viktig eller avgjørende forutsetning for at den helsehjelp som pasienten tilbys, skal ha den ønskede virkning. Hjelp til bolig og annen omsorg kan i gitte tilfeller påvirke avgjørelsen av om pasienten kan skrives ut eller unngå (tvangs-) innleggelse. I forhold til pasienter som er psykisk ustabile, og som har vist voldelige tendenser, vil varsel til sosialtjenesten derfor ikke bare være å sørge for at pasienten får den hjelp som han eller hun har et klart behov for, men det vil også være et bidrag til å beskytte tredjemenn eller allmennheten som sådan. Denne offentlige interesse bør innebære at terskelen i favør av kommunikasjon er lavere enn hvor det «bare» er snakk om å ivareta den private interesse i at pasienten får de ytelser han eller hun trenger.

Med de strenge krav til den situasjon som må foreligge før helsepersonell kan gi informasjon til sosialtjenesten uten pasientens samtykke, vil det normalt være slik at når retten til å gi informasjon

nen foreligger, vil helsepersonelloven § 32 første ledd også gjøre det til en plikt, jf. foran.

11.4.4 Oppsummering

Fremstillingen foran har vist at terskelen for at helsepersonell uten pasientens samtykke kan formidle informasjon til sosialtjenesten og politiet, er meget høy.

11.5 Sosialtjenestens mulighet for å formidle informasjon

Sosialtjenestens forvaltningsmessige taushetsplikt er i hovedsak regulert i de alminnelige regler i forvaltningsloven §§ 13–13b. Sosialtjenesten forholder seg ofte til klienter i en sårbar situasjon, og det er av den grunn gitt visse særlige regler i sosialtjenesteloven § 8–8, blant annet om adgangen til å formidle opplysninger videre til andre offentlige organer.

For problemstillingen som omfattes av utvalgets mandat, er det to bestemmelser som kan gi grunnlag for informasjonsformidling i tilfeller hvor det ikke foreligger samtykke fra den som har krav på taushet. Det ene grunnlaget er bruk til «primærformålet», jf. forvaltningsloven § 13 første ledd nr. 2, og det andre er adgangen til å formidle opplysninger som sosialetaten har innhentet eller mottatt fra andre forvaltningsorganer. En illustrerende, men ikke helt presis betegnelse på dette er «gjennbruk» av opplysninger, jf. forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 5 og 6, jf. sosialtjenesteloven § 8–8 tredje ledd.

11.5.1 Bruk til primærformålet

Bestemmelsen i forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 2 lyder:

«Taushetsplikt etter § 13 er ikke til hinder for... at opplysningene brukes for å oppnå det formål de er gitt eller innhentet for, bl.a. kan [de] brukes i forbindelse med saksforberedelse, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll.»

Den opplysningsrett som her gis, er rent formålsbestemt. Bestemmelsen inneholder ingen begrensninger om hvilken type opplysninger som kan formidles, og heller ingen begrensninger om hvem opplysningene kan formidles til. Det eneste som kreves, er at sosialtjenesten selv har en «sak» til behandling, og at formidling av taushetsbelagt informasjon er nødvendig for å skaffe etaten et

44. Rasmussen, 1997, s. 556; Oma, 1998, s. 191

best mulig grunnlag for selv å treffe sin beslutning. I mange tilfeller vil en person med psykiske problemer og/eller rusproblemer både ha kontakt med sosialtjenesten, helsevesenet og politiet. Når sosialtjenesten i slike tilfeller skal treffe sine avgjørelser etter sosialtjenesteloven, vil det regelmessig være av betydning å ha innsikt i hvilke tiltak og planer de øvrige etatene har for klienten, både for å avklare hva klientens behov er, og for å vurdere om de tiltak sosialtjenesten iverksetter, harmonerer med det de øvrige aktører planlegger. For å kunne få svar på slike spørsmål er det gjerne nødvendig å redegjøre for hva man selv akter å gjøre, og begrunnelsen for det. Når klienten for eksempel skal gis et botilbud, vil det være av betydning å vite hvordan behandlende helsepersonell vurderer utsiktene til at klienten kan klare seg, og hvordan den planlagte bosituasjon vil influere på helseutviklingen: vil klienten føle seg isolert, klarer han eller hun presset ved bo i et fellesskap m.v. Skal sosialtjenestens klient møte til poliklinisk behandling, er det selvsagt også av betydning at både plasseringen av bopel og midler til livsopphold bidrar til å gjøre det mulig. Er politiet involvert, for eksempel fordi klienten også er under forfølgning for straffbare forhold, vil det på tilsvarende måte kunne være aktuelt med en dialog med politiet.

Den omstendighet at de etater, institusjoner eller personer som sosialtjenesten innhenter opplysninger fra, også har nytte av den informasjon som kontakten gir, innebærer selvsagt ikke at informasjonsutvekslingen blir et taushetspliktsbrudd. Det avgjørende er at formålet med kommunikasjonen er å sette sosialtjenesten i stand til selv å treffe den beste og mest hensiktsmessige avgjørelse. Dette betyr imidlertid ikke at det er uten betydning hvordan den som mottar henvendelsen fra sosialtjenesten, bruker informasjonen. Det kan selvsagt forekomme at informasjonen som sosialtjenestens henvendelse avslører til politiet eller en psykiatrisk institusjon, setter disse i stand til å treffe avgjørelser eller foreta disposisjoner som for klienten er, eller i alle fall oppleves som, negative. I så fall må sosialtjenesten vurdere om kostnadene ved å innhente informasjonen blir for stor. Det er en rett til kommunikasjon som er beskrevet ovenfor i forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 2, ingen plikt. Hvorvidt det i en gitt situasjon av hensyn til de interesser taushetsplikten skal verne, er «riktig» å nøye seg med en mindre fullstendig saksopplysning, må avgjøres konkret. Avgjørelsen vil nok også i en viss grad bero på tjenestepersonens eget syn på forholdet mellom «klientbeskyttelse» og «samfunnsbeskyttelse».

Betydningen av bestemmelsen om bruk til primærformålet er at hvor flere arbeider med samme klient og vil ha gjensidig utbytte av å kjenne til hva de andre gjør eller planlegger, vil den forvaltningsmessige taushetsplikt sjelden hindre slik informasjonsutveksling. At denne mulighet ikke alltid bør benyttes fullt ut, er en annen sak. Det følger også av fremstillingen foran at helseprofesjonene ikke har den samme generelle mulighet for å bidra med sin informasjon.

11.5.2 Adgangen til «gjenbruk» av sosialtjenestens informasjon

Formuleringen i overskriften tar først og fremst sikte på de tilfeller hvor sosialtjenesten sitter inne med opplysninger som andre er interessert i, men hvor sosialtjenesten ikke selv har noen sak til behandling som vil profittere på informasjonsutvekslingen. Ordet «gjenbruk» er ikke helt treffende, for informasjonen kan i og for seg være helt ny og «ubrukt».⁴⁵ Poenget er at den ikke formidles for å ivareta sosialtjenestens primærformål. Bestemmelsene om slik informasjonsutveksling finnes i forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 5 og 6 og i sosialtjenesteloven § 8–8 tredje ledd. Bestemmelsene lyder:

«Taushetsplikt etter § 13 er ikke til hinder for:

5. at forvaltningsorganet gir andre forvaltningsorganer opplysninger om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet og ellers slike opplysninger som det er nødvendig å gi for å fremme avgiverorganets oppgaver etter lov, instruks eller oppnevningsgrunnlag,
6. at forvaltningsorganet anmelder eller gir opplysninger (jfr. også nr. 5) om lovbrudd til påtalemyndigheten eller vedkommende kontrollmyndighet, når det finnes ønskelig av allmenne omsyn eller forfølgning av lovbruddet har naturlig sammenheng med avgiverorganets oppgaver,»⁴⁶

Den alminnelige kommunikasjonsadgang etter forvaltningslovens bestemmelser er imidlertid innnevret på sosialtjenestens område, jf. sosialtjenesteloven § 8–8 tredje ledd:

«Opplysninger til andre forvaltningsorganer, jf. forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6, kan bare gis når dette er nødvendig for å fremme sosialtjenestens eller institusjonens oppgaver, eller for

45. Oma, 1998

46. Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker

å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. »⁴⁷

Betydningen av innskrenkningen i sosialtjenesteloven § 8–8 tredje ledd er at den generelle retten til å opplyse andre forvaltningsorganer om selve klientforholdet og hvilke avgjørelser som er truffet, og å anmelde lovbrudd på eget forvaltningsområde eller når allmenne hensyn tilsier det, ikke gjelder for sosialtjenesten. Utenfor bruk til primærformålet eller med samtykke kan kommunikasjon til andre forvaltningsorganer bare skje i to situasjoner: når kommunikasjonen er nødvendig for å fremme sosialtjenestens oppgaver eller er nødvendig for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

11.5.2.1 Fremme sosialtjenestens oppgaver

Leser en forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 5 og sosialtjenesteloven § 8–8 tredje ledd i sammenheng, kan det være en nærliggende tolking at «gjenbruk» av sosialtjenesten opplysninger i form av formidling til andre forvaltningsorganer kan skje når det bidrar til å realisere de mål som er angitt i sosialtjenesteloven § 1. Formålsbestemmelsene for lover er imidlertid sjelden utformet med en slik direkte bruk for øyet. De angir gjerne hva som skal være den samfunnsmessige virkning av lovens bestemmelser, mer enn en beskrivelse av hva som er etatens sentrale oppgaver, jf. slik også Oma.⁴⁸ Selv om det er nevnt i sosialtjenesteloven § 1–1 bokstav a, vil man neppe si at sosialtjenestens sentrale oppgave er å bidra til likestilling, og at sensitiv personinformasjon kan formidles til andre offentlige organer for å fremme dette formål. Det riktige må være å forstå «sosialtjenestens oppgaver» i § 8–8 tredje ledd som summen av etatens ulike «primærformål». Det vil si de oppgaver som sosialtjenesten først og fremst innhenter informasjon om for å fremme.

I forhold til helseprofesjonene vil en slik forståelse likevel gi grunnlag for kommunikasjon i ganske stor utstrekning, idet en også må ta i betraktning at kommunikasjonen skjer til en etat som selv har en meget streng taushetsplikt. Det er nærliggende å tenke seg at informasjon fra sosialtjenesten til helsevesenet vil skje i to typetilfeller: For det første at sosialtjenestens informasjon formidles for å sikre at klienten får et helsetilbud som er tilpasset den sosiale situasjon, og selv om sosialtjenesten har avsluttet sin sak, vil kommunikasjon med helseforvaltningen i en slik situasjon bidra til å gjøre

sosialtjenestens egne tiltak mer effektive og robuste. Den andre typesituasjon omfatter tilfeller der sosialtjenesten bruker sin erfaring med klienten til å sikre at helseforvaltningen, for eksempel i forbindelse med utskriving, treffer hensiktsmessige beslutninger. Dette kan ses som et middel til å forebygge at det blir nødvendig med nye tiltak fra sosialtjenestens side.

En viktig begrensning i sosialtjenestens mulighet for å formidle informasjon i medhold av denne bestemmelse, er at den bare gjelder i forhold til «andre forvaltningsorganer». En vesentlig del av primærhelsetjenesten vil falle utenfor dette, fordi det lovpålagte helsetilbud i kommunen i medhold av kommunehelsetjenesteloven § 1–3 andre ledd er basert på avtaler som kommunen har inngått med private helsetilbydere.⁴⁹ Disse regnes ikke som «forvaltningsorganer» jf. forvaltningsloven § 1. I forhold til disse vil sosialtjenesten være avhengig av samtykke hvis det er aktuelt å formidle informasjon i andre tilfeller enn med det formål å innhente informasjon til avgjørelse av primærformålet. Et alternativ er at sosialtjenesten formidler informasjonen til kommunelegen, som er en del av den kommunale helseforvaltning.

I forhold til politiet vil vilkårene for «gjenbruk» av sosialtjenestens opplysninger for å fremme etatens oppgaver sjeldnere være oppfylt. Lettest er det å tenke seg der hvor informasjonen brukes for å hindre at politiet treffer negative vedtak som påvirker effekten av sosialtjenestens egne tiltak. Det kan for eksempel være et tilfelle hvor en psykisk ustabil person med lav impulskontroll, med sosialkontorets hjelp og med både kontroll og bistandsoppgaver i tankene, er skaffet bolig sammen med en person som klienten har tillit til. Avhengig av hvor skjør situasjonen er, kan det være utilrådelig å innhente klientens samtykke til å informere politiet om dette i en situasjon hvor «omsorgspersonen» planlegges innkalt til soning av en «fartsdom». I en slik situasjon må informasjonen kunne formidles i medhold av sosialtjenesteloven § 8–8 tredje ledd.

Kommunikasjon til fremme av sosialtjenestens oppgaver må være «nødvendig». I dette ligger det mer enn at behovet for kommunikasjon er nyttig, naturlig eller hensiktsmessig. Som Oma påpeker, er det å gå for langt å si at bestemmelsen bare kan brukes i helt ekstraordinære situasjoner.⁵⁰ Når kommunikasjon bør skje, må avgjøres konkret, og

47. Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

48. Oma, 1998, s. 121 flg.

49. Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene

50. Oma, 1998, s. 131-133

grensen vil neppe være den samme i forhold til helsevesenet som i forhold til politiet.

11.5.2.2 Forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse

Denne delen av bestemmelsen er en vesentlig innskrenkning i forhold til den kommunikasjonsadgangen som er hjemlet i forvaltningsloven § 13b første ledd nr. 6. Retten til å kommunisere med det formål å gi politiet grunnlag for å etterforske overtredder på etatens område gjelder ikke for sosialtjenesten. Kommunikasjonen må ha et forebyggende siktemål, og den må være nødvendig for å hindre alvorlig personskade. På dette området er sosialtjenestens opplysningsrett i det alt vesentlige den samme som for helsepersonell, og det vises derfor til behandlingen av helsepersonelloven § 31, jf. § 23 nr. 4 foran. Men siden kulturen for å verne om klientkonfidensialiteten trolig er noe svakere i sosialtjenesten enn innenfor helseprofesjonene, kan varslingsretten komme til å bli benyttet oftere. Noen rett til alminnelige bekymringsmeldinger til politiet er det imidlertid ikke adgang til.

11.6 Politiets mulighet for å formidle informasjon

Som redegjort for i punktet «Oversikt over regelverket» er taushetspliktregelverket for politiopplysninger fragmentert og kan oppfattes som komplisert å anvende. Gjennom lovforslaget i Prop. 12 L (2009–2010), som er en gjentakelse av Ot.prp. nr. 108 (2008–2009), vil dette regelverket i stor grad bli avløst av en ny politiregisterlov.⁵¹ Når fremstillingen likevel knyttes til gjeldende regelverk, er årsaken at loven skal suppleres med et meget betydelig forskriftsverk. Selv om arbeidet med forskriftene allerede har kommet i gang, er det grunn til å tro at det vil ta noen tid før loven settes i kraft.

11.6.1 Kommunikasjon for å forebygge lovovertrедelser

Den alvorlige voldsbruk som omfattes av utvalgets mandat, vil alltid representere en lovovertrедelse. Om handlingen er straffbar, avhenger av gjerningspersonens tilregnelighet. Ettersom politiet har et hovedansvar for å forebygge lovovertrедelser,

har lovgivning i ganske stor utstrekning gjort unntak for taushetsplikten når informasjonen skal brukes i dette øyemed. Hvor vid adgangen er, varierer imidlertid både med hvilken kilde politiet henter informasjonen fra, og med hvem som er mottaker. Nedenfor behandles først informasjon som politiet har fra den ordinære politisære virksomhet eller fra etterforskningsvirksomheten. Adgangen til å bruke registeropplysninger og kommunikasjonskontrollopplysninger i forebyggende virksomhet behandles særskilt mot slutten av punktet.

11.6.1.1 Kommunikasjon til offentlige organ

Politiloven § 24 fjerde ledd nr. 2 lyder:

«Politiets taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger blir gjort kjent for andre offentlige myndigheter og utenlandske samarbeidende politi- og sikkerhetsmyndigheter når formålet er å forebygge eller avverge straffbare handlinger.»

I den tilsvarende bestemmelsen i straffeprosessloven § 61c første ledd nr. 5 heter det:

«Taushetsplikt etter § 61a er ikke til hinder for at opplysningene gjøres kjent for andre offentlige organer når formålet er å forebygge lovovertrедelser eller å hindre at virksomhet blir utøvd på en uforsvarlig måte.»

Av forarbeidene til bestemmelsen i straffeprosessloven følger det klart at siktemålet med bestemmelsen, som ble innført ved lovendring i 2003, var å gi et rent formålsbestemt unntak uten det behovskrav som følger av nødvendighetsvilkåret i § 61c første ledd nr 6.⁵² Mer indirekte fremgår det samme av forarbeidene til politilovens bestemmelse.⁵³

Bestemmelsene innebærer at taushetsplikten normalt ikke vil være hinder for å formidle informasjon i forebyggende øyemed til sosialtjenesten og det offentlige helsevesenet. I den grad politiet gjennom tjenesten mottar informasjon eller gjør observasjoner som tyder på at vedkommende kan ha behov for tiltak fra det offentlige helsevesen for ikke å komme i en situasjon hvor det er risiko for at det begås voldslovbrudd, vil dette kunne formidles. Utfordringen her er å etablere rutiner som sikrer minst mulig utilsiktet spredning av informasjonen, for eksempel slik at slik informasjon alltid formidles fra bestemte personer i politidistriktet og til

51. Ot.prp. nr. 108 (2008-2009) Om lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten; Prop. 12 L (2009-2010) Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten

52. Ot.prp. nr. 106 (2001-2002) Om lov om endringer i straffeprosessloven og politiloven m.m.

53. Ot.prp. nr. 22 (1994-95) Om lov om politiet; Myhrer, s. 465-66

bestemte mottakere i helsevesenet. Bare i situasjoner som er akutte, bør det være opp til den enkelte polititjenesteperson og helsemedarbeider på vakt å formidle og motta slik informasjon.

11.6.1.2 Kommunikasjon til private

Opplysninger ervervet gjennom etterforskningsvirksomhet kan uten hinder av taushetsplikten gjøres kjent for private «... når det er nødvendig for å forebygge lovovertrедelser eller for å hindre at virksomhet blir utøvd på en uforsvarlig måte», jf. straffeprosessloven § 61c første ledd nr. 6. Forskjellen fra bestemmelsen i nr. 5 er at det gjelder et behovskriterium, jf. «nødvendig». Innholdet i dette behovskriteriet er behandlet foran i tilknytning til helsepersonellens informasjonsplikt overfor politiet etter helsepersonelloven § 31, hvor også avgjørelsen i Rt. 1994 s. 1632 er omtalt. I nødvendighetskriteriet ligger et krav om at det er en rimelig mulighet for at det vil bli begått en lovovertrедelse som best og mest effektivt kan forebygges gjennom kommunikasjon av taushetsbelagt informasjon, og et krav om forholdsmessighet.⁵⁴ Den aktuelle avgjørelse i Høyesterett gjaldt en situasjon hvor de taushetsbelagte opplysningene ble formidlet i det offentlige rom. Man befinner seg i den andre enden av forholdsmessighetsskalaen når det er aktuelt å formidle informasjon til personell i det private helsevesen. Dette må påvirke forholdsmessighetsvurderingen og må innebære at hvis politiet nærer en viss frykt for at en person som antas å ha psykiske lidelser, kan komme til å begå voldshandlinger, og informasjon til vedkommendes fastlege forekommer å være et adekvat tiltak, må straffeprosessloven § 61c første ledd nr. 6 antas å gi adgang til det.

Informasjon fra den delen av politiets virksomhet som ikke består i etterforskning, har ingen bestemmelse som svarer til straffeprosessloven § 61c første ledd nr. 6. I politiloven § 24 fjerde ledd nr. 3 heter det:

«Politiets taushetsplikt er ikke til hinder for... at opplysninger blir gjort kjent for vitner og kilder når det er nødvendig for at politiet skal få opplysninger eller bistand til å forebygge eller avverge straffbare handlinger.»

Det er vanskelig å se at informasjon til organisasjoner eller personer innen det private helsevesen, i den hensikt å få kriminalitetsforebyggende tiltak vurdert, kan omfattes av bestemmelsen. Det vil

være å øve vold på bestemmelsen å anse disse som «vitner og kilder». Forarbeidene gir heller ikke noen støtte til en slik fortolkning. Ser man hele politietaten under ett, er dette neppe noen stor mangel ved regelverket. Det kan riktignok forekomme at politiet også uten tilknytning til etterforskningsvirksomheten får kjennskap til opplysninger hvor det mest adekvate kriminalitetsforebyggende tiltak kan være å underrette en privatpraktiserende lege med god kjennskap til den aktuelle personen. Det kan for eksempel være at politiet ved et par tidligere anledninger har bistått helsepersonell i forbindelse med innleggelse i det psykiske helsevern, og erfarer en atferd hos vedkommende som tyder på at han eller hun på ny er på vei inn i en tilstand hvor risikoen for voldelig utagerende atferd øker. Her mangler lovverket en god hjemmel for å gjøre vedkommendes privatpraktiserende lege oppmerksom på forholdet, og politiet må strengt tatt gå veien om kommunelegen. Det finnes imidlertid enheter innen politiet som varig eller for en periode har til oppgave å følge med personer som representerer en særlig voldsrisiko. For personer som er psykisk ustabile, og som har rettet trusler mot Kongehuset eller mot regjeringsmedlemmer, gjelder dette for den forebyggende virksomheten innenfor Politiets sikkerhetstjeneste (PST). For psykisk ustabile personer hvis trusler retter seg mot andre «objekter», kan det tilsvarende gjelde for enheter som forestår forebyggende spaningsvirksomhet innenfor de større politidistrikter. For å ivareta disse behov kan det reises spørsmål om endring av politiloven § 24 fjerde ledd nr. 3 bør vurderes endret slik at den blir mer lik straffeprosessloven § 61c, 1. ledd nr. 6.

11.6.1.3 Særlig om registreringsopplysninger

Av strafferegistreringsloven følger at opplysninger fra registrene kan formidles til andre på tre ulike måter.⁵⁵ Det kan utferdiges straff- og bødeattest til bruk i strafferettspleien, jf. lovens §§ 2 og 3. Videre kan det til andre formål utferdiges politiattest (tidligere vandelsattest) i samsvar med lovens § 5, jf. strafferegistreringsforskriften § 12. Til slutt følger det forutsetningsvis at taushetsplikten etter loven ikke er til hinder for at politiet bruker registeropplysninger i forebyggende øyemed. I lovens § 8 første ledd fastsettes det at det skal bevares taushet overfor uvedkommende om innholdet i registrene:

«Offentlige tjenestemenn plikter å bevare taushet overfor uvedkommende om opplysninger

54. Myhrer, s. 462-64

55. Lov 11. juni 1971 nr. 52 om strafferegistrering

fra Strafferegistret og de andre registre som er nevnt i denne lov.»

Selv om formidling av informasjon om innholdet i registrene normalt skal skje i form av formelle attester og med et innhold som regulert i loven §§ 5 og 6, følger det av § 7 andre ledd at informasjon i forebyggende (og oppklarende) øyemed kan skje på annen måte:

«Bestemmelsene i §§ 5 og 6 kommer ikke til anvendelse når politiet gir opplysninger for å forebygge eller oppklare lovovertridelser, eller for å forhindre at en virksomhet blir utøvd på en uforsvarlig måte.»

Denne uformelle bruk i forebyggende (og oppklarende) øyemed er ikke nærmere regulert verken i loven eller i forskriften. Det som direkte fremgår av lovens § 7 andre ledd, er at det i forebyggende og oppklarende øyemed kan legges vekt på og formidles opplysninger som ikke tas med i de formelle attester. Henlagte saker tas ikke med i attester. Men blir politiet kjent med at A vurderes tilsatt som nattevakt på en helseinstitusjon, må de i forebyggende øyemed også kunne formidle informasjon om at A har fire henlagte saker hvor han som nattevakt eller vaktmester har vært mistenkt for ildspåsettelse.

Det er derimot mer enn usikkert om det kan etableres rutiner hvor politiet i bestemte situasjoner søker i sine registre etter bestemte opplysninger og deretter i forebyggende øyemed meddeler resultatet til utenforstående. Med atskillig rett kan det hevdes at dette i realiteten er en uformell politiattest. Også den formelle politiattest i medhold av lovens § 5 og forskriftens § 12 gis jo i forebyggende øyemed. Ofte er den også rettet direkte inn mot å hindre at personer med visse tilbøyeligheter ansettes i visse posisjoner. Klarest fremgår dette når det til et gitt formål utstedes en begrenset (til visse lovbruddskategorier), men fullstendig (i forhold til tid og sakens status) attest, som for eksempel viser om en person noen gang har vært straffet for eller er under forfølgning for voldsforbrytelser. Det vil derfor i det minste være i dårlig harmoni med gjeldende regler om det etableres en rutine hvor for eksempel behandlingsstedet for pasienter undergitt (tvungent) psykisk helsevern skrives ut eller gis permisjoner, kan henvende seg til politiet for å få politiets registrerte opplysninger om pasienten. Er det behov for en slik ordning, bør det derfor gis en klar hjemmel for det i loven, eventuelt i forskrift. Lovens § 10 nr. 3 gir allerede hjemmel for å regulere dette i strafferegistreringsforskriften:

«Kongen kan gi forskrifter til gjennomføring av denne lov, således bl.a om:... Utstedelse av attest og meddelelse av opplysninger fra registrene til andre formål enn til bruk for straffettspleien.»

Tatt i betraktning at opplysningene vil være utpreget personlige, som dels kan være av foreløpig og ikke bekreftet karakter, og som kan medvirke til at den de angår, undergis fortsatt frihetsberøvende psykiatrisk helsehjelp, bør det foreligge en klar hjemmel for slik utlevering, jf. også nedenfor om Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 8.⁵⁶

11.6.1.4 Særlig om

kommunikasjonskontrollopplysninger

Opplysninger som politiet har fått tilgang til gjennom kommunikasjonskontroll (avlytting eller innhenting av trafikkdata), og som ikke åpent er benyttet under etterforskningen, er etter straffeprosessloven § 216i undergitt en strengere taushetsplikt enn øvrige straffesaksopplysninger. Det følger av § 216i bokstav d at:

«Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysningene brukes... for å avverge en straffbar handling som kan medføre frihetsstraff.»⁵⁷

Begrepet «avverge» benyttes der hvor det foreligger opplysninger om at det straffbare forhold er nært eller umiddelbart forestående, det vil si i de helt akutte situasjoner. I den foreliggende sammenheng indikerer formuleringen at det normalt ikke vil være tid til å sette i verk andre forebyggende tiltak enn å advare den som skal utsettes for den straffbare handling, eller underrette den eller de som er i posisjon til å hindre gjennomføringen. Informasjonen formidles for eksempel til de ansvarlige ved en institusjon innen psykisk helse-tjeneste med sikte på å hindre at en pasient får gjennomføre den umiddelbart forestående byturen uten ledsager, fordi det ved telefonkontroll er fremkommet opplysninger som tyder på at pasienten da vil gjennomføre et lovbrudd av voldsom art.

11.6.2 Klientopplysninger og opplysninger om avgjørelser

Verken taushetsplikten som politiet har etter forvaltningsloven (jf. § 13b første ledd nr. 5) eller etter

56. Lov 21. mai 1999 nr 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett

57. Lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker

straffeprosessloven (jf. § 61c første ledd nr. 7) i saker om etterforskning, er

«... til hinder for... at det til andre offentlige organer blir gitt opplysninger om en persons forbindelse med politiet og om avgjørelser som er truffet og ellers slike opplysninger som det er nødvendig å gi for å fremme politiets oppgaver, ...»⁵⁸

Det siste alternativet i bestemmelsen, opplysninger for å fremme politiets oppgaver, har forholdsvis liten betydning ved siden av bestemmelsene om bruk av informasjonen i forebyggende øyemed og bruk til primærformålet, jf. nedenfor.

Til sosialtjenesten og det offentlige helsevesen gir bestemmelsen politiet adgang til å svare på om en bestemt person er anmeldt eller siktet og eventuelt om hvilke avgjørelser som er truffet, for eksempel om saken er henlagt. Skal det bli sammenheng i det system vi har i dag, må det imidlertid være en forutsetning at opplysninger av denne art *ikke* er basert på registersøk. I motsatt fall ville det helt i strid med reguleringen i strafferegisterloven åpnes for en generell adgang til å meddele registeropplysninger til offentlige myndigheter. Den praktiske betydning av bestemmelsen er derfor at den gir politiet adgang til å svare på henvendelser fra for eksempel kommunelege eller sosialtjeneste om politiet har vært involvert i et bestemt forhold vedrørende klient A, og hvilke avgjørelser politiet har truffet i sakens anledning.

11.6.3 Bruk til primærformålet

På linje med det som gjelder for sosialtjenesten, har politiet både for den taushetsplikt som reguleres av forvaltningsloven og politiloven, og den som reguleres av de alminnelige bestemmelser i straffeprosessloven § 61c nr. 2, et unntak som fastsetter at taushetsplikten ikke er

«... til hinder for at opplysningene brukes for... å oppnå det formål de er gitt eller innhentet for, bl.a. kan de brukes i forbindelse med etterforskning, saksforberedelse, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll.»

Det ligger i sakens natur at atferd fra psykisk ustabile personer som har vist truende eller voldelig atferd, både vil påkalle politiets, helsevesenets og eventuelt også sosialtjenestens oppmerksomhet. En objektiv og fullstendig etterforskning, jf. straffeprosessloven § 226, vil normalt kreve at politiet

fremskaffer opplysning om hvilke tiltak andre etater iverksetter, blant annet for å danne seg en oppfatning av hva som er en riktig og hensiktsmessig reaksjon, jf. § 226 første ledd bokstav b. Det følger av bestemmelsen om bruk til primærformålet at taushetsplikten ikke er til hinder for at det både til helseprofesjonene (både i offentlig og privat virksomhet) og til sosialtjenesten formidles informasjon som begrunner og beskriver hvilken informasjon politiet er interessert i. Om mottakerne kan eller vil besvare henvendelsen, reguleres av andre regler, som er behandlet foran.

11.6.4 Oppsummering

Hovedproblemet med taushetspliktreguleringen i politiet er at den er fragmentarisk. Innholdsmessig er det likevel sjelden slik at taushetspliktreglene hindrer politiet i å formidle informasjon som det i et forebyggende eller koordinerende øyemed er behov for. Når ny politiregisterlov med forskrifter trer i kraft, vil skillet mellom saksopplysninger og registeropplysninger i det alt vesentlige opphøre. Inntil så skjer, kan det imidlertid være hensiktsmessig å vurdere om det i strafferegistreringsloven eller i strafferegistreringsforskriften fra 1974 bør gis en særskilt hjemmel for på forespørsel fra helseforetak innen det psykiske helsevern å søke etter og formidle eventuell «voldshistorikk» om bestemte personer. Det kan også vurderes å gi en mer generell bestemmelse om adgang til å formidle nødvendig forebyggende informasjon til private.

11.7 Er økt informasjonsutveksling et adekvat middel?

Taushetsplikten ivaretar viktige personverninteresser. I den foreliggende sammenheng er det først og fremst diskresjonsinteressen som er sentral, det vil si behovet for å ha herredømme over personlige opplysninger og hindre at disse spres. Taushetsplikten om private og personlige forhold omfatter en rekke ulike opplysninger, og sensitiviteten varierer betraktelig, fra det de fleste ikke finner noen grunn til å holde hemmelig, for eksempel hvilke foreninger og fritidsaktiviteter man er involvert i, til informasjon som alle ønsker å holde skjult for flest mulig. Det er ingen tvil om at opplysninger om mulige straffbare forhold, psykisk sykdom og sosial nød befinner seg innenfor det sistnevnte. Slik informasjon bør bare bli gjenstand for spredning når det foreligger tungtveiende kryssende hensyn, og på dette punkt er nasjonal lovgivning og

58. Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker; Lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker

praksis også dels bundet av og påvirket av internasjonale regler, første og fremst Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel. 8 om retten til respekt for privatliv og familieliv:

- «1. Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.
2. Det skal ikke skje noe inngrep av offentlig myndighet i utøvelsen av denne rettighet unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlige trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.»⁵⁹

I tilknytning til spørsmålet om mulige endringer av taushetspliktlovgivningen er det to sider som fortjener overveielse:

Det første området er knyttet til kravet om at informasjonsutvekslingen må være «i samsvar med loven». Det er sikker rett at dette vilkår både stiller krav til normens klarhet og tilgjengelighet.⁶⁰ Fremstillingen foran har vist at i noen sammenhenger er det tvilsomt om eksisterende taushetspliktregler gir adgang til den ønskede informasjonsutveksling. Av hensyn til dem som skal praktisere reglene, men først og fremst av hensyn til dem som har krav på beskyttelse av den svært sensitive informasjonen, bør det utformes regler som klart og forutberegnelig viser under hvilke omstendigheter opplysningene kan bli formidlet videre.

Det andre området gjelder «nødvendighetskravet». Den foreliggende utredning gjelder «mulig svikt i systemer og forløp knyttet til mennesker med kjent psykisk lidelse og som har tatt liv». Før det foreslås endringer som gjør ytterligere unntak fra taushetsplikten for de aktuelle etater, er det derfor grunn til å reflektere over og besvare følgende spørsmål: Kan de foreslåtte endringer forventes å bidra til å hindre slike tragiske hendelser som er bakgrunn for utredningen, eller i alle fall i fremtiden legge forholdene til rette for at tilsvarende hendelser ikke skjer? Dette er et faktisk spørsmål, og ikke et rettslig spørsmål. Må spørsmålet foran besvares benektende, eller kan det ikke gis noe sikkert svar på det, kan det med atskillig rett hevdes at regelendringene først og fremst representerer en økt personvernkrenkelse og ikke er noe

relevant (adekvat) middel til å ivareta det aktuelle tvingende samfunnsmessige behov.⁶¹

11.8 Utvalgets vurderinger og tilrådinger

11.8.1 Forståelsen av gjeldende rett

Før utvalget går nærmere inn på behovet for å vurdere lovendringer, vil man på et par punkter knytte noen kommentarer til den gjengse forståelsen av gjeldende bestemmelser.

Den første kommentaren knytter seg til helsepersonelloven § 25 første ledd, gjengitt og omtalt foran i avsnitt 11.4.3.1. Utvalget stiller seg noe undrende til den snevre forståelse av uttrykket «samarbeidende personell» som synes å ha alminnelig tilslutning i juridisk teori, men tar til etterretning at lovens forarbeider uttrykkelig avviser at informasjonsadgang til partnere i et organisert, tverretattlig samarbeid hjemles i bestemmelsen. Det betyr eksempelvis at samarbeidende organer og personer i den kommunale sosialtjeneste ikke kan meddeles opplysninger fra helsepersonell om en pasient med hjemmel i denne bestemmelse, med mindre pasienten samtykker. Utvalget vil likevel bemerke at det er gode holdepunkter for å anta at praksis er mer liberal enn hva den nevnte retts tilstand legger opp til. Og når det gjelder samarbeid *innenfor et helseforetak*, mener utvalget at det må være relativt åpne linjer mellom ulike faggrupper som arbeider med samme pasient, og utvalget er her enig med de juridiske eksperter som mener at § 25 første ledd hjemler et slikt samarbeid.

Den andre kommentaren om gjeldende rett angår helsepersonelloven § 23 nr. 4 og særlig forholdet mellom denne og samme lovs § 31 første ledd, jf avsnitt 11.4.3.3.1. ovenfor. Som nevnt der, er det på bakgrunn av rundskriv fra Helsedirektoratet og en uttalelse i lovforarbeidene nærliggende å forstå § 23 nr. 4 slik at meddelelser til politiet for å forebygge alvorlig vold fra personer med psykisk lidelse, ikke vil – eller kan – skje i større utstrekning enn det som følger av pliktbestemmelsen i § 31. Utvalget vil for sin del bemerke at det er vanskelig å se at ikke opplysningsretten i § 23 nr. 4 må gå lenger enn informasjonsplikten i § 31. Allerede i utgangspunktet er det naturlig å legge til grunn at en rett til å gi opplysninger for å hindre at viktige verdier krenkes, rekker lenger enn plikten til å gi slike opplysninger, selv om meddelelsen i begge situasjoner krenker den samme retten til diskresjon. Bildet er heller ikke entydig slik at den rett

59. Lov 21. mai 1999 nr 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett

60. Møse, 2002, s. 100

61. Møse, 2002, s. 100

som krenkes, er pasientens, mens den interesse som søkes vernet, er samfunnets, derunder de potensielle voldsofferets behov for beskyttelse. Det er således også i pasientens interesse at han hindres i å begå en alvorlig voldshandling.

Også ordlyden i bestemmelsene kan tale for at retten går lenger enn plikten. Pliktbestemmelsen i § 31 slår fast at varslingen må være «nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom», mens § 23 nr. 4 forutsetter at «tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre». Pliktbestemmelsen har preg av en nødbestemmelse spesielt for å avverge alvorlig skade, mens rettighetsbestemmelsen åpner for et bredt skjønn med veiing av interesser mot hverandre. Forarbeidene til bestemmelsene gir ingen begrunnet veiledning i dette spørsmålet, og det aktuelle sitatet gjengitt foran i avsnitt 11.4.3.3.1. røper en misforståelse av den rettslige karakter av § 31. Heller ikke Helsedirektoratets rundskriv er noen tungtveiende rettskilde til forståelse av disse bestemmelsene.

Utvalget vil på denne bakgrunn anta at gode grunner kan tale for å forstå rettstilstanden slik at § 23 nr. 4 åpner for å gi helsepersonell en videre adgang til i forebyggende øyemed å gi politiet opplysninger, enn hva som følger av informasjonsplikten nedfelt i § 31.

11.8.2 Forslag til lovendringer

Under sitt arbeid med utredningen har utvalget registrert at det forut for drap begått av personer med psykisk lidelse, har vært til dels dårlig kommunikasjon mellom ulike behandlere innenfor samme nivå og mellom ulike behandlingsnivåer, uten at det ut fra denne konstatering kan trekkes slutninger om årsakssammenheng. Men det kan heller ikke utelukkes slik sammenheng i enkelte tilfeller. Utvalget anbefaler at personer med alvorlig psykisk lidelse i langt større utstrekning enn i dag undergis en helhetlig behandling med tverretattlig samarbeid, hvor dette fremstår som nødvendig, for eksempel der den syke også har en ruslidelse. Disse forhold, sammen med de svakheter i gjeldende regelverk som er berørt tidligere i dette kapittel, gjør det naturlig å overveie noen lovendringer.

11.8.2.1

Det bør vurderes å endre helsepersonelloven § 25 første ledd slik at det blir en klar hjemmel for helsepersonell til å gi opplysninger til samarbeidende parter i og utenfor helseforetaket, selv om disse

parter ikke er helsepersonell i lovens forstand. Særlig vil det være aktuelt med informasjon til personer i kommunal sosialtjeneste, Forutsetningen bør fortsatt være at informasjonen er «nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp». I samme forbindelse bør det overveies å sløyfe eller myke opp den absolutte reservasjonsretten som pasienten har etter denne bestemmelsen. I alle fall for grupper av pasienter med alvorlig psykiske lidelser, kan det ikke forventes at de til enhver tid ser konsekvensene av å nekte samtykke, heller ikke for utviklingen av egen helse.

11.8.2.2

Selv om utvalget foran har gitt uttrykk for en annen forståelse av § 23 nr. 4 enn den helsemyndighetene har lagt til grunn i rundskriv, er det ikke å vente at denne forståelsen vil bli fulgt opp i praksis. Det bør overveies å gi en tilføyelse til bestemmelsen som klart gir uttrykk for at informasjonsretten overfor politiet går lenger enn informasjonsplikten i § 31 når det er risiko for at pasienten vil begå alvorlige voldshandlinger. Eventuelt kan en endring initieres ved nytt rundskriv som gir uttrykk for en ny forståelse av § 23 nr. 4 enn den som er formidlet tidligere. Uansett bør det ved rundskriv kunne pekes på at § 23 nr. 4 også kan gi grunnlag for å gi opplysninger om pasienten til sosialtjenesten, i første rekke når denne tjenestens ytelser er en viktig forutsetning for at den helsehjelp pasienten gis skal ha den ønskede virkning, jf avsnitt 11.4.3.3.2. foran.

11.8.2.3

Psykisk ustabile personer som er i besittelse av skytevåpen, utgjør en særlig risiko. Dersom helsepersonell vurderer situasjonen slik at en pasient i denne kategori ikke lenger oppfyller de helsemessige vilkår for å inneha våpen, taler mye for at de – på samme måte som ved førerkort – pålegges en varslingsplikt. Det bør overveies å innføre en slik plikt til varsling av politiet, for eksempel ved et nytt annet ledd i helsepersonelloven § 31. Nærmere regler kan gis ved forskrift.

11.8.2.4

Endelig bør det overveies å endre politiloven § 24 fjerde ledd nr. 3, slik at den utvilsomt også gir politiet adgang til å gi informasjon til det private helsevesen i kriminalitetsforebyggende øyemed. Politiets taushetsplikt bør ikke være til hinder for at opplysninger blir gjort kjent for private, derunder vitner og kilder, som bestemmelsen nøyter seg med

å nevne i gjeldende utforming, når slik meddelelse er nødvendig for å forebygge eller avverge straffbare handlinger.

11.8.3 Forslag til ytterligere utredningsarbeid

Noen personer representerer på grunn av sine psykiske lidelser en varig eller langvarig trussel. Trusselen kan være generell, men er i noen tilfeller rettet mot spesielle personer eller grupper av personer, som medlemmer av Kongehuset, regjeringsmedlemmer eller ansatte i ulike offentlige eta-

ter. For personer med slike lidelser og atferd vil det korrekte bilde av hvilket behov som foreligger for behandling og hvilket behov som foreligger for konkrete beskyttelsestiltak (trusselvurdering), først fremkomme når det foreligger oppdatert informasjon både fra helsevesenet og politiet. Helsepersonellet har etter dagens regelverk ikke adgang til å formidle sin informasjon rutinemessig til politiet i denne typen saker. Etter utvalgets vurdering bør dette problemkomplekset utredes nærmere.

Kapittel 12

Samarbeid mellom politiet og helsetjenesten om personer med psykisk lidelse

12.1 Innledning

Det følger av mandatets punkt 4.1.3 at

«utvalget skal kartlegge og vise hvor i systemene og/eller forløpene eventuell svikt oppsto, og beskrive hva som kjennetegner svikten, med henblikk på å lære av hendelsene».

Under punkt 4.2.4 heter det videre at «utvalget skal innhente informasjon fra alle relevante deler av forvaltningen», herunder også fra politiet. Under punkt 4.2.5 heter det også at

«et gjennomgående perspektiv hvor forløp og systemer ses i en helhetlig sammenheng, forutsettes lagt til grunn for utvalgets tilnærming og metode».

Under punkt 3.2 i mandatet er det dessuten vist til Helsedirektoratets og Politidirektoratets retningslinjer for hvordan politi og psykisk helsevern skal samarbeide i situasjoner hvor personer er til fare for seg selv eller sine omgivelser, jf. fellesrundskriv IS-15/2006 og 2006/011.¹

På grunnlag av mandatets formuleringer og gjennomgangen av enkeltsakene i perioden er det lagt til grunn at samarbeid mellom politi og psykisk helsetjeneste er et viktig tema. Etter oppdrag fra utvalget har rådgiver John Martin Dervå og politioverbetjent Arne Erik Hennum ved Oslo politidistrikt bidratt til tekst i dette kapittelet.

Dervå og Hennum har foretatt en spørreundersøkelse som har omfattet alle landets politidistrikt, Sysselmannen på Svalbard og flere av politiets særorganer for å undersøke politiets erfaringer med samarbeidet med helsetjenesten om personer med psykisk lidelse, jf. kapittel 12.2. Dervå og Hennum har på grunnlag av registreringer i politiets databaser i tillegg undersøkt omfanget av politioppdrag relatert til psykiske lidelser, jf. vedlegg nr. 6.

12.1.1 Politiets rolle i samarbeidet med psykisk helsevesen

St.meld. nr. 42 (2004–2005) om politiets rolle og oppgaver (politirølemeldingen) inneholder følgende beskrivelse av politiets samarbeid med helsevesenet og det psykiske helsevesen i kapittel 7.4.4.:

«Personer med alvorlige psykiske lidelser vil i mange sammenhenger befinne seg i grenselandet mellom ulike etater. I disse situasjonene er behovet for samarbeid med andre profesjoner helt nødvendig. Dette gjelder særlig på områder der barn og unge er involvert, i familievoldssaker, i andre alvorlige voldssaker og i saker der den eller de involverte er i akutt behov for psykiatrisk hjelp.

Personer med alvorlig psykisk sykdom som kan utgjøre en risiko for egen eller andres sikkerhet representerer en særlig samarbeidsutfordring for helsevesenet og strafferettspleien. For politiet står avvergefunksjonen sentralt. For å kunne ivareta denne funksjonen er politiet avhengig av helsevesenets medvirkning. Dette gjelder blant annet rutiner som sikrer at politiet blir underrettet om psykisk ustabile personer som er i en slik tilstand at de kan skade seg selv eller andre. Videre er det en forutsetning at helsevesenet bidrar til at personer med alvorlige psykiske lidelser får et tilpasset tilbud

Politiet har etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §§3–1, 3–5 og 3–8, jf. § 1–3 og politilovens bestemmelser, plikt til å bistå det offentlige helsevesen under gjennomføring av tvungent psykisk helsevern.»²

Innholdet av dette samarbeidet mellom politi og psykisk helsetjeneste er nærmere regulert i Politidirektoratets og Helsedirektoratets fellesrundskriv av 2006, som regulerer hvordan samarbeidet skal gjennomføres.³ Politidirektoratet og Helsedirektoratet arbeider med å oppgradere dette rundskrivet.

1. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006

2. St.meld. nr. 42 (2004–2005) Politiets rolle og oppgaver

3. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006

Viktige formål med samarbeidet er å søke å bedre situasjonen for personer med psykisk lidelse og deres pårørende. Nærmiljøet rundt de syke og samfunnets generelle trygghetsbehov skal også ivaretas i dette bildet.

Samarbeid mellom etater vil her være av avgjørende betydning for å lykkes. Effektiv informasjonsflyt er i denne forbindelse viktig. Store kulturforskjeller og manglende felles begrepsapparat gjør at det er lett å misforstå og snakke forbi hverandre. Spesielt krevende blir det når møtene mellom etatene skjer i akutte situasjoner, hvor det ikke er særlig god tid til å håndtere prinsipielle spørsmål. Det vil derfor være viktig å bygge relasjoner, opparbeide forståelse for andres tradisjoner og holdninger og utvikle rutiner og prosedyrer for samarbeid over etatsgrenser og på andre arenaer.

12.1.2 Modeller for tverretattlig samarbeid

12.1.2.1 Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT-modellen)

En modell for tverrfaglig samarbeid som har gitt positive erfaringer, er den såkalte SLT-modellen (Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak). Det er en modell for å samordne det kriminalitetsforebyggende arbeidet blant barn og unge.

SLT modellen er nærmere beskrevet i politirølemeldingen (boks 12.1).⁴

SLT-modellen er også løftet frem i andre og senere dokumenter. Det vises blant annet til Stortingsmelding nr. 31 (2002–2003) Storbymeldingen og St.prp. nr. 1 (2007–2008) punkt 4.1.1.⁵

Politihøgskolen gjennomførte i 2008 på oppdrag fra Det kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD) en evaluering av SLT-modellen. Samarbeidsmodellens styrke ble oppsummert slik:

«SLT-modellens styrke er at den gir mulighet til å avhjelpe økende fragmentering som preger offentlige tjenester. Samtidig bidrar den til å opprettholde et sivilt preget politi som virker i samspill med publikum og er integrert i lokalsamfunnet. Gjennom modellens muligheter til å ansvarliggjøre kommune og fylkeskommune på det kriminalitetsforebyggende feltet, har den et potensiale til å bidra til å styrke det sivile samfunnsengasjementet, oppfordre til egenaktivitet og redusere kriminalisering av ungdomsproblemer. Samordningens mål er at aktører som er best egnet, gis muligheter til å gjøre noe med årsaker til problemet.»⁶

4. St.meld. nr. 42 (2004-2005) Politiets rolle og oppgaver, s. 90

5. St.prp. nr. 1 (2007-2008); St.meld. nr. 31 (2002-2003) Storbymeldingen. Om utvikling av storbypolitikk, s. 133

6. Gundhus, Egge, Strype, & Myhrer, 2008, s. 202-203

Boks 12.1 SLT-modellen

«Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak (SLT), er en modell for å samordne det kriminalitetsforebyggende arbeidet blant barn og unge. Målet er å få mer ut av allerede igangsatte tiltak ved at forskjellige aktører støtter og utfyller hverandres arbeid. Skal samordningsmodellen få den forebyggende effekt den er tiltenkt, så kreves det aktiv deltakelse fra politidistriktene, og politiet bør være representert med lokal politileder. Politiet skal bidra til at modellen etableres og videreutvikles i kommunene.

Politidistriktenes deltakelse er viktig av flere grunner. For det første kan politiet gjennom sitt analyse- og registreringsverktøy, sine observasjoner og sine kontakter i barne- og ungdomsmiljøene både avdekke uheldige miljøer som er under utvikling og skaffe oversikt over den registrerte barne- og ungdomskriminaliteten. Ut fra den samlede informasjonen kan politiet og kommunen i fellesskap analysere barne- og ungdomsmiljøene, og sette inn tiltak.

For det andre er politiets deltakelse viktig fordi nyrekruttering til en kriminell livsstil fremfor alt skjer i unge år, og gjerne før den kriminelle lavaldet. Forskning viser at barn som allerede tidlig har alvorlige atferds-, konsentrasjons- og rusmiddelproblemer løper økt risiko for senere kriminell utvikling. Hovedtilnærmingen her vil være personorientert forebygging hvor målet er å gripe inn i årsaksforhold som antas å lede fram til negativ atferd. Politiets rolle blir primært å gjøre de andre deltakerne oppmerksom på unge med slik atferd, skrive gode situasjonsrapporter og ha en pådriverrolle for å bidra til at disse får nødvendig oppfølging av kommunen. Særlig viktig er det at politiet ivaretar opplysningsplikten i forhold til barnevernet, men også underrettingsplikten til skole- og sosialmyndighet som følger av politiinstruksens § 15–1 siste punktum er viktig.»

SLT-modellen har vært anvendt i arbeidet med målgruppen barn og unge, og det er herfra erfaringene er hentet. Intensjonene i modellen og formen vil imidlertid kunne overføres til tverrfaglig samarbeid i andre sammenhenger, for eksempel mellom profesjoner og etater for å hjelpe personer med alvorlig psykisk lidelse.

12.1.2.2 Politiråd

De første politirådene ble etablert i 2007. De bygger langt på vei på erfaringene med SLT-modellens styringsgrupper, med ansvarliggjøring av kommunale etater og private aktører sammen med politiet. En forskjell er at politirådene har ansvar for innsatsen for alle innbyggere, uavhengig av alder, mens SLT har rettet oppmerksomheten mot barn og unge. Men den felles hovedtanken er at om det skal lykkes å redusere kriminaliteten, må samarbeidet styres og samordnes.

Politiråd er også omtalt i Politidirektoratets rapport «Politiets rolle mot 2020»:

«Det pågår i dag et utstrakt samvirke mellom offentlige myndigheter og private aktører. Globalisering, markedsutvikling, økt mobilitet, medias rolle og andre generelle trekk ved samfunnsutviklingen, gjør det rimelig å anta at samhandling mellom politi og andre vil øke fram mot 2020. Aktører som påvirker politiets arbeid er blant annet kommuner, en rekke etater og bransjer, og det sivile samfunn, herunder frivillige organisasjoner. Langsiktig samarbeid mellom politi og kommune for å samordne lokale kriminalitetsforebyggende tiltak, påvirker politiet på andre måter enn samarbeid for å løse akutte hendelser. Likedan er andre kontrolltaters avdekking av lovbrudd eksempel på samhandling som virker inn på politiets arbeidsmetoder.

Årsaker til kriminalitet og utrygghet er kompliserte og sammensatte og må møtes gjennom samordnet innsats fra flere aktører. Politiet verken kan, eller har kompetanse til å forebygge og bekjempe kriminaliteten alene, og i mange tilfeller vil andre aktører ha bedre forutsetninger for å løse oppgavene. Samarbeid om de gode løsningene i kriminalitetsbekjempelsen er ressurskrevende. For å oppnå gode resultater er forpliktende samarbeid mellom statlige, kommunale og private aktører nødvendig. Politiets rolle som premissleverandør og rådgiver bør vektlegges i sterkere grad. Som en viktig del av dette er samarbeidet mellom politi og kommunale myndigheter styrket bl.a. ved opprettelse av såkalte politiråd.»⁷

12.1.2.3 Lokal forankring

Politidirektoratet har i rapporten «Politiets rolle mot 2020» beskrevet utviklingen av politiet i Norge:

«Politiet skal være lokalt forankret for å sikre befolkningen god tilgjengelighet til polititjenester, god oversikt over lokale utfordringer og godt samarbeid med befolkningen og lokale aktører, jf. St.meld. nr. 42 (2004–2005). Politiets trygghetsskapende arbeid, SLT-samarbeid og politiråd, er sentrale elementer i det lokalt forankrede politi. Med utgangspunkt i kunnskapsbasert virksomhet skal politiet i nært samarbeid med andre lokale aktører forebygge og redusere kriminalitet, og arbeide for å opprettholde publikums følelse av trygghet. I dette ligger det en erkjennelse av at kun gjennom god kunnskap om bakenforliggende lokale årsaker til kriminalitet og utrygghet, og gjennom et godt utviklet lokalt samarbeid, er det mulig å forebygge kriminalitet og øke publikums trygghet.»⁸

12.1.2.4 Eksempel på samarbeidsnettverk i Oslo

Oslo hadde i perioden februar 2004-mai 2007 et uformelt samarbeidsnettverk mellom psykisk helsevern i hovedstadsområdet og Oslo politidistrikt. For en nærmere redegjørelse om dette arbeidet vises det til Samarbeidsnettverkets brev av 18. mai 2007 og oppsummering av tre års drift, jf. vedlegg nr. 8 og 9.

Visepolitimester Roger Andresen, Oslo politidistrikt, tok opp hansken som ble kastet fra det uformelle nettverket. Han inviterte ledelsen ved de fem helseforetakenes psykiatriske divisjoner til første møte. Datoen var 4. juni 2008, og møtet ble avholdt på politihuset i Grønlandsleiret 44 i Oslo.

Møtet ble besluttet etablert som en videreføring av det uformelle nettverkets arbeid, med 2 møter per år. Imellom etatene ble det etablert rutiner og kontaktpunkter for å ta opp konkrete enkeltsaker direkte ved behov. Videre ble det etablert regelmessige kontaktmøter på utførende nivå mellom de åtte DPS-ene og operasjonssentralen sammen med lokal politistasjon. Det er også vedtatt praktiske samarbeidsavtaler flere steder i organisasjonen.

Ved siste møte i oktober 2009 ble primærhelse-tjenesten og Oslo kommune formelt koblet til nettverket ved Byråd for velferd og sosiale tjenester. Direktørene for hhv. Oslo kommunes rusmiddele-

7. Politidirektoratet, 2008, s. 21

8. Politidirektoratet, 2008, s. 23

tat og Oslo kommunale legevakt møter og representerer kommunen.

12.1.2.5 Intern organisering/koordinering av feltet i Oslo politidistrikt (OPD)

Helsevesenet består av flere enheter som det kan være krevende å forholde seg til. Å finne rett kontaktpunkt for spesifikke behov er ikke alltid like enkelt. På samme måte kan helsevesenet oppleve OPD som en uoversiktlig organisasjon. Det har derfor vært en overordnet målsetning for OPD å organisere arbeidet med psykisk syke så rasjonelt og effektivt som mulig. OPD ønsker å fremstå som «ett politi» og tilrettelegge for at helsevesenet enkelt skal kunne få den hjelpen det har behov for.

Politimesteren innførte en egen instruks i 2008 for «Håndtering av psykisk syke personer, bistandsplikt til helsevesenet og koordinering av slik aktivitet i distriktet». I formålet står det:

«Formålet med instruksjonen er å følge opp anbefalingen i Rundskriv 11 /2006 ved etablering og videreutvikling av lokale rutiner, og styring av samarbeidet mellom etatene. Videre å sette OPD som organisasjon og offentlig etat, best mulig i stand til å møte denne klientgruppen på en inkluderende måte ved forståelse og hjelpsomhet til samfunnets og det enkelte individs beste.»

For å koordinere denne aktiviteten internt er det etablert et internt fagforum – «psykiatriforum» – hvor de driftsenhetene i politidistriktet som har «sykdom, psykiatri» innenfor sitt ansvarsområde, er representert. Det avholdes fra ett til tre møter per år hvor representantene oppdaterer hverandre om aktiviteter, utfordringer, erfaringer og planer. Målet er å bli tydelige og forutsigbare både internt og overfor helsetjenesten.

12.1.3 Noen aktuelle problemstillinger

Som det fremgår ovenfor, er det tatt i bruk ulike modeller for tverretattlig samarbeid. Det er imidlertid en rekke utfordringer som gjenstår.

Utfordringen for ansvarlige myndigheter ligger i å møte personer som har et hjelpebehov på en bedre måte og i å mestre de mest dramatiske situasjonene. Ett av virkemidlene vil være å få til et konstruktivt velfungerende samarbeid mellom de ansvarlige og mest relevante aktørene.

Det er særlig to forhold som er blitt trukket frem i diskusjonene. Det ene er at politiet i flere tilfeller er den etaten som får første kontakt med personer med atferdsavvik, og som kan ha behov for

psykisk helsehjelp. Det andre er at politiet ikke har kompetanse og materiell til alene å håndtere personer med alvorlig psykisk lidelse. Mange syke og deres pårørende opplever politiets håndtering som overgrep, ikke nødvendigvis fordi polititjenestepersonene gjør noe galt, men snarere fordi de ikke har den rette faglige bakgrunn og de rette virkemidler til disposisjon.

12.1.3.1 Melding fra politiet til psykisk helsetjeneste om observasjoner som kan tyde på at personer har hjelpebehov fra psykisk helsetjeneste

Fordi politiet som nevnt ofte kommer først i kontakt med personer med psykisk hjelpebehov, er det i mange tilfeller politiet som bringer den syke med seg til helsetjenesten for vurdering av tilstanden. Det er ikke i alle tilfeller grunnlag for å bringe personen til akuttmottak, og da oppstår spørsmålet om politiet likevel bør melde fra om sine observasjoner til helsetjenesten. Her foreligger det ikke faste rutiner for oppfølging.

Til sammenligning har politiet plikt til å varsle barnevernet når det er mistanke om omsorgssvikt, og politiet har i slike tilfeller faste rutiner for å sende bekymringsmeldinger.

Andre behov/muligheter for informasjon fra politiet til psykisk helsevesen vil være i forbindelse med vurdering av risiko for voldelig atferd. Politiet sitter ofte med mye informasjon om risikofaktorer for vold, og dette vil kunne gi helsepersonell et bedre grunnlag for sine vurderinger. Det vises her til rapportens kapittel 9 om risikovurderinger.

12.1.3.2 Politiets kompetanse til å ta seg av personer med psykisk lidelse

Som nevnt har politiet mangelfull kompetanse til å håndtere psykisk syke på egen hånd.

En FOU-rapport om «Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon», skrevet av høyskolelektor Karen Louise Pedersen, har berørt dette temaet.⁹ I denne stu-

Boks 12.2 Uttalelse fra pårørende til gjerningsperson – utvalgets intervjuundersøkelse

«Ambulansepersonellet hadde roet ham og satt i sofaen og prata med ham. Plutselig så kom politiet. De bare buser inn og da ble han helt hysterisk.»

dien formidlet pårørende sine opplevelser av politiassistert tvang i forbindelse med innleggelse i psykisk helsevern. Deres erfaringer ble formidlet gjennom anonyme skriftlige fortellinger, som ble analysert etter hermeneutisk metode. Pårørende fortalte at politiassistert tvang opplevdes som en stor tilleggsbelastning i en situasjon som fra før var meget vanskelig å håndtere for familien. Det var stigmatiserende når politiet møtte uniformert, og det opplevdes som krenkende at syke mennesker ble påført håndjern i slike sammenhenger. Den syke ble kriminalisert, og familien kjente seg krenket. I andre fortellinger kom det frem at pårørende opplevde politiet som «de gode helperne», og det ble også fortalt at helsevesenet i det vesentlige ikke ga støtte og oppfølging. Familien opplevde at de måtte håndtere sine kriser selv. Majoriteten av informantene mente at polititvang var blitt brukt fordi pårørende ikke ble hørt eller trodd av helsevesenet når de ba om hjelp til den syke. Politiassistert tvang ble også beskrevet som en konsekvens av svingdørsproblematikken. Mange av informantene mente at helsevesenet overlot til politiet å ta oppgaven med å bringe den syke til legevurdering.

En av de pårørende vurderte sine erfaringer med politiassistert tvang slik:

«Jeg ser ingen grunn til å bebreide politiet, men jeg bebreider norsk helsevesen og spesielt psykiatrien, som har akseptert å administrere slike krenkelser av sine egne pasienter.»

Noen mente at en tvangsinnleggelse med politi hadde funnet sted fordi helsevesenet hadde måttet gi tapt i sitt forsøk på frivillighet. Uansett om pårørende så politiassistert tvang som nødvendig eller ikke, var smerten i møtet med den sykes lidelse fellesnevneren for de opplevelser som ble formidlet.

12.1.3.3 Begrensninger i eksisterende IKT-løsninger

En problemstilling som ofte har vært berørt er politietats eksisterende IKT-løsninger. Det har blant annet vært trukket frem at datasystemene ikke er tilrettelagt for informasjonsutveksling mellom systemene, og at systemene gir begrenset mulighet for analysearbeid.

I Politidirektoratets bemanningsrapport, i avsnittet «IKT-utviklingen og dens betydning for tjenesteproduksjonen i politiet», er det gitt en nærmere beskrivelse av de ulike utfordringer som er knyttet til etatens IKT-system.¹⁰

9. Pedersen, 2006

10. Politidirektoratet, 2008, s. 40

12.2 Spørreundersøkelse

12.2.1 Innledning

I de senere årene har politiets arbeid med personer med psykisk lidelse ved flere anledninger vært omtalt i mediene. Overskriftene forteller at politiet bruker mye ressurser på denne typen oppdrag, og det reises tvil om helsevesenet har kapasitet og evne til å ta sitt ansvar for denne målgruppen. Det dreier seg om syke mennesker, og dermed er det helsevesenets ansvar, slås det gjerne fast.

Utvalget ønsket kunnskapsbasert viten om omfanget av politiets aktivitet for personer med psykisk lidelse, og i den anledning gjennomførte politioverbetjent Arne Erik Hennum ved Oslo politidistrikt en spørreundersøkelse i januar/februar 2010.

For å fremskaffe en oversikt over status og faktisk nivå på politiets aktivitet på dette området, ble det sendt spørsmålsskjemaer til alle landets 27 politidistrikter, Sysselmannen på Svalbard og noen utvalgte særorganer. Følgende særorganer fikk forespørselen: KRIPOS, Utrykningspolitiet (UP), Politiets utlendingsenhet (PU) og Politiets sikkerhetstjeneste ved Den Sentrale Enhet (PST-DSE). I alt ble spørsmålene sendt til 32 enheter, senere benevnt som respondenter.

Av totalt 32 forespurte politidistrikter/særorganer kom det svar fra 28. Fire politidistrikter besvarte ikke spørsmålene, KRIPOS meddelte at spørsmålene ikke var relevante da de ikke hadde egen saksportefølje. De resterende 27 svarte på spørreundersøkelsen, som ble sendt ut 27. januar 2010. Spørsmålene ble bare formidlet elektronisk til e-postmottakene med frist for svar 15. februar. Alle svarte ikke på alle spørsmål, og i sammendragene nedenfor refereres det antallet respondenter som har besvart hvert spørsmål.

Det er i tillegg gjennomført en dataanalyse basert på politiets vaktjournal eller politioperativt system (PO) og registrerte hendelser/oppdrag hvor forholdets art har vært kodet som: «Råd og bistand» (nivå 1), «sykdom, psykiatri» (nivå 2), jf. vedlegg 6.

12.2.2 Spørsmålene

Respondentene ble bedt om å vurdere og å angi hvorvidt PO-registeret gir et dekkende bilde av politidistriktene og/eller særorganenes aktivitet på området. I tillegg ble respondentene bedt om å gi innspill på hvordan samarbeidet mellom politi og psykisk helsetjeneste faktisk ser ut formelt og uformelt i det enkelte politidistrikt.

Følgende spørsmål inngikk i undersøkelsen:

- 1 *Gir PO-systemet en fullstendig oversikt over distriktets/særorganets aktiviteter knyttet til psykiatri (hendelser/oppdrag) som behandles i politidistriktet?*
- 1b *Hvis nei, redegjør kort for aktiviteter (antall/type) som ikke fremkommer i PO-systemet, hvor dette alternativt registreres, og hvorfor PO da ikke kan benyttes.*
- 1c *Gi en kort oppsummering av karakteristiske kjennetegn ved psykiatrioppdragene i distriktet/særorganet.*
- 1d *Dersom det er mulig, kan dere angi hvor mye ressurser som brukes til denne typen aktiviteter i distriktet/særorganet (dagsverk, månedsverk, årsverk) pr. år?*
- 2 *Er det etablert formelle samarbeidsfora mellom politidistriktet/særorganet og psykisk helsetjeneste?*
- 2b *Hvis ja, beskriv kort formålet med hvert enkelt forum og på hvilke nivå i organisasjonen det ligger på (politimesternivå, mellomledernivå eller utførende nivå).*
- 2c *Beskriv kort eventuelle uformelle samarbeidsfora og hvordan disse fungerer.*
- 3 *Beskriv kort politidistriktets/særorganets utfordringer og erfaringer ved håndtering av personer i psykisk ubalanse og/eller kombinert med rus.*
- 4 *Beskriv kort politidistriktets/særorganets erfaringer med samarbeidet med psykisk helsetjeneste.*
- 5 *Angi til slutt forhold (inntil 3) på dette området med størst forbedringspotensial, evt. hvordan forbedringene kan/bør implementeres i politiet.*

Brevet til politidistriktene/særorganene finnes som vedlegg 7.

12.2.3 Sammendrag av svarene på spørsmålene

1 Gir PO-systemet en fullstendig oversikt over distriktets/særorganets aktiviteter knyttet til psykiatri (hendelser/oppdrag) som behandles i politidistriktet?

27 av respondentene besvarte spørsmålene 1, 1b, 1c og 1d.

Tabell 12.1

Gir PO en fullstendig oversikt over aktiviteter knyttet til «psykiatri» i distriktet?	Ja 18	Nei 9
---	-------	-------

1b Hvis nei, redegjør kort for aktiviteter (antall/type) som ikke fremkommer i PO-systemet, hvor dette alternativt registreres, og hvorfor PO da ikke kan benyttes.

Ni av respondentene svarte at PO ikke gir en fullstendig oversikt over politidistriktet/særorganets aktiviteter. Disse forklarer hvorfor de mener det er slik innen deres distrikt/ansvarsområde.

Det ble anført at man ikke kunne være helt sikker på at forholdets art «sykdom, psykiatri» alltid blir knyttet til oppdraget dersom oppdraget også inneholder andre elementer og innledningsvis loggføres under et annet forhold.

Det ble også vist til at man har en rekke telefoner inn til operasjonssentralene hvor innringerne faller i kategorien «sykdom, psykiatri». Flere av disse henvendelsene blir løst med en lang telefon-samtale, og når det ikke blir iverksatt noe tiltak utover samtalen, loggføres ikke det i PO.

En tredje anførsel var at det er en del møteaktivitet og oppfølging av enkeltsaker med psykisk helsetjeneste som heller ikke blir registrert i PO. Dette fremkommer eventuelt av møtereferater og lignende. Pasienter som har forsvunnet fra behandlingsinstitusjon, gis ved enkelte politidistrikter en egen kode «savnet fra institusjon» eller «til info» under «Undersøkelsessaker» i PO og vil heller ikke fremkomme ved søk på «sykdom, psykiatri».

Til slutt vil det være spesielle behov som gjør at PO ikke fanger all aktivitet på området. Dette gjelder for eksempel PST, som jobber forebyggende og hvor helseopplysningene som innhentes, ofte er sensitive og av en slik art at det ikke kvalifiserer for registrering i PO. PST fører alle aktiviteter i eget etterretningssystem, som er underlagt kontroll og inspeksjon av EOS-utvalget. Herunder må alle opplysninger som føres i systemet, tilfredsstillende speifikk krav for registrering.

1c Gi en kort oppsummering av karakteristiske kjennetegn ved psykiatrioppdragene i distriktet/særorganet.

Respondentene ga uttrykk for at etter at Politidirektoratets og Helsedirektoratets fellesrundskriv kom i 2006, har politiet blitt mye mer bevisst på at oppfølging og ivaretagelse av psykisk syke personer er en helsesak.¹¹ Politiet forsøker i større grad å trekke psykisk helsevern med i håndteringen av denne typen saker.

Politidistriktenes uttalelser indikerte at:

11. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006

- denne typen oppdrag skjer oftere og oftere
- det enkelte oppdrag tar lang tid
- mangel på behandlingsplasser ender ofte med lange transporter med politiets bistand
- oppdrag knyttet til psykisk lidelse er ressurskrevende for politiets innsatsressurser

Ifølge uttalelsene var karakteristiske kjennetegn ved oppdrag i denne kategorien («sykdom, psykiatri»):

- Bistandsanmodninger/forespørsler – skriftlig og muntlig fra helsevesenet
- Bistå leger på adresser hvor de skal undersøke/hente pasienter med historikk på vold eller som er ustabile
- Transport av utagerende/voldelige personer – ofte over lange avstander til akuttsteder i institusjon
- Henting for fremstilling for lege, innleggelse
- Tvangsmedisinering
- Vaktthold ved somatisk sykehus/psykiatrisk avdeling
- Bistand til åpning av dører/gi tilgang
- Rømning/saknet/ikke vendt tilbake fra permisjon fra institusjon
- Bekymringsmeldinger fra pårørende, venner og andre

Venner og pårørende, men også helsetjenesten, ringer inn bekymringsmeldinger til politiet. Det kan være fremsatte trusler og ønsker om å undersøke en konkret persons tilstand. De er bekymret på bakgrunn av en sms, tlf., internett (facebook eller lignende), eller brev fra «syk» person. Det kan også være meldinger fra publikum som observerer forvirrede personer. Disse bekymringsmeldingene er ofte relatert til rusmiddelmisbruk.

Hendelser og oppdrag av generell karakter hvor politiet også møter mentalt ustabile og psykisk syke personer:

- Ordensforstyrrelse/rus som ender med politi-arrest
- Ordensforstyrrelser på offentlig eller privat sted («husbråk»)
- Person ute av stand til å ta vare på seg selv
- Tyveri av tabletter og lignende fra personer med psykisk lidelse
- Suicidale personer
- Utagerende opptreden, gjerne i kombinasjon med rus
- Skadeverk («går berserk»)
- Trusler og voldsutøvelse, bruk av våpen (herunder også drap)

Den mest alvorlige typen oppdrag er den hvor en ustabil person bruker våpen eller truer med våpen. Her vurderes hvert enkelt tilfelle for seg. Gjennomgangen av oppdragene i PO viste at politiet har vært bevæpnet i 1223 av disse oppdragene i perioden 2005–2009, noe som indikerer alvorlighetsgraden slik politiet vurderer den.

Politiet mottar også telefoner fra personer som fremstår som psykisk ustabile og som ønsker hjelp. De kan oppføre seg truende og fortelle om våpenbruk eller fremsette trusler. Dette innebærer ofte ikke realitet. Disse våpnene er ofte fiktive eller ikke funksjonelle. Situasjonen må derimot behandles som om det var reelle våpen inntil dette kan avkreftes.

Oppdragene som er beskrevet her, er av en slik type at det nærmest er umulig for politiet å unnlate å bistå. Det er personer som kan befinne seg i en akutt fare og/eller oppleves å være til fare for andre mennesker, også for helsepersonell.

Enkelte ganger opplever politiet at de blir brukt av helsevesenet ene og alene fordi de har døgnåpent og de har bil til disposisjon.

PST beskriver sitt ansvar og behov i tilknytning til psykisk helsetjeneste og psykiske lidelser slik:

«PST har et sterkt fokus på det forebyggende arbeidet slik at psykiatrioppdragene skiller seg vesentlig fra det ordinære politiets psykiatrioppdrag. Til for eksempel framstilling på DPS eller legevakt får man bistand fra det ordinære politi der dette er nødvendig.

Slik PST ofte jobber innen fagfeltet kan det dreie seg om en framsatt trussel. Det være seg at trusselen framsettes direkte, indirekte, verbalt eller skriftlig. Trusselutøveren identifiseres og man starter informasjonsinnhenting rundt vedkommende. Dette innebærer svært ofte kontakt med Helsevesenet og psykisk helsevern.

I Norge har man hatt svært få tilfeller av fysiske angrep mot myndighetspersoner, derimot registreres en rekke trusler. I tilfeller der trusler er framsatt og man vurderer det hensiktsmessig å reagere på bakgrunn av en vurdering av intensjon og kapasitet kan mulige tiltak (kjennetegn ved psykiatrioppdragene) være;

å foreta en forebyggende samtale med personen

å rette en bekymringsmelding til bydelsoverlegen eller kommunelegen vedrørende tvungen psykiatrisk undersøkelse ved DPS eller legevakt

i svært alvorlige tilfeller be om bistand fra det ordinære politi vedrørende akutt fremstilling for psykiatrien

å ha kontakt med primærlegen og/eller annen behandlende institusjon (i enkelte saker over svært lang tid)»

1d Dersom det er mulig, kan dere angi hvor mye ressurser som brukes til denne typen aktiviteter i distriktet/særorganet (dagsverk, månedsverk, årsverk) pr. år?

Det er i det alt vesentlige politipersonell i ordens-tjenesten som benyttes til oppdrag i kategorien «sykdom, psykiatri» i politiet. Dette er en etter-spurt innsatsressurs, som det er knapphet på i dag. Innsatsressursene har primærfokus på de løpende prioriterte akutte hendelsene i politidistriktet og utgjør den viktigste beredskapsressursen i distrik-tet. Når disse ressursene disponeres til tidkre-vende «sykdom, psykiatri»-oppdrag, vil det kunne bidra til å svekke beredskapen og distriktets evne til å håndtere de hendelsesstyrte politioppdragene. Når det gjelder konkret ressursforbruk til denne typen aktiviteter i politidistriktene, se vedlegg 6.

2 Er det etablert formelle samarbeidsfora mellom politidistriktet/særorganet og psykisk helsetjeneste?

27 av respondentene besvarte spørsmålene 2, 2b og 2c.

Av de 27 som har besvart, uttalte 19 at de hadde etablert faste samarbeidsfora, mens 7 oppga at de ikke hadde noen slike faste ordninger. Årsaken til at det ikke var etablert noe formelt samarbeid, kan ikke være at det ikke forekommer slike saker i disse distriktene. Ved en gjennomgang i PO viser det seg at det i disse 7 politidistriktene er registrert 22 337 oppdrag i kategorien «sykdom, psykiatri» i perioden 2005–2009.

Blant dem som hadde etablert faste fora, varierte møtefrekvensen fra kvartalsvise/halvårlige til årlige møter. Andre uttalte at de hadde møter etter behov. Disse møtene involverte ledelse på høyt nivå (politimester/visepolitimester og direktør) og mellomledere. En del hadde i tillegg møter etter behov på utførende nivå – saksrelatert.

Av de 7 respondentene som ikke hadde eta-blert faste fora, oppga tre at de ikke hadde samar-beidsmøter med psykisk helsevesen i det hele tatt, mens fem av dem oppga å ha møter etter behov. Møtene lå på utførende nivå, gjerne mellom politi-ets operasjonssentral, lensmannskontor og Akutt-medisinsk kommunikasjonssentral (AMK), lege-vakt, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) eller en sengepost/institusjon.

2b Hvis ja, beskriv kort formålet med hvert enkelt forum og på hvilke nivå i organisasjonen det ligger (politimesternivå, mellomledernivå eller utførende nivå)

Formålet med faste samarbeidsfora ble oppgitt å være:

- Drøfting av erfaringer i enkeltsaker – rydde bort misforståelser, forbedre samarbeidsruti-ner, avklare ansvarsfordelingen mellom eta-tene
- Drøfte løsninger i saker med vanskeligstilte barn og psykisk syke foreldre, inklusive barne-vernet og tilbakeføring av utskrevne pasienter til kommunen
- Hvordan håndtere målgruppen som «faller mellom to stoler» («gråsonepasienter»)
- Plattform for å tenke høyt sammen
- Behov for informasjon fra helsetjenesten om våpentillatelser, førerkort og lignende – vars-lingsplikt.
- Behov for å gi informasjon generelt – begge veier
- Styrke samarbeidet
- Etablere rutiner for håndtering av bistandsan-modninger
- Etterleve fellesrundskriv: Politidirektoratets rundskriv 2006/011/Helsedirektoratets rundskriv IS-15/2006¹²
- Følge opp lokale avtaler om konkrete samar-beidsformer og –rutiner
- Sikre saker til rett adressat i begge etater

Møtene ble avholdt på politimester- og direktør-nivå, mellomledernivå og utførende nivå, litt avhengig av om det dreide seg om en akutt sak som krevde umiddelbare tiltak, eller en mer prinsi-piell sak.

Erfaringene med slike fora var positive og opplevdes å bidra sterkt til å forbedre relasjonene mel-lom etatene på alle nivåer og til å løse problemer, avklare misforståelser og utvikle felles rutiner og prosedyrer.

2c Beskriv kort eventuelle uformelle samarbeidsfora og hvordan disse fungerer.

Dette beskrives som sporadiske møter ved kon-krete behov og/eller møter i konkrete saker gjerne på utførende nivå, men også på ledernivå, der det er behov for raske avklaringer. Dette kan være behov for bistand ved tvangsinnleggelse, til transport, ved skjult vakt på legekontor, ved for-

12. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006

ventninger om vold fra pasient, skaffe helsetjenesten adgang til hus/rom tilhørende en pasient, ved vold og/eller skadeverk på institusjon og ved rømning/forsvinning fra institusjon.

Tilbakemeldingene viste at de uformelle foraene i stor grad hadde de samme formålene som de fastere foraene. Forskjellen var at de uformelle samarbeidsforaene bar mer preg av å være ad hoc-møter og manglet det langsiktige perspektivet på samarbeid og relasjonsbygging over tid.

Flere politidistrikter ga generelt uttrykk for at de opplevde taushetsplikten som hemmende eller begrensende for kvaliteten på samarbeidet uansett form.

Politiets Sikkerhetstjeneste (PST) ved Den Sentrale Enheten (DSE) har ikke noe særskilt uformelt samarbeidsforum med helsevesenet. Samarbeidsform beror på sakstype og institusjon i helsevesenet, herunder om kontakten er av ren informativ karakter ved et engangstilfelle for å kartlegge intensjon og kapasitet hos en trusselutøver eller om kontakten er av mer varig karakter. Bestemmelser om taushetsplikt legges til grunn for all kommunikasjon.

PSTs rolle og oppgave krever kontakt/samarbeid med psykisk helsevesen i forebyggende sammenheng. PST har derfor som mål å etablere et fast samarbeidsforum med helsevesenet. Det er gjort forsøk, særlig på lokalt nivå i distriktene, på å etablere formelle samarbeidsfora, men det har ikke lyktes.

3 Beskriv kort politidistriktets/særorganets utfordringer og erfaringer ved håndtering av personer i psykisk ubalanse og/eller kombinert med påvirkning av rus.

27 av respondentene besvarte spørsmål nr. 3.

Fra de totalt 27 svarene som kom inn, ble erfaringer og utfordringer kategorisert i temaer. Temaene er listet opp i rekkefølge basert på hvor mange respondenter som har pekt på det aktuelle temaet, slik at de første temaene har fått flest «stemmer». Til hvert punkt er det referert noen av de konkrete innspillene og situasjonsbeskrivelsene fra respondentene for å belyse temaet.

Binder opp politiressurser unødvendig – totalt 17

Geografisk avstand til aktuelt helsetilbud/helseinstitusjon kan være lang, og det kreves mye tid for å gjennomføre en transport. For eksempel måtte politiet ved ett tilfelle først ha vakt over personen på en lokal institusjon/legevakt før de måtte led-sage vedkommende til aktuelt helseforetak i ambu-

lansefly. Bare i denne operasjonen var to tjenestemenn fraværende fra politidistriktet i 14 timer. Kostnadene ble i dette tilfellet refunderte av helsevesenet.

Til tross for refusjonen vil det likevel være en belastning for politiet. Ressursene som blir benyttet til denne typen oppgaver, er gjerne en såkalt innsatsressurs som er en knapphetsressurs i politidistriktene. Dette er en ressurs som skal dekke de løpende prioriterte oppdragene i distriktet, og utgjør en vesentlig del av politiberedskapen, som da vil svekkes i tilfeller hvor de bindes til et slikt oppdrag i 14 timer som beskrevet ovenfor.

I mange tilfeller måtte politidistriktene dekke mye av bistandsoppgavene til det psykiske helsevernet ved å bruke overtid.

Manglende helsetilbud /-kapasitet i helsevesenet – totalt 16

Respondentene ga uttrykk for at de erkjenner sin del av ansvaret for håndtering av denne typen oppgaver i samfunnet. De gir imidlertid uttrykk for at belastningen på politiressursene er større enn nødvendig. Dette begrunnes med at personer med psykisk lidelse ikke får det helsetilbudet de har behov for. De psykisk syke fungerer derfor dårlig i samfunnet og pådrar seg oppmerksomhet som krever at politiet må ta hånd om dem. Med en bedre oppfølging av denne gruppen fra det psykiske helsevernet ville belastningen på samfunnets og politiets ressurser vært redusert.

Helsevesenets evne til å ta sin andel av ansvaret for psykisk syke bør styrkes mener politidistriktene.

Blandingsdiagnoser rus/andre psykiske lidelser – totalt 11

Det ble vist til at politiet har kontakt med svært mange personer med rusmiddelavhengighet som også har andre psykiske problemer. Respondentene ga uttrykk for at helsetjenesten vegret seg i de aller fleste tilfeller når psykisk syke personer også er ruset.

Respondentene opplever at helsevesenet skylder på manglende kapasitet/bemanning/lokaliteter når de avviser rusede personer. Helseinstitusjonene ønsket eventuelt politivakthold når rusede og/eller utagerende personer var innlagt.

I mange tilfeller ble resultatet at legen vurderte det som riktig og forsvarlig at personer med blandingsdiagnoser psykisk helse/rus først ble tatt med til politiarrest for avrusning for deretter å vurdere eventuell innleggelse når personene var edru.

Det ble anført at ofte var ikke sykdomstegnene, for eksempel hos en suicidal, like klare i edru tilstand. Dette vurderes i hvert enkelt tilfelle basert på historikk og forholdene for øvrig. Videre ble det anført at ofte var det vanskelig å vurdere om det er rusen eller den psykiske ubalansen som er hovedproblemet.

Kompetanse/opplæring/utstyr – totalt 10

Respondentene mente politiet mangler kompetanse og utstyr til å håndtere psykisk syke generelt. Det ble vist til at politiet primært er forberedt på å håndtere arrestanter og generelle og spesielle politioppgaver og har kompetanse/opplæring/utstyr tilpasset det behovet. Bistandsoppdrag til psykisk helsevern er basert på at ansatte i helsevesenet tar ansvaret for den sykes behov ved gjennomføringen av bistanden.

Det ble anført at politiet fra tid til annen opplever ulike vurderinger og ulik praksis i samme type sak fra helsevesenets representanter. Helsevesenets direktiver og rutiner syntes ikke alltid å være like godt gjennomført. Det oppleves usikkerhet og til dels manglende kompetanse på legevakter hvor helsepersonell oppleves som utrygge i vurderinger av spørsmål knyttet til denne pasientgruppen.

Personer som er syke og som har psykososiale problemer, men som ikke er så syke at de kan tvangsinnlegges, kan oppleves som svært krevende å håndtere både for det psykiske helsevesenet og for politiet. Det ble vist til at politiet ofte har for liten og for dårlig kunnskap om psykiske lidelser.

Risiko for pasienten og eventuelt andre personer – totalt 7

Det ble opplyst at politiet mottar mange telefonhenvendelser fra personer som vurderes som suicidale. Det er vanskelig å vite om disse faktisk har intensjon om å ta sitt eget liv, eller om de bare ønsker kontakt og noen å snakke med. Politiet føler en forpliktelse til å følge opp vedkommende i forebyggende øyemed og bruker derfor ressurser på det. Det var et inntrykk av at en del personer ble utskrevet etter tvangsinnleggelse, ofte etter kort tid, men uten at det var etablert oppfølging som var god nok til å trygge borgere mot truende eller voldelig atferd.

Hjemmelsgrunnlag/ansvar – avklaringer – totalt 6

Det ble uttrykt bekymring for personer som fremsto som for syke til fengsel og for friske til tvangs-

behandling. Det ble stilt spørsmål ved hvordan samfunnet skal håndtere disse tilfellene. Det ble anført at dagens situasjon for denne gruppen ikke er akseptabel, hverken av hensyn til personen det gjelder, hans/hennes omgivelser og samfunnet generelt.

Svingdørspasienter – gjengangere – totalt 6

Det ble vist til at personer med rusrelaterte atferdsavvik ble utskrevet så snart de var avruset, selv om de ble ansett som farlige for seg selv og/eller andre. Respondentenes erfaringer var at det ofte er lange ventetider for å få institusjonsplass for avrusing og behandling. I denne ventetiden ble personene gjerne gjengangere hos politiet.

Praktisk samarbeid – totalt 5

Flere respondenter beskrev en felles utfordring for samfunnet og på tvers av etatene som ikke kan løses av den enkelte etat alene, men bare gjennom samarbeid med andre.

Organisering av samarbeidet blir viktig, herunder omforente rutiner og prosedyrer. Flere av politidistriktene har løst slike behov ved å signere konkrete samarbeidsavtaler med det psykiske helsevesenet i sitt distrikt og har rapportert om gode erfaringer med slike avtaler.

Faste kontaktpunkter i hver etat er et annet eksempel på forbedringer som noen politidistrikter har etablert. De som har fått til dette, benytter henholdsvis Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) som kontaktpunkt i helsevesenet og Operasjonssentralen i politiet.

Oppdrag som formidles via AMK, går stort sett greit, da sentralen har god kjennskap til hva som er politiets ansvar for psykisk syke, og hva som er helsevesenets ansvar. AMK har dessuten god oversikt over helsevesenets egne ressurser og har mulighet til å finne måter å løse oppdraget på uten bruk av politiets ressurser.

For øvrig vises det til spørsmål nr. 2 over om samarbeid etatene imellom.

Rømning- / savnetmeldinger – totalt 4

Rømninger fra institusjon skaper utfordringer i samarbeidet. Spesielt blir det krevende for politiet å vurdere oppdragets prioritet når opplysningene om pasienten eller omstendighetene rundt forsvinningen synes uklare. Det har vært tilfeller hvor institusjonen melder at pasienter som har frigang, er forsvunnet og samtidig hevder at det er meget

viktig at pasienten blir brakt tilbake for fortsatt behandling.

Politiets har også et ansvar – totalt 2

Vanlige oppdrag som politiet har ansvaret for å følge opp hvor psykisk syke er involvert, og ofte i kombinasjon med rus, er: utagerende oppførsel, trusler, skadeverk, vold og kriminalitet generelt, bekymringsmeldinger på telefon fra pasienter/pårørende/helsepersonell, transport ved tvangsinnleggelse, rømninger og/eller savnetmeldinger.

4 Beskriv kort politidistriktets/særorganets erfaringer med samarbeidet med psykisk helsetjeneste

27 av respondentene besvarte spørsmål nr. 4.

Svarene er grovt sammenfattet og fordelt på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er svært lite fornøyd og 5 er svært godt fornøyd. Se tabellen 12.2.

Respondentene peker på forhold i sine svar som er listet opp nedenfor. Forholdene er rangert etter hvor mange respondenter som har pekt på hvert enkelte forhold.

Utfordringer i samarbeidet – muligheter

1. Helsevesenet trenger bedre kjennskap til politiets rolle og ansvar generelt. Det vil være en viktig forutsetning for et konstruktivt samarbeid at etatene er godt kjent med hverandres muligheter og begrensninger slik at forventningene blir avstemt deretter. Dette vil gi bedre grunnlag for nødvendighetsvurderinger i forkant av bistandsanmodningene og med det en riktigere bruk av politiet som bistandsressurs.

totalt 10 svar

2. Politidistriktene opplever at noe helsepersonell som de kommer i kontakt med i forbindelse med psykisk helse, ikke kjenner til Politidirektoratets rundskriv 2006/011/Helsedirektoratets rundskriv IS-15/2006.¹³ På samme måte

peker de på et behov for en større grad av innsikt i lovverket på dette området.

totalt 8 svar

3. Noen politidistrikter peker på faste kontaktmøter og konkrete samarbeidsavtaler som viktige virkemidler for å utvikle samarbeidet mellom etatene. De som har etablert faste og mer forpliktende samarbeidsrutiner, har hatt positive erfaringer. Det gjør noe med klimaet og forståelsen etatene imellom når det finnes et forum hvor felles problemstillinger jevnlig kan tas opp og diskuteres.

totalt 8 svar

4. Politidistrikter opplever mangler i tilbudet fra psykisk helsevesen:
 - Mangelfullt tilbud til dem som ikke trenger tvangsinnleggelse, men som sliter med å fungere i samfunnet. Noen synes å ha behov for tilknytning til et kollektiv med kyndig helsepersonell for veiledning og oppfølging på døgnbasis. Timeavtaler på dagtid kan synes utilstrekkelig for denne typen behov, og mangler her kan føre til at de ringer politiet når helseetaten er stengt (kveld/natt/helg/helligdager), jf. vedlegg 6, figur 6.3 som viser tidslinje for behov/etterspørsel etter slike tjenester i politiet.
 - Helsevesenet mangler ofte ressurser til å gjennomføre tvangsvedtak, det vil si kompetanse, utstyr/kjøretøy og kapasitet til å utføre slike oppgaver uten bistand fra politi. I Helse Bergen har man forsøkt en ordning med ambulanseteam for psykisk helse («psykebil»).
 - For liten kapasitet på sikkerhetsavdelinger. Når det ikke er plass, vil politiet måtte bruke ressurser på vakthold i lukket/åpen avdeling.
5. Felles definisjoner og begrepsforståelse er viktig for å kommunisere konstruktivt etatene imellom. Flere politidistrikter opplever store forskjeller i forståelsen av begreper som vold, trusler, trussel-/risikovurdering. Det vil være nyttig med en opprydding i disse og andre til-

13. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006

Tabell 12.2

1	2	3	4	5	Vet ikke
Svært lite fornøyd	Lite fornøyd	Fornøyd	Godt fornøyd	Svært godt fornøyd	
0	3	8	10	4	2

svarende begreper.

totalt 7 svar

6. Helsevesenets taushetsplikt pekes på som en utfordring i samarbeidet. Det eksisterer omfattende reguleringer av taushetsplikten for helsepersonell, og noen av politidistriktene opplever usikkerhet blant helsepersonell om praktisering av reglene. Ofte får ikke politiet informasjon som man ønsker og trenger for å ivareta sine oppgaver.

totalt 5 svar

7. Politidistriktene som har etablert et fast kontaktpunkt inn til psykisk helsetjeneste, gir uttrykk for at dette fungerer veldig bra. De møter da helsepersonell som kjenner retningslinjene og politiets muligheter godt. Slike kontaktpunkter har også god oversikt over helsevesenets egne ressurser og kompetanse, som de kan trekke veksler på etter behov før politiet eventuelt kontaktes.

totalt 4 svar

8. Enkelte politidistrikter opplever å bruke mye tid på venterom sammen med pasienter i påvente av en vurdering/innleggelse. Politiet er ikke gitt noen prioritet i slike sammenhenger. Oslo er unntaket, hvor psykisk helsevern har satt en maksimumsventetid på 15 minutter for politiet. Noen politidistrikter registrerer at ansvarlig lege eller psykolog på sengeavdelingen overprøver legevaktas vurdering av pasienters behov for innleggelse, og avviser pasienten når politiet kommer.

totalt 4 svar

5 Angi til slutt forhold (inntil 3) på dette området med størst forbedringspotensial, evt. hvordan forbedringene kan/bør implementeres i politiet:

27 av respondentene besvarte spørsmål nr. 5.

Utveksling av informasjon – totalt 22

- Effektive informasjonssystemer i politiet etterlyses. Det vil være en hjelp å kunne utveksle informasjon på tvers av etatene også.
- Forbedret utveksling av informasjon om pasienter mellom helse og politi.
- Helsevesenet må varsle politiet ved utskriving fra helseinstitusjon.
- Risikovurdering – bedre behandling og vern for utsatte personer.
- Helseetaten må bli bedre til å gi en nøktern beskrivelse av «voldsutøvelsen» og trusselbildet for øvrig.

- Legers plikt til å varsle politiet ved psykisk sykdom og personlighetsendringer med betydning for lisens for våpen, førerkort og lignende.
- Etablering av faste formelle samarbeidsfora med helsetjenesten på overordnet og underordnet nivå – treparts samarbeid. Spørsmål om etablering av slike samarbeidsfora bør vurderes lovpålagt.
- Unngå at taushetsplikten hemmer gode praktiske løsninger til beste for alles interesser.
- Delta aktivt i den offentlige debatten, slik at politiets erfaringer blir formidlet og brukt til forbedringer og utvikling av samarbeid og rutiner. Politiets IKT-systemer må forbedres – heve datakvaliteten og bedre muligheten for automatiske oppslag og analyse av dataene

18 av respondentene har påpekt begrensede muligheter til å hente ut oversikt over ressursbruk i PO knyttet til «sykdom, psykiatri». Aktuelle systemer registrerer ikke informasjon om slike oppdrag.

De beskriver manglene som følger:

- Manglende mulighet for tidsregistrering, for å trekke ut ressursbruk, for å ta ut arbeidsmengdestatistikk og lignende. Det var i alt 16 av respondentene som påpekte dette.
- Datasystemene er ikke tilrettelagt for informasjonsutveksling mellom systemene.
- Et distrikt mener dette er ett av tre områder med størst forbedringspotensial og ønsker seg mulighet til å «*sile ut personer og sortere på roller*». De skriver videre:

«Informasjon internt i politiet er ikke god nok. Dette henger sammen med IKT-systemer som ikke er tilpasset. For eksempel bør kanskje resultatene i person-agent-søk (red.anm: ved søk på person i politiets registre) presenteres slik at det er lettere å oppfatte om vedkommende har vold, trusler eller våpen registrert på seg. I en hektisk hverdag og med mange agentsøk (red.anm:registeroppslag) kan det glippe. Det bør være en søkemotor som fanger opp alle registreringer. Hyppigere oppdateringer av adressedatabaser (GAB), sånn at rett adresse registreres og finnes raskt, og at de gir mer presise agentsvar.»

- Tilslutt gis det uttrykk for et behov for «*å forbedre datakvaliteten i PO*».
- PST har spesielle behov som ikke gjør PO anvendelig for deres behov, og beskriver det slik:

«PST jobber forebyggende og helseopplysningene som innhentes er ofte sensitive og av en slik art at det ikke kvalifiserer for registrering i

PO-systemet. PST fører alle aktiviteter i eget etterretningssystem som er underlagt kontroll og inspeksjon av EOS-utvalget. Herunder må alle opplysninger som føres i systemet tilfredsstillende spesifikk krav for registrering.»

Behandlingskapasiteten økes i helsevesenet og tilpasses behovet til pasient, pårørende, politi mv. – totalt 22

- Behandlingskapasiteten i psykisk helsevern må økes så syke mennesker kan få hjelp, også for rusproblemer.
- Døgnskuttet lavterskeltilbud/kontaktpunkter som er åpent i helger og på helligdager for mottak fra politiet bør sikres for å unngå unødvendig ventetid med uheldig bruk av politiets ressurser. Her bør de syke selv og pårørende kunne få hjelp.
- Dedikerte utrykningsteam – tverrfaglig/tverretattlig.
- Styrke akuttberedskapen innen helsevesenet slik at politiet i mindre grad må bruke ressurser til bistandsoppdrag. Viser her til ordningen med for eksempel akuttambulerende team i Bergen.
- Døgnbemannet kollektiv/opptreningsbolig for oppfølging av mennesker i psykisk ubalanse – hjelp til å fungere best mulig i samfunnet daglig – avlastning av pårørende. Forhindrer svingdørspasienter. Den ene dagen synes problemet å være løst ved å bringe pasienten til behandling, men dagen etter finner man personen i tilsvarende vanskelig situasjon igjen.

Avklare og rendyrke etatsansvar – utvikle praktiske samarbeidsrutiner og avtaler – totalt 19

- Rendyrke etatsansvaret og hjemmelsgrunnlaget – for psykisk syke som for somatisk syke – avklare muligheter og begrensninger – forebyggende fokus – felles forståelse.
- Samarbeidsavtaler som konkretiserer det praktiske samarbeidet om ønskelig.
- Utvikle prosedyrer for praktisk samarbeid – for eksempel ved savnet/rømning.
- Etablering av faste ensartede prosedyrer ved bistandsanmodninger, herunder nødvendighetsvurderinger.
- Etablere et fast kontaktpunkt for å bedre samarbeidet ved håndtering av personer i psykisk ubalanse som gjelder begge etater.

Opplæring og kunnskapsutvikling hos alle parter er et kontinuerlig behov – totalt 12

- Opplæring i helsevesenet – rundskrivet fra Helse- og politidirektoratet om ansvarsfordeling og politiets bistand til helsevesenet må gjøres kjent blant alle aktører, og da særlig hos primærhelsetjenesten – hvordan bruke og ikke misbruke politiets ressurser.
- Opplæring i politiet – politiet må bli mer bevisst på at psykisk syke personer i utgangspunktet har samme krav på å bli behandlet av helsepersonell som andre syke.

Vurdere behov for lovendringer – totalt 2

- Tette hjemmelshull for de personene som vurderes å være for friske til å tvangsbehandles og for syke til å straffes.
- Sikre utveksling av informasjon.

Svalbard er ikke tilrettelagt for å ivareta personer med psykisk lidelse og omfattende hjelpebehov – totalt 1

Politiet og helsevesenet på Svalbard er ikke dimensjonert til å håndtere mennesker med psykiske lidelser som har behov for langvarig og omfattende hjelp. I disse tilfellene må personen derfor sendes til fastlandet for behandling og oppfølging.

12.3 Erfaringene med veileder om samarbeid mellom helsetjeneste og politi

Det kom frem i spørreundersøkelsen at politidistriktene gjennomgående er svært fornøyd med at det kom en regulering av politiets ansvar for håndtering av «sykdom, psykiatri» og samarbeidet med helsetjenesten gjennom Politidirektoratet og Helse- og politidirektoratets fellesrundskriv: «Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. – Oppgaver og samarbeid».¹⁴

Det ga mange politidistrikter anledning til å oppgradere og formalisere samarbeidet mellom politi og helsevesen på flere nivåer, herunder også på politimester/stabssjefnivå og på ledelsesnivå ved helseforetaket. Slik kan man få forankret omforente rutiner i samsvar med føringer i nevnte rundskriv. Siden dette ble gjennomført, har det vært en økt bevissthet om temaet i begge etater. Det har ikke overalt ført til nedgang i politiets ressursbruk,

14. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006

og det oppleves som krevende å gjennomføre rundskrivet i alle ledd. Det vil kreve fortsatt fokus og tid for å få det til.

Det er likevel fortsatt mange som ikke kjenner til rundskrivet.

I tillegg til å oppgradere rutiner og samarbeid både internt i politidistriktet og mellom etatene har rundskrivet gitt anledning til å skjerpe kravet til «nødvendighetsvurderingene» fra helsetjenesten ved bistandsanmodninger. Dette vil forhåpentlig gi resultater på sikt.

En praksis hvor politiet måtte hente og bringe personer til tvangsmedisinering, er avvirket.

Det er verd å merke seg at Svalbard har egne reguleringer på området, slik som beskrevet her:

«Her på Svalbard har vi generelt svært få tilfelle av denne kategori, da vi har et «kunstig samfunn» på mange måter. Her er det en rekke lover som ikke gjelder, slik som lov om sosiale tjenester, lovene om helsetjeneste på fastlandet mv. For Svalbards vedkommende er det Forskrift om læge- og sunnhetsforholdene på Svalbard av 1928 som regulerer slike tilfelle her oppe. Alle som oppholder seg på Svalbard må ha arbeid og må være i stand til å ta vare på seg selv, også økonomisk. Samfunnet her er ikke dimensjonert for å håndtere verken kronisk syke, både hva gjelder somatiske og/eller psykiske lidelser. Politiet er heller ikke dimensjonert for tunge kasus. Vi er bare 6 tjenestemenn, inkludert meg som leder.»

Rundskrivet har blitt godt mottatt i politiet og har vært et incitament til viktige endringer i tiden etter at det kom. Det er imidlertid behov for en revisjon og oppgradering for å bidra til ytterligere avklaringer der erfaringene tilsier det. Det er fortsatt behov for avklaring når det gjelder fordeling av kostnader ved politiets bistand til psykisk helsevern.

12.4 Studier/litteratur om tverretattlig samarbeid i utlandet

Det er i forbindelse med oppdraget gjennomført literatursøk i blant annet databasene «ISI web of Knowledge», «National Institute of Justice», «Popcenter.org», «Bibsys», «PubMed» og «Helsebiblioteket». Det finnes en omfattende litteratur som omhandler temaet når personer med psykisk lidelse og politiet møtes, og hvordan politiet samarbeider med andre organisasjoner for å tilby løsninger som møter denne gruppens behov. Det er nedenfor gitt en beskrivelse av utvalgt litteratur om

erfaringer som er gjort i USA de siste 20 årene med Crisis Intervention Teams (CIT).

Det amerikanske justisdepartementet har utarbeidet egne veiledere for hvordan man går frem for å organisere og etablere løsninger som gir et tilbud i situasjoner hvor personer med psykisk lidelse trenger hjelp. Organisasjonen International Crisis Intervention Team (CIT International Inc.) refererer til over 1000 programmer som gir et slikt tilbud. Universitetet i Memphis, USA, har laget en litteraturoversikt av relevante CIT-artikler og har et aktivt fagmiljø med professor Dr. Randolph Dupont og major Sam Cochran i spissen.

Hovedfunnet er at det gir gode resultater for alle parter når man organiserer et samarbeid mellom helse og politi for å tilby løsninger som er tilpasset behovene som oppstår når psykisk syke trenger hjelp. Gode rutiner, trenet personell og kapasitet til å være til stede når behovet er der er viktig. I en artikkel fra Psychiatric Services i 2000 konkluderes det med en sterk anbefaling om samarbeid mellom aktører i justissektoren og i helsevesenet.¹⁵

Forfatterne av de faglige innspillene i dette kapittelet gjennomførte besøk ved seks forskjellige politiorganisasjoner i California for å ta del i deres erfaringer. Det ble også etablert kontakt med major Sam Cochran som har arbeidet med CIT i Memphis siden slutten av 80-tallet. Han har bistått med gode innspill, litteratur og anbefalinger på hvordan man kan lære av erfaringene fra USA. Crisis Intervention Team (CIT) ble etablert i Memphis, Tennessee, i 1988 for å håndtere utfordringene som kan oppstå rundt psykisk ustabile personer.¹⁶

Mottatt informasjon viste at det er blitt en innarbeidet praksis ved mange amerikanske politioorganisasjoner å ha et formalisert samarbeid med helsevesenet og andre organisasjoner som arbeider med personer med psykisk lidelse. Fellesbetegnelsen for dette samarbeidet er gjerne Crisis Intervention Team (CIT) eller varianter av det, som Psychiatric Emergency Response Team (PERT) i San Diego eller Systemwide Mental Assessment Response Team (SMART) i Los Angeles City.

Amerikanske myndigheter regner med at omtrent 5 % av den amerikanske befolkningen har en alvorlig psykisk sykdom, og at 16 % av innsatte i fengsler har en alvorlig psykisk sykdom.¹⁷ I en artikkel fra 2009 hvor voksne innsatte hadde blitt

15. Steadman, Deane, Borum, & Morrissey, 2000

16. University of Memphis, CIT Center, 2010

17. Bureau of Justice Assistance, 2010

undersøkt fant forskerne alvorlig psykisk sykdom hos 14,5 % av mennene og 31 % av kvinnene.¹⁸

Det kan være ulike grunner til at personer med psykisk sykdom kommer i kontakt med politiet. Uansett hva grunnen måtte være, er det viktig at samfunnet legger til rette for at konsekvensene blir minst mulig og resultatet best mulig. Politiet og psykisk helsepersonell har derfor utviklet et organisert samarbeid for å være tilgjengelig med responsteam for å møte behovet til psykisk syke personer på en samkjørt og koordinert måte.

Når det oppstår situasjoner med psykisk syke hvor politiet blir involvert, har amerikanske myndigheter blant annet etablert undervisning og utarbeidet opplæringsmateriell for at politiansatte og helsepersonell sammen blir i stand til å løse sakene på best mulig måte.¹⁹

Det rekrutteres egnet personell med bakgrunn fra helsevesen og politi som gis opplæring og nødvendig trening. De utgjør team som patruljerer og er tilgjengelige når det oppstår situasjoner hvor psykisk syke er involvert. Det legges stor vekt på hvordan man kan hjelpe involverte personer best mulig, og sakene søkes løst på fredelig og langsiktig vis. CIT-teamet får tilgang på all relevant informasjon som kan hjelpe i situasjonen, og det kan være informasjon om hva slags medisiner vedkommende går på, og tilgang til pasientjournal.

San Diego County Police, Sheriff Department, og San Diego County Mental Health har etablert Psychiatric Emergency Response Team (PERT) i et formelt felles samarbeid gjennom nonprofitorganisasjonen PERT Inc.²⁰ Målsetningen er å håndtere situasjoner på best mulig måte for den psykisk syke personen. PERT gir også opplæring og utdanning til politiet slik at det er best mulig egnet til å håndtere psykisk syke personer. Ved behov kan ett av de 21 PERT-teamene tilkalles. PERT er i hovedsak finansiert fra County Mental Health Funds med støtte fra føderale myndigheter. Politiet bidrar med sambandsutstyr, eget personell og biler.

Los Angeles City og Los Angeles Police Department etablerte Systemwide Mental Assessment Response Team, SMART, i 1993.²¹ Hvert SMART-team på to personer består av spesialtrenet politi og helsepersonell. Politiet kan begjære 72 timers evaluering av personer, og SMART bistår i slike sammenhenger. Tidlig intervensjon er formålet for å hindre at det oppstår alvorlige situasjoner, og at psykisk syke får adekvat hjelp tidligst mulig.

Erfaringer viser klare fordeler av å ha en gjennomtenkt løsning som er tilgjengelig når psykisk syke personer trenger bistand.²² Politiet er gjerne først til å få informasjon om at en person er alvorlig psykisk syk, og det er derfor viktig at samfunnet organiserer samarbeid mellom aktører som kan hjelpe vedkommende best mulig og tidligst mulig. Det gjelder i første rekke av hensyn til den psykiske syke, men også av hensyn til omgivelsene, som ofte har manglende forutsetninger for å hjelpe på en god måte når det oppstår vanskelige situasjoner.

Vanskelige situasjoner blir løst på en human og rasjonell måte ved å bruke PERT-team. Konflikten og spenningsnivået reduseres, og kommunikasjonen blir bedre når spesialtrenet personell tar ansvaret for kommunikasjonen og foreslår løsninger. Politiets egne innsatsressurser bruker ikke tid på det andre er spesialister på, og samarbeidet mellom ulike organisasjoner sikrer god informasjonsflyt og utnyttelse av tilgjengelig kapasitet. Når man etablerer en løsning som PERT, blir det også fokusert på temaet, og mange personer vil få innsikt og opplæring i hvordan de best skal håndtere situasjoner når personer med psykisk lidelse trenger hjelp. Grunnopplæring av andre politiansatte og helsepersonell sikrer at det alltid er tilgjengelig folk som har kunnskap og mulighet til å gripe inn med gode løsninger døgnet rundt gjennom hele året.

12.5 Utvalgets råd

I dette kapittelet har utvalget presentert politiets redegjørelse for praksis og vurderinger i forbindelse med politioppdrag definert under statistikkoden «sykdom, psykiatri».

Utvalget har merket seg uttalelsene om at politiet ofte overlates oppgaver som ligger utenfor eller i grenselandet av deres kompetanse og mandat. Det gjelder blant andre oppdrag med å bringe og hente personer i forbindelse med undersøkelse og eventuell innleggelse i psykisk helsevern. I rundskrivet om helsetjenestenes og politiets ansvar for psykisk syke står det blant annet:

«Politiet kan imidlertid ikke benyttes som en ren transporttjeneste og anmodning om bistand kan ikke være begrunnet i ressursmangel i helsetjenesten. Politiet kan heller ikke benyttes til ren oppsporing av pasienter som ikke møter til avtalt tid eller rømmer fra institusjonen. Helsetjenesten må normalt i første omgang selv forsøke å få kontakt med pasien-

18. Steadman, Osher, Robbins, Case, & Samuels, 2009

19. Reuland & Schwarzfeld, 2008; Schwarzfeld, Reuland, & Plotkin, 2008

20. Community Research Foundation, 2010

21. The Los Angeles Police Department, 2010

22. Steadman mfl, 2000

ten. Det skal ikke rutinemessig sendes savnet-melding til politiet.»²³

Det presiseres også at det som hovedregel skal være helsepersonell til stede når bistandsoppdraget gjennomføres.

Utvalget mener at det er uheldig at det i en del tilfeller overlates til politiet alene å håndtere personer som åpenbart er psykisk ustabile. Helsepersonell bør som hovedregel alltid møte og vurdere psykisk ustabile personer. Det er likevel viktig å understreke at ved voldsutøvelse eller frykt/fare for voldsutøvelse utenfor institusjon, må helsepersonell alltid sikres bistand fra politiet før de intervensjoner direkte med pasienten.

Utvalget har også merket seg uttalelsene om at politiet ikke sjelden opplever å få ansvaret for å vurdere om personer er suicidale eller har en psykisk lidelse/ruslidelse, og at etaten opplever at helsevesenet for ofte fraskriver seg sitt ansvar. Selv om noen av politidistriktene rapporterte om gode lokale samarbeidsrutiner med helsetjenesten, er hovedinntrykket etter gjennomgang av redegjørelsene fra politiet at samarbeidet mellom politi og i helsevesenet generelt må styrkes, og at rollene må defineres tydeligere. Etter utvalgets oppfatning kan erfaringene fra SLT-modellen være til hjelp når lokale samarbeidsmodeller skal etableres. Dessuten bør ledelsen både i politiet og helsevesenet opparbeide større kompetanse om hverandres ansvarsområder. Videre bør politiets utdanning styrkes når det gjelder kunnskap om psykisk

helse, psykisk lidelse og håndtering av psykisk ustabile personer. Politiet vil i mange tilfeller ivareta førstekontakten med psykisk ustabile personer, og vil ta imot bekymringsmeldinger. Det er derfor særdeles viktig at etaten både har kompetanse til å møte og ivareta disse personene på en god måte, og har oversikt over eksisterende hjelpe-tilbud.

Utvalget anbefaler at det innskjerpes at helsepersonell har hovedansvaret for å ivareta og vurdere psykisk ustabile personer, eventuelt også for å hente dem. Ambulante team/ eventuelt psykiatriske ambulansetjenester vil være egnede aktører her. Politiet skal ikke brukes som ren transporttjeneste, men må bistå hvis situasjonen tilsier det, for eksempel ved begrunnet fare for voldsutøvelse.

Utvalget etterlyser mer forskning på politiets kontakt med og håndtering av personer med psykisk lidelse. Ulike modeller for samhandling mellom politi og helsevesen når det gjelder bistand til mennesker med psykiske lidelser bør studeres nærmere. Slike studier bør også inneholde en vurdering og beskrivelse av en mest mulig hensiktsmessig bruk av ressurser og fordeling av ansvar mellom politi og helsevesen.

Når det gjelder taushetsplikt og kommunikasjon mellom helsevesenet og politi, vises det til kapittel 11.

Utvalget støtter utviklingsarbeid på IKT-feltet, herunder utvikling av bedre og mer presis måling av politioppdrag knyttet til psykisk ustabile personer.

23. Sosial- og helsedirektoratet & Politidirektoratet, 2006, s. 3

Kapittel 13

Individuell plan

13.1 Innledning

I mandatets punkt 4.1.5 heter det at

«utvalget skal spesielt undersøke og eventuelt vurdere hvorvidt lovbestemmelsene for bruk av individuell plan ble fulgt».

Videre fremgår det av mandatets punkt 4.2.5 at

«et gjennomgående perspektiv hvor forløp og systemer sees i en helhetlig sammenheng, forutsettes lagt til grunn for utvalgets tilnærming og metode».

Mangel på helhet og sammenheng i tjenestene har ofte vært utpekt som en hovedutfordring for mennesker som sliter med psykiske problemer. Det kan føre til at hjelpen kommer sent i gang, at den ikke er tilgjengelig når man trenger den, og at hjelpen ikke ytes på mottakerens premisser. Både i Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* og i Stortingsmelding nr. 21 (1998–99) *Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* påpekes det at tjenesteapparatet er for oppstykket og for dårlig koordinert.¹ Det fører til at tjenestemottakeren, og ofte også deres pårørende, må bruke mye tid for å komme frem til et tilpasset tjenestetilbud.

Ordningen med individuell plan ble innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. Individuell plan skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Videre skal den styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende og mellom tjenesteyter og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivå.

1. St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene; St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

Den delen av tjenesteapparatet som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet. Ordningen er frivillig, og tjenestemottakeren skal sikres innflytelse i utformingen av planen og om hvem som skal involveres. Individuell plan er således et viktig verktøy for å sikre brukervedvirkning i tjenestetilbudet.

I dette kapittelet vil vi gi en oversikt over det juridiske rammeverket for individuell plan. Vi har også valgt å ta med et avsnitt om ansvarsgrupper, fordi dette er en utbredt metode for å oppnå bedret samhandling når brukeren mottar tjenester fra flere aktører. Deretter vil utvalgets funn fra de

Boks 13.1 Hva er en individuell plan?

Individuell plan er en ordning som består av en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, i praksis ofte kalt koordinator, av kartlegging, utarbeiding av et plandokument i et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer og evaluering og revidering av planen. Det bør opprettes en ansvarsgruppe rundt tjenestemottakeren for å styrke oppfølgingen av planen.

Hovedpunktene for hva individuell plan skal inneholde, er beskrevet i § 7 i Forskrift om individuell plan:

1. en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester
2. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
3. en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av planen og fremdriften i arbeidet med den
4. en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
5. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle, og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse

aktuelle sakene bli gjennomgått. I presentasjonen av kunnskapsstatus blir det vektlagt å trekke frem norske erfaringer, men også noen referanser fra andre skandinaviske land. Erfaringene relateres til mennesker med psykiske lidelser og rusproblematikk. En særskilt oppmerksomhet blir viet gruppen som selv ikke ønsker individuell plan. Kapittelet avsluttes med utvalgte anbefalinger.

13.2 Juridisk rammeverk

Da det juridiske rammeverket for individuell plan er meget omfattende, har vi valgt å beskrive et lite utvalg av de mest sentrale bestemmelsene og prinsippene.

13.2.1 Individuell plan – hjemlet i flere lover

Individuell plan ble rettighetsfestet i pasientrettighetsloven, som trådte i kraft i 2001, og omfattet brukere både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.² I 2004 fikk også brukere i sosialtjenesten rett til individuell plan.³ Lovverket utdypes og konkretiseres i en forskrift.⁴

I 2006 ble individuell plan også rettighetsfestet i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, og i 2010 i lov om sosialtjenesten i arbeids- og velferdsforvaltningen.⁵

13.2.2 Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Forskriften om individuell plan er detaljert og beskriver blant annet formål, rettigheter, ansvar, innhold, taushetsplikt og klagemuligheter. Formålet med individuell plan er å gi viktige føringer for arbeidet og omtales nærmere i § 2. Ifølge hovedpunktene i formålsbeskrivelsen skal individuell plan bidra til at

- tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud

- det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren
- tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder blir kartlagt
- samhandlingen mellom tjenestemottakeren og tjenesteyteren og eventuelt pårørende og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av disse blir styrket

I merknadene til § 2 understrekes det at det skal tas utgangspunkt i hva tjenestemottakerne definerer som sine mål. I § 7 listes det opp ni punkter som alle individuelle planer skal inneholde. Det er alt fra mål, ressurser og behov til angivelse av hvem som har ansvar for å koordinere og sikre fremdriften i planarbeidet, til tjenestemottakerens samtykke. Samtidig understrekes det at innhold og omfang av planen skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Forskriften gir ellers ingen føringer på hvem som skal koordinere arbeidet, eller hvilken mal planen skal følge.

13.2.3 Veileder til forskrift om individuell plan

Veilederen for individuell plan ble første gang utgitt i 2002. Den gang var lovgrunnlaget knyttet til helselovgivningen. Den foreliggende veilederen, 2007-versjonen, er justert opp mot endringer i lovverket som ble gjort da sosialtjenesten ble omfattet av forskriften. Veilederen er igjen under revidering.

Veilederen skal være et hjelpemiddel i arbeidet med individuell planlegging. Det er foretatt en balansegang mellom på den ene siden å være tilstrekkelig konkret slik at den blir et reelt hjelpemiddel i planprosessen, og på den andre siden å unngå å bidra til uheldig standardisering. Det understrekes at kvaliteten ved en slik plan nettopp er at den er individuell.

Veilederen gjennomgår regelverket, beskriver individuell plan i praksis – ansvar, informasjon, koordinering, prosessen og dokumentet, samarbeid og annet relevant regelverk. Veilederen gir også eksempler på individuelle planer og har forskriften med merknader som vedlegg.⁶

Når det gjelder bruken av individuell plan, satte Helsedirektoratet søkelys på dette arbeidet i 2008 ved blant annet å arrangere seks regionale konferanser.⁷ Funn fra rapporten fra disse konferansene presenteres i kapittel 13.5.

2. Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene; Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.; Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern; Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

3. Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., d. § 4-3a

4. Forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

5. Lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen; Lov 18. desember 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

6. Sosial- og helsedirektoratet, 2007b

7. Helsedirektoratet, 2009c

13.2.4 Tidligere forslag til endringer i ordningen med individuell plan

Ordningen med individuell plan har i flere omganger vært gjenstand for utredninger som har vurdert mulige forbedringer. I den forbindelse nevnes særskilt NOU 2004:18 «*Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*» (Berntutvalget) og NOU 2005:3 «*Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helse-tjeneste*» (Wisløffutvalget).^{8 9}

Begge utvalgene tok til orde for at ordningen med individuell plan burde videreføres, men foreslo en rekke ulike tiltak for å styrke ordningen og gjøre den tydeligere på enkelte punkter. I tillegg nevnes St.meld. nr. 47 (2008–2009) «*Samhandlingsreformen*», som angir at ordningen med individuell plan er en av flere ordninger som er etablert for å ivareta koordineringsoppgaver, og som kan bli berørt av samhandlingsreformen.¹⁰

13.2.5 Hva skiller individuelle planer fra andre planer i helsetjenesten?

Helsetjenesten er kjennetegnet av en lang rekke planer med ulike navn. Eksempler er tiltaksplan, behandlingsplan, individuell behandlingsplan, sykepleieplan, omsorgsplan, rehabiliteringsplan, fremtidsplan osv. Erfaring fra praksisfeltet kan tyde på at dette mangfoldet av planer fører til begrepsforvirring og til høy grad av «plantretthet» både hos tjenestemottakere og tjenesteytere.¹¹ Mange av de nevnte planene har til hensikt å individualisere tjenestetilbudet, slik det også beskrives i formålet med individuell plan. Hva skiller så individuell plan fra andre plantyper som benyttes i helse- og sosialtjenesten? Et hovedskille handler om jus, både rettigheter og plikter:

- Individuell plan er en *rettighet* for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Den utløser ikke noe rettskrav på tjenester for pasienten.
- Helse- og sosialtjenesten og NAV har en *plikt* til å utarbeide slike planer hvis brukerne har behov for koordinerte tjenester.
- En person *skal* koordinere arbeidet.
- Brukeren har *rett til* å delta i arbeidet med planen, og det *skal* legges til rette for slik deltakelse.

8. NOU 2004:18

9. NOU 2005:3

10. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, s. 53

11. Bakke, 2005; Sosialstyrelsen, 2007

I tillegg finnes det et skille når det gjelder ideologi og hensikt, ikke minst fordi arbeidet med individuell plan skal ta utgangspunkt i *brukerens egne definerede mål*. De andre planene i helse- og sosialtjenesten er i større grad et verktøy for tjenesteyterne enn at de blir sett på som brukerens egen plan. Det er viktig å være oppmerksom på at individuell plan er spesielt utarbeidet for å følge brukeren gjennom hele behandlingsforløpet og på tvers av behandlingsinstanser.

Individuell plan overflødiggjør ikke de andre plantypene, men det er et faglig ansvar å sikre at tiltakene som beskrives i andre planer, er i tråd med brukerens egne overordnede mål. I lys av dette kan man diskutere om individuell plan faktisk representerer et paradigmeskifte i helse- og sosialtjenesten. Flere brukerorganisasjoner, blant annet Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO), setter likhetstegn mellom individuell plan og brukermedvirkning, nettopp fordi det er brukerens egne mål som skal være i fokus.

13.2.6 Ansvarsgrupper

En ansvarsgruppe vil typisk kunne være en «ad hoc»-arbeidsgruppe med representanter for tjenester som brukeren mottar. Hensikten med organisering av arbeidet i en slik gruppe er å koordinere innsatsen og å avklare ansvarsforhold mellom de involverte tjenesteytere – det vil si bidra til samhandling. Ifølge samhandlingsmeldingen er «samhandling et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte».¹² Men sammenkoblingen individuell plan og ansvarsgruppe er ikke hjemlet i lov eller forskrift om individuell plan.

Når planarbeidet organiseres som en ansvarsgruppe, kan det gi større muligheter til måltenkning og brukerorientering. Ansvarsgrupper er en arena der alle de involverte aktørene, inkludert brukeren selv, kan møtes og diskutere, og de har dermed i seg et potensial for utvikling av bedre tjenester.

Eksempler på deltakere i en ansvarsgruppe kan, foruten brukeren selv, være: fastlege, ruskonsulent og saksbehandler i sosialtjenesten, psykisk helsearbeider i kommunen, behandler på et DPS, én ansatt i hjemmetjenesten, representanter for politi, én ansatt i kriminalomsorgen og pårørende.

12. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Ansvarsgruppen ledes gjerne av koordinator for den individuelle planen eller av pasienten selv.

Konklusjonene fra evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse var at ansvarsgrupper oppfattes som en hensiktsmessig organisering av arbeidet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.¹³ Samtidig viser tilsyn med habiliterings-tjenester i 2006, utført av Helsetilsynet, at svak styring av ansvarsgruppene er et problem i mange kommuner.¹⁴

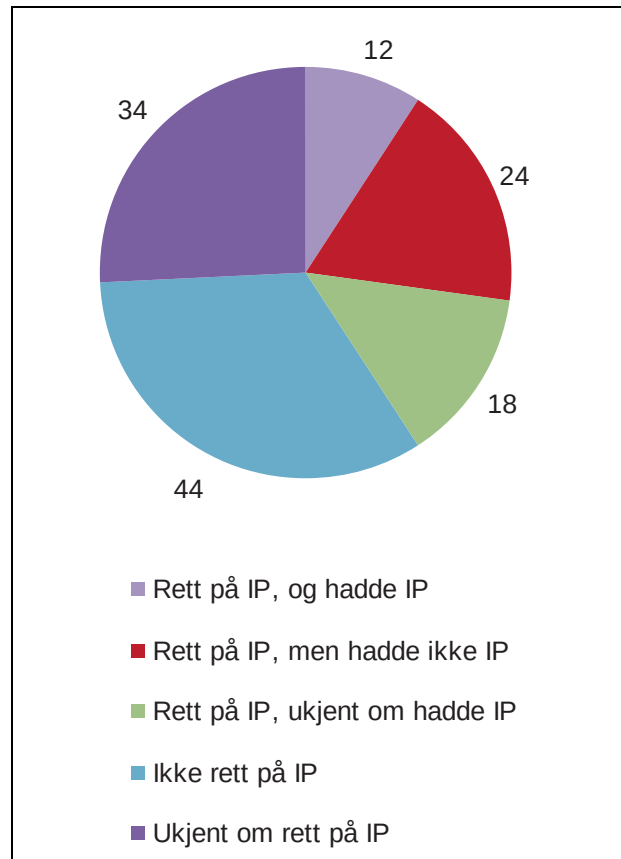
13.3 Utvalgets funn

Utvalget har i gjennomgangen av drapssakene i perioden registrert opplysninger om individuell plan, i den grad slike opplysninger har fremgått av innhentet dokumentasjon. Der det har foreligget individuell plan, er det undersøkt når planen sist var oppdatert, hvem som sto som koordinator, om det eksisterte en ansvarsgruppe på gjerningstidspunktet, om det var avtalt tid for neste oppfølgingsmøte på gjerningstidspunktet, hvilke hjelpeinstanser som var samarbeidspartnere på siste individuelle plan m.m. I de tilfellene det ikke har eksistert noen individuell plan, er det blant annet undersøkt om gjerningspersonen etter loven hadde rett på individuell plan, og hvorfor gjerningspersonen ikke hadde individuell plan på gjerningstidspunktet, eventuelt om det eksisterte en alternativ plan for oppfølging.

Av de 132 gjerningspersonene var det i 38 tilfeller ukjent om personen hadde individuell plan eller ikke. Av de 94 gjerningspersonene hvor det forelå opplysninger, var det bare 13 personer som hadde fått utarbeidet individuell plan på gjerningstidspunktet eller tidligere.

13.3.1 Hvor mange av gjerningspersonene hadde krav på individuell plan?

For 34 av de 132 gjerningspersonene var det ukjent om gjerningspersonen hadde krav på individuell plan. I 54 av 98 tilfeller hadde gjerningspersonen krav på individuell plan, og i 44 av 98 tilfeller ble



Figur 13.1 Antall gjerningspersoner som hadde rett på individuell plan, og som hadde slik plan

gjerningspersonen ansett ikke å ha hatt krav på individuell plan.

13.3.2 Hvor mange av dem som hadde rett på individuell plan, hadde fått det?

Hos 80 personer vet vi om de hadde individuell plan, og om de hadde rett på individuell plan (figur 13.1). Av disse var det 36 personer som vi mener hadde rett på individuell plan, men bare 12 av disse hadde eller har hatt individuell plan. Det vil si at bare 33 % av dem som man i etterkant vurderer til at hadde rett på individuell plan, hadde det. Dette er imidlertid ikke lavere enn andre undersøkelser har vist.¹⁵ Man skal derfor være forsiktig med å si at dette er en svikt som er spesiell for personer som tar en annen persons liv. En person hadde tidligere hatt individuell plan, men hadde ikke rett på det på gjerningstidspunktet.

13. Brofoss & Larsen, 2009, s. 73

14. Helsedirektoratet, 2008b

15. SINTEF, 2009; Statens helsetilsyn, 2008

13.3.3 Hvorfor hadde ikke de som hadde rett på individuell plan, fått det?

Dette kan i hovedsak ha to forklaringer. For det første kan det skyldes at man ikke har fått tilbud om individuell plan, og i så fall vil dette være et avvik fra lovkravet. For det andre kan det ha sin årsak i at man har takket nei til tilbudet. I dette datamaterialet finnes det ikke tilstrekkelig informasjon til å besvare dette spørsmålet. Spørsmålsstillingen vil bli videre omtalt senere.

13.3.4 Hvor mange hadde fått opprettet ansvarsgrupper?

Som nevnt i kapittel 8 var det totalt 68 av gjerningspersonene som hadde hatt kontakt med hjelpeinstans på grunn av psykiske problemer siste året før hendelsen. Av disse vet vi at 19 hadde ansvarsgruppe på gjerningstidspunktet, mens 18 ikke hadde det. For de resterende 31 gjerningspersonene mangler det informasjon om det eksisterte ansvarsgruppe eller ikke.

13.3.5 Hvem sto som koordinator, hvilke hjelpeinstanser var involvert, når var planene sist oppdatert, og var nytt møte avtalt?

Det var bare i noen få tilfeller den individuelle planen lå i de mottatte dokumentene. Det betyr at utvalget ikke har tilstrekkelig informasjon til å si noe om detaljer rundt de individuelle planene, for eksempel når planen sist var oppdatert, hvem som sto som koordinator, om det var avtalt tid for neste oppfølgingsmøte på gjerningstidspunktet, hvilke hjelpeinstanser som sto som samarbeidspartnere på siste individuelle plan m.m.

13.3.6 Hvordan var kvaliteten på planarbeidet?

Sist, men ikke minst viktig, det forelå ikke tilstrekkelig dokumentasjon i de gjennomgåtte dokumentene til at utvalget kan si noe om kvaliteten på de individuelle planene eller på planarbeidet.

13.3.7 Hva gjennomgangen av sakene viser

- Det kan ikke etableres noen årsakssammenheng mellom fravær eller eksistens av individuell plan og det at gjerningspersonen tok liv.
- Drap har skjedd både der hvor den dømte hadde en individuell plan på gjerningstidspunktet,

og der hvor den dømte ikke hadde en slik plan.

- Flere av gjerningspersonene hadde i forkant av drapet kjent psykisk lidelse i form av alvorlig ruslidelse, dobbeltdiagnose ruslidelse og annen psykisk lidelse eller annen alvorlig psykisk lidelse. Flere av drapspersonene har således vært i behov av langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester.
- Det er bare noen få av dem som hadde rett til individuell plan, som faktisk hadde det.
- I nær halvparten av de kjente tilfellene ble gjerningspersonen ikke vurdert til å ha krav på individuell plan.

13.4 Stormøte

Utvalget har hatt et særskilt fokus på bruken av individuell plan for brukere med kjent psykisk lidelse. På den bakgrunn ble individuell plan ett av flere temaer på utvalgets stormøte / høringsmøte i Oslo 18. november 2009. I utvalgets invitasjon til møtet var temaet for møtets andre del: «Hvordan skaper vi sammenheng i tjenestene for personer med kjent psykisk lidelse?». Mulige problemstillinger var angitt: Hvem skal samhandle for å skape gode tjenester? Hvordan må samhandlingen foregå? Hvordan kan vi sikre at individuell plan er et godt verktøy for samarbeid og behandling? Hvordan sikrer vi «langvarige og koordinerte tjenester» når pasienten sier nei til individuell plan? På hvilke arenaer må samhandlingen finne sted? Hva fremmer og hva hemmer samhandlingen? Hvilken betydning har stabile relasjoner, og hvordan få det til i praksis? Hvordan tilby tidlig hjelp? Hvordan skape gode tjenester for dem som ikke selv ønsker å motta hjelp?

Kommuneoverlegen i Moss, Knut Michelsen, innledet sin presentasjon under tittelen: «Rettferdig harme, ledelse og samarbeid» et innlegg om erfaringer fra ACT-team i Østfold. I innlegget ble det vist til positive erfaringer med ACT-modellen (Assertive Community Treatment). Målgruppen omfatter mennesker med alvorlige mentale lidelser og/eller omfattende rusproblematikk som har behov for eller nytte av tjenester fra et oppsøkende ACT-team og behov for samhandling/samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det ble deretter åpnet for plenumsdiskusjon.

På grunnlag av de innspill som kom, syntes det å være ubestridt at tett og langsiktig samarbeid mellom etater er nødvendig for oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk. Når det gjelder spørsmål om hvordan godt

samarbeid skal etableres og opprettholdes, noterte utvalget at det ble vanskeligere å få innspill fra salen. Det var også vanskelig å få svar fra salen på spørsmålet om hvordan sikre at individuell plan blir et godt verktøy for samarbeid og behandling. Et tema som ble særlig problematisert, var hvordan hjelpeinstansene skal møte brukere som ikke ønsker individuell plan, eller ikke selv er aktive i sin behandling.

Det kom også frem at fremgangsmåten for å forhindre alvorlige voldshandlinger kan være å forbedre behandlingen generelt for personer med psykiske helseproblemer eller tidligere voldsproblematikk. Et moment i denne sammenhengen er viktigheten av å dekke primære behov, slik som bolig, før man kan gi annen behandling. Det ble også understreket viktigheten av å fange opp hjelpebehovene tidlig.

13.5 Kunnskapsstatus

Ettersom individuell plan har vært en rettighet for personer med behov for langvarige tjenester siden 2001, har arbeidet med planene etter hvert blitt relativt godt dokumentert. Det finnes også dokumentasjon på hvilke forutsetninger som må være til stede for at slike planer kan bli et godt verktøy for et individuelt tilpasset og koordinert tjenestetilbud.¹⁶ Kunnskapen kommer fra mange kilder, blant annet brukernes egne historier, forskning og rapporter fra ulike prosjekter.

Erfaring har vist at den generelle kunnskapen vi per i dag har om individuelle planer, også gjelder for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelse.¹⁷ Det finnes også noe dokumentasjon for at individuell plan er et godt verktøy blant annet til å sikre overgangen når innsatte skal løslates fra fengsel.¹⁸

13.5.1 Oppdatert kunnskap om erfaringer med individuell plan

I forbindelse med utvalgets arbeid ble det bestemt at den litteraturoversikten som SINTEF Helse gjorde i 2008 i forhold til individuell plan, skulle oppdateres.¹⁹ Det ble derfor gjort et litteratursøk i bibliotekdatabasen BIBSYS og i relevante fagmil-

jøer som SINTEF Helse, Helsedirektoratet, Forskning.no, Høgskolen i Molde, Rehab-Nor og Høgskolen i Bodø ved Avdeling for samfunnsfag. Denne avdelingen har overtatt en del aktiviteter og materiell etter Statens kunnskaps- og utviklings-senter for helhetlig rehabilitering (SKUR), et fagmiljø som har hatt stor betydning når det gjelder arbeidet med individuell plan.

Konklusjonen i den litteraturoversikten som SINTEF Helse laget i 2008, er nyttig å ha med i det videre arbeidet med individuell plan:

- Det kan spores en positiv utvikling når det gjelder kjennskap til individuell plan og formålet med planen.
- Det er fremdeles lite dokumentasjon av erfaringer med selve arbeidsprosessen rundt en individuell plan.
- Det er store variasjoner i hvilke tiltak og tjenester som inngår i individuell plan, og hva som blir vektlagt i planarbeidet.
- Planens juridiske status er problematisk fordi den ikke medfører et rettskrav på tiltakene.

Det sistnevnte punktet kan medføre at tjenesteyterne ikke alltid oppfatter tiltakene som forpliktende, noe som igjen kan føre til manglende motivasjon hos tjenestemottakerne. Videre konkluderes det med at det er behov for å utvikle felles tenkning om individuell plan, gjennomføre felles undervisning og etablere felles rutiner. Til slutt i konklusjonen pekes det på behovet for mer kunnskap om *innholdet* i individuelle planer og ikke minst hvilke *resultater* det kan vises til.²⁰

En spørreundersøkelse fra TNS Gallup i 2008 viste at stadig flere personer får individuell plan, og at tjenesteyterne i økende grad erfarer at individuell plan er et verktøy som fremmer samhandling.²¹

Det har ikke vært mulig å finne dokumentasjon på hvordan individuell plan fungerer for personer som har en alvorlig psykisk lidelse og utøver alvorlig vold/ drap. Men det finnes dokumentasjon på erfaringer knyttet til individuell plan for personer med alvorlige psykiske lidelser som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

13.5.2 Erfaringer med bruk av individuell plan for personer med alvorlig psykisk lidelse og behov for langvarige og koordinerte tjenester

Retten til individuell plan gjelder uavhengig av diagnose, funksjonsnivå og alder og uavhengig av

16. Helsedirektoratet, 2008b, 2009c; Bakke, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklings-senter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen, Normann, & Sandvin, 2008; Trefjord & Hatling, 2004

17. Helsedirektoratet, 2008b, 2009c; Trefjord & Hatling, 2004

18. Helsedirektoratet, 2008b

19. SINTEF, 2008

20. SINTEF, 2008

21. TNS Gallup, 2008

om brukeren mottar tjenester fra bare ett forvaltningsnivå, for eksempel kommunen. Hvis det er behov for koordinering, skal det lages en individuell plan.²² Mange personer med alvorlige psykiske lidelser har per i dag fått utarbeidet individuell plan, men det finnes ingen nasjonale tall på hvor mange som har slik plan. Det finnes heller ingen tall på hvor mange som har behov for individuell plan, og som har det, eller ikke har det.²³ Tilsynsrapporter og kartlegginger indikerer at arbeidet med individuell plan fortsatt har et stort forbedringspotensial, og det gjelder både kommune- og spesialisthelsetjenesten.²⁴

I en tilsynsrapport fra 2007 understrekes det at svært mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser har behov for et sammenhengende tjenestetilbud over lang tid. Jo flere ulike tilbud, organisert i ulike enheter, regulert av ulike lovverk og med flere faggrupper involvert, desto større er kravene til å sikre nødvendig kommunikasjon, koordinering og samarbeid. I rundt halvparten av kommunene ble det funnet at ulike deltjenester ikke koordinerte sitt arbeid i tilstrekkelig grad. I tillegg ble det dokumentert manglende kjennskap til hverandres tilbud, lite tydelig arbeidsdeling eller manglende felles målsettinger. Resultatet er økt risiko for at tilbud glipper, for at ulike tilbud trekker i ulik retning, og for et utilstrekkelig og uforvarlig tjenestetilbud.²⁵

I nær halvparten av kommunene fant tilsynsmyndighetene forbedringsområder og i mange tilfeller også klare brudd på regelverkskravene om individuell plan: ikke alle som hadde rett til det hadde fått tilbudet, og eksisterende planer var mangelfulle, ikke oppdatert eller ikke fulgt opp.²⁶

I en av rapportene som inngikk i det landsomfattende tilsynet, ble følgende observert: Av de omkring 150 brukerne som hadde fått vedtak om tjenester, forelå det bare cirka 30 individuelle planer. Intervjuene viste at langt flere enn disse 30 brukerne hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen manglet dessuten oversikt over hvor mange brukere som hadde rett til individuell plan, og manglet en felles forståelse for hvordan kriteriene for retten til individuell plan skulle forstås. Det var i tillegg uklartheter i forhold til hvem som hadde ansvar for å vurdere behovet for individuell plan og igangsette arbeidet. Det ble videre påvist at ledelsen i flere kommuner ikke i til-

strekkelig grad la til rette for å styre arbeidet, og at det ikke var utpekt koordinator med tilstrekkelig ansvar og myndighet til å følge opp.²⁷

I en SINTEF Helse-rapport fra 2009 *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne*, dokumenteres det at bare 1/3 av de polikliniske pasientene som hadde behov for og rett til individuell plan, hadde fått igangsatt arbeidet med en slik plan. Det var uklart for både de kommunale tjenestene og for poliklinikkene hvem som var ansvarlig for at arbeidet med planene kom i gang, og for å koordinere arbeidet. Det konkluderes med at arbeidet med individuelle planer ikke hadde fått tilstrekkelig fotfeste, hverken i de psykiatriske poliklinikkene eller i kommunene. Ansvarsgrupper ble også sjelden benyttet, og poliklinikkene var bare involvert i halvparten av dem.²⁸

Et av resultatene i denne rapporten er spesielt interessant: Det viser seg at pasienter med individuell plan *i større grad har fått etablert flere ulike kommunale tilbud sammenlignet med pasienter uten individuell plan*. De som ikke hadde individuell plan, synes hovedsakelig å ha fått etablert noen enkeltstående tilbud.²⁹ Dette resultatet dokumenterer at individuell plan kan være et nyttig verktøy for en del av de personene som er i utvalgets målgruppe.

Selv om flere kommuner og helseforetak har kommet godt i gang med arbeidet, viser funnene at det fremdeles er mange som har et langt stykke igjen før individuell plan som rettighet er innfridd og virker etter formålet.

13.5.3 Brukererfaringer med nettbasert individuell plan

Et elektronisk planverktøy, SamPro, prøves nå ut i flere kommuner. Dette verktøyet gir muligheter for den enkelte bruker til å ha tilgang til planen til enhver tid på døgnet via internett. Både bruker og koordinator kan logge seg på ved personlig passord.

Høgskolen i Molde har gjennomført flere studier hvor formålet var å undersøke om innføring av nettbasert individuell plan for langtidsbrukere i det psykiske helsevernet kunne føre til økt livskvalitet og myndiggjøring hos brukerne. Erfaringene fra disse studiene indikerer at tilgang til elektronisk plan kan ha positiv effekt på brukernes opplevelse av at det er deres egen plan.³⁰

22. Sosial- og helsedirektoratet, 2007b

23. Helsedirektoratet, 2009c

24. Riksrevisjonen, 2007; SINTEF, 2009; Statens helsetilsyn, 2008

25. Statens helsetilsyn, 2008

26. Statens helsetilsyn, 2008

27. Statens helsetilsyn, 2008

28. SINTEF, 2009

29. SINTEF, 2009

30. Hollingen, 2008; Michaelsen, Vatne, & Hollingen, 2007

13.5.4 Erfaringer med bruk av individuell plan for personer med ruslidelser som har behov for langvarige og koordinerte tjenester

Både kommune og stat ved de regionale helseforetakene har et ansvar når det gjelder både å initiere og følge opp individuelle planer for rusmiddelmissbrukere. Helseforetakene overtok 1. januar 2004 ansvaret for de behandlingstiltakene som til da hadde vært fylkeskommunens ansvar og regulert etter sosialtjenesteloven. Nå reguleres disse tjenestene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter spesialisthelsetjenesteloven.

Nord-norsk kompetansesenter – RUS (KoRus-Nord) – har gjennomført flere tiltak for å styrke kommunenes og spesialisthelsetjenestens arbeid med individuell plan for rusmiddelavhengige. Tiltakene omfatter kompetanseutviklingstiltak i samarbeid med fylkesmannen i Nordland, Troms og Finnmark. I en rapport fra 2008, *Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige*, ble det gjort følgende hovedfunn:³¹

- Det var registrert få individuelle planer for rusmiddelavhengige – det kunne bare bekreftes at individuell plan var påbegynt eller forelå for om lag 1 av 10 henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Det var også mangelfull dokumentasjon av planarbeidet.
- Det kunne se ut som om pasienter med alvorlig problematikk i større grad hadde individuell plan enn andre. Dette er i tråd med formålet for individuell plan.
- Ansvarsgrupper fungerte ikke alltid etter intensjonen.
- Dårlig koordinering av individuelle planer og andre planer.
- Gjensidig forpliktelse i samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og andre offentlige instanser viste seg å være positivt for fremdrift, fleksibilitet og kommunikasjon i arbeidet med individuell plan.
- Manglende felles referanseramme blant involverte fagpersoner var et hinder for samarbeidet.
- Ressursfokus hos brukeren ble vektlagt for lite.
- Utvikling av tillit mellom koordinator og bruker var viktig.

For 86 % av henvisningene som ble gjennomgått, var det ukjent om det forelå individuell plan eller

ikke. Registreringen «ukjent» brukes når IP- status verken nevnes i henvisning eller vurdering. Det så ut til å være lite fokus på individuell plan i forbindelse med henvisninger til spesialisert rusbehandling.³²

I 2008 ga Helsedirektoratet ut tipsheftet *Gjør det så enkelt som mulig*. Heftet er viktig fordi brukere, inkludert rusavhengige, forteller om den positive betydningen individuell plan har hatt i deres liv.³³

13.5.5 Praksisfeltets erfaringer og anbefalinger

Helsedirektoratet gjennomførte seks regionale konferanser om individuell plan i 2008.³⁴ Deltakere var rådmenn, koordinatorene, etatsledere, politiske ledere innen helse- og sosial/barn/oppvekst, brukerorganisasjoner, enkeltbrukere, KS-regionalt, utdannelsesinstitusjoner, NAV, lærings- og mestringssentre og engasjerte fagpersoner fra habiliteringstjenestene, russektoren, psykisk helsevern og helseforetak.

Et fast innslag på konferansene var brukernes egne historier. De som fortalte, gjorde sterkt inntrykk på tilhørerne, enten de var positive og viste til et bedre tilbud med individuell plan, eller negativt, fordi de hadde behov for en individuell plan, men ikke hadde fått det. Et annet fast innslag var å innhente praksisfeltets anbefalinger i forhold til hva de mente var de tre viktigste momentene som må til for å lykkes med individuell plan. Uavhengig av diagnose, funksjonsnivå og alder viste det seg at følgende tre momenter pekte seg ut:

1. Brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt!

Det at brukerne skal oppleve seg *sett, hørt og verdsatt*, blir sett på som et av de viktigste momentene for å lykkes med individuell plan. Fra første stund må brukeren bli møtt med en holdning som viser at deres opplevelse av egen situasjon og hvilke behov de har for hjelp, blir lyttet til. Betydningen av god relasjon mellom koordinatoren og brukeren i arbeidet med individuell plan ble fremhevet på konferansene og støttes av forskning og erfaring på området.³⁵

2. Løft frem koordinatorrollen!

32. KoRus-Nord, 2008

33. Helsedirektoratet, 2008b

34. Helsedirektoratet, 2009c

35. Bakke, 2005, 2007; Helsedirektoratet, 2008b; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen mfl, 2008; Trefjord & Hatling, 2004

31. KoRus-Nord, 2008

Et annet viktig moment, formulert på ulike måter av deltakerne, kan sammenfattes i uttrykket: *Løft frem koordinatorrollen!* Det er den enkelte fagperson som blir utnevnt til koordinator som med sin entusiasme og innsatsvilje skal motivere brukerne til å tro på at individuell plan kan sikre et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Fordi koordinatorrollen er så sentral i arbeidet med individuell plan, understreket praksisfeltet at myndiggjøring er et viktig tiltak. Det er et ledelsesansvar å tilrettelegge forholdene for koordinatorerne slik at de har mulighet til å gjøre denne viktige oppgaven på en tilfredsstillende måte.³⁶

3. Arbeidet med individuell plan må forankres på politisk og administrativt nivå!

Det anbefales at tilretteleggelse for aktiv bruk i arbeidet med individuell plan forankres på politisk og administrativt nivå. Dette synspunktet sammenfaller med resultatene fra forskning når det gjelder forbedringsarbeid generelt – forankring i ledelsen er et suksesskriterium.³⁷ Det å ta individuell plan i bruk kan ses på som et stykke forbedringsarbeid, og dermed blir ledelsesinvolvering på ulike nivåer viktig for å lykkes.³⁸

Videre står *tidsperspektivet* meget sentralt når det gjelder arbeidet med individuell plan. For å lykkes må det settes av tilstrekkelig med tid slik at koordinatorerne kan gjøre arbeidet med individuell plan på en best mulig måte.³⁹ Det tar tid å sette seg inn i hvordan arbeidet skal gjøres, og ikke minst kan det ta tid å bygge opp en positiv relasjon til den enkelte bruker. For at individuell plan skal kunne sikre brukere som har behov for det, et koordinert tjenestetilbud, anbefaler praksisfeltet at organisasjoner/virksomheter lager systemer i forhold til noen sentrale elementer: utnevning av koordinator, opplæring og veiledning, systematisk samarbeid på tvers av ulike nivåer/etater og sektorer. Dette samarbeidet bør inkludere utvikling av felles rutiner og retningslinjer når det gjelder arbeidet med individuell plan.⁴⁰

For personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser vil sannsynligvis betydningen av en god relasjon med koordinator og tid til å diskutere seg frem til hvilke mål det skal jobbes med, være spesielt viktig for å lykkes.⁴¹

13.5.6 Internasjonale erfaringer med individualiserte planer

Individualiserte planer i ulike former er et verktøy som har blitt benyttet i helse- og sosialtjenesten siden begynnelsen av 1960-tallet, ofte knyttet opp mot psykisk helsevern. Slike planer ble blant annet brukt i «The Community Mental Health Movement» flere steder i USA på denne tiden.⁴² Både Norge, Danmark, Sverige, England og USA har senere utviklet individualiserte planer i litt ulik retning, men ut fra den samme grunnleggende tenkingen og bygget på mange av de samme prinsippene. I denne sammenhengen vektlegges noen erfaringer fra Skandinavia.

13.5.6.1 Danmark

Historien bak Danmarks handleplaner strekker seg tilbake til 1998 og prosjektet «Handleplaner i sosialpsykiatrien 1998–2000».⁴³ Retten til handleplaner er hjemlet i Serviceloven § 141. Denne loven regulerer tjenester gitt av Sosialforvaltningen, i motsetning til i Norge, hvor planen er hjemlet i helselovgivningen. Plikten til å utarbeide slike planer er ikke knyttet til spesifikke diagnoser eller aldre, men til personer som har fysiske og psykiske handikap.⁴⁴ Danskene har blant annet satt fokus på ledelse i forbindelse med handleplanarbeid. Erfaringen viser at handleplanarbeidet fungerer best hvor ledelsen aktivt tar del i arbeidet, hvor systematisk undervisning av personalet finner sted, og hvor brukerne involveres og deltar i den undervisning som tradisjonelt sett er forbeholdt personalet.⁴⁵ Erfaringene fra Danmark stemmer i høy grad overens med de erfaringene som er gjort med individuelle planer i Norge når det gjelder noen forutsetninger som må være på plass for å

36. Michaelsen mfl, 2007; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen mfl, 2008

37. Institute for Innovation and Improvement, National Health Service, 2004

38. Helsedirektoratet, 2009c; Institute for Innovation and Improvement, National Health Service, 2004; Bakke, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Trefjord & Hatling, 2004

39. Bakke, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen mfl, 2008

40. Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen mfl, 2008; Trefjord & Hatling, 2004

41. Bakke, 2005; KoRus-Nord, 2008; Thommesen mfl, 2008; Trefjord & Hatling, 2004

42. Rehab-Nor, 2004

43. Videnscenter for Socialpsykiatri, 2010

44. KL & Socialpædagogernes Landsforbund, 2007; PLS RAM-BØLL Management, 2002; Videnscenter for Socialpsykiatri, 2004

45. Videnbasering, 2010

lykkes med arbeidet – ledelsens involvering og støtte er av meget stor betydning.⁴⁶

13.5.6.2 Sverige

I Sverige er individuell plan, de bruker samme begrepet som i Norge, en rettighet for pasienter/brukere som har rett til tjenester i henhold til § 10 i Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).⁴⁷ Retten til individuell plan er altså hjemlet i sosiallovgivningen, slik den også er i Danmark. Målgruppen er personer som har fysisk eller psykisk funksjonshemming. Det understrekes i lovgivningen at planen skal inneholde en oversikt over det totale tilbudet av tjenester som blir gitt, og den skal utarbeides i tett samarbeid med den enkelte bruker. Hensikten med planen er å gi den enkelte innflytelse og overblikk over de tjenestene som gis uavhengig av hvem som yter tjenestene, kommunen eller andre.⁴⁸ I en rapport fra prosjektet «Individuell plan på den enskildes villkor» er konklusjonen at individuell plan øker den enkelte brukers innflytelse og selvbestemmelse.⁴⁹

13.5.6.3 Oppsummering av internasjonale erfaringer

Erfaringer fra våre skandinaviske naboland, men også fra land som USA og England når det gjelder individualiserte planer, viser en del fellestrekk. Tankegangen har sine røtter i områder som menneskerettigheter, brukermedvirkning, brukerstyring, deltakelse, myndiggjøring («empowerment»), mestring og selvhjelp. Dette er begreper som står sentralt når formålet/hensikten med planene beskrives. Målgruppen for planene har også mange fellestrekk. Det er personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester uavhengig av diagnose/sykdom/lidelse eller funksjonshemming.

I materialet som er gjennomgått, finnes det ikke dokumentasjon som viser direkte til personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelse, heller ikke til voldsproblematikk. Målgruppene for de ulike planene inkluderer imidlertid også disse gruppene.

Generelt fremheves planene som et viktig verktøy for å koordinere brukerens totale tjenestetilbud og fremme samarbeid og samhandling mellom ulike tjenesteområder. Prinsippene som følges for arbeidet med planen, er også langt på vei de samme, uavhengig av om planene er hjemlet i lovgivningen på helse- eller sosialområdet eller ikke hjemlet i lovverket:

- Det er brukernes plan.
- Brukernes egne mål skal være i fokus.
- Tiltakene utarbeides i et samarbeid mellom brukeren og den fagpersonen som har ansvaret for planen.
- Planarbeidet koordineres av en fagperson.

Erfaringene med arbeidet viser at visse forutsetninger må være til stede for at planene skal oppnå det som er hensikten:

- Koordinator må ha tid til arbeidet.
- God relasjon/tillit mellom bruker og koordinator er av stor betydning.
- Systematisk opplæring og undervisning både til personalet og brukere.
- Sterk ledelsesforankring.

13.5.7 Oppsummering av kunnskapsstatus

Den oppdaterte kunnskap om individuell plan viser at det stadig finnes mer dokumentasjon på det arbeidet som gjøres. Ny og viktig kunnskap om pasienter/brukere med alvorlig psykisk lidelse, herunder også alvorlig ruslidelse, er følgende:

- Personer med alvorlige psykiske lidelser som har individuell plan, har i større grad fått etablert flere ulike kommunale tilbud sammenlignet med pasienter uten individuell plan.⁵⁰
- Tilgang til en nettbasert individuell plan kan motivere personer med alvorlige psykiske lidelser til å ta i bruk individuell plan og gir muligheter til å jobbe mer konstruktivt og målbevisst med eget liv. I tillegg øker det sjansen for at planen oppleves å være brukerens egen plan.⁵¹
- Tilsynsrapporter og andre kartlegginger dokumenterer at det fortsatt finnes et stort forbedringspotensial både i kommune- og spesialisthelsetjenesten når det gjelder arbeidet med individuell plan i forhold til personer med ruslidelser og personer med alvorlige psykiske lidelser.⁵²

46. Helsedirektoratet, 2009c; Institute for Innovation and Improvement, National Health Service, 2004; Bakke, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Trefjord & Hatling, 2004

47. «Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,» 1993

48. Sosialstyrelsen, 2002

49. Sosialstyrelsen, 2002

50. SINTEF, 2009

51. Hollingen, 2008; Michaelsen mfl, 2007

52. Riksrevisjonen, 2007; SINTEF, 2009; Statens helsetilsyn, 2008

Den oppdaterte kunnskapsstatusen viser at arbeidet med individuell plan må oppfylle en del forutsetninger for å bli det kraftfulle verktøyet den er ment å være:

- Sterk lederforankring.⁵³
- Brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt.⁵⁴
- Koordinatorrollen må løftes frem og myndiggjøres.⁵⁵
- Systematisk opplæring og undervisning, både til personalet og brukere.⁵⁶
- Utvikling av felles rutiner og retningslinjer når det gjelder arbeidet med individuell plan.⁵⁷

Konklusjonen i litteraturgjennomgangen fra 2008 gjelder fortsatt: Det kan spores en positiv utvikling når det gjelder kjennskap til individuell plan og til formålet med planen, det er fremdeles lite dokumentasjon av erfaringer med selve arbeidsprosessen rundt en individuell plan, det er store variasjoner i hvilke tiltak og tjenester som inngår i individuell plan, og hva som blir vektlagt i planarbeidet, og planens juridiske status vurderes som problematisk fordi den ikke medfører et rettskrav på tiltakene.

I tillegg viser kunnskapsoppsummeringen at det er et stort behov for forskning om *effekten* av individuelle planer. Ikke minst gjelder det i forhold til formålet: Fører slike planer til mer sammenhengende og koordinerte tjenester for brukere som har behov for slike tjenester?

13.6 Utvalgets drøftelse, konklusjon og anbefalinger

Kunnskapsoppsummeringen viser at individuell plan kan være et nyttig verktøy for personer med alvorlige psykiske lidelser. Blant annet viser en kartlegging at de som har individuell plan, i større

grad har fått etablert flere ulike kommunale tilbud sammenlignet med pasienter uten individuell plan.⁵⁸ Det finnes personlige beretninger som gir eksempel på at personer med ruslidelser har erfart at individuell plan kan være et effektivt hjelpemiddel tilbake til et rusfritt liv.⁵⁹ Også tidligere innsatte har fortalt at individuell plan har vært nyttig når det gjelder å få til gode overganger fra fengsel og tilbake til samfunnet.⁶⁰ Samtidig dokumenteres det i tilsynsrapporter og andre kartlegginger at det fortsatt finnes et stort forbedringspotensial både i kommune- og spesialisthelsetjenesten når det gjelder arbeidet med individuell plan i forhold til personer med ruslidelser og personer med alvorlige psykiske lidelser.⁶¹

Kunnskapsoppsummeringen viser også at en del forutsetninger må være på plass for at individuell plan skal være et kraftfullt verktøy for å sikre koordinerte tjenester. Det er behov for sterk lederforankring. Brukerne må oppleve seg sett, hørt og verdsatt. Koordinatorrollen må løftes frem og myndiggjøres. Videre er det behov for systematisk opplæring og undervisning, både til personalet og brukere. Endelig forutsettes utvikling av felles rutiner og retningslinjer når det gjelder arbeidet med individuell plan.⁶²

13.6.1 Hvordan sikre koordinerte tjenester for personer som sier nei til individuell plan?

Koordinering av tjenestetilbudet til pasienter/brukere er et tiltak som iverksettes daglig i helse- og sosialtjenesten både med og uten bruk av individuelle planer. Det er uttrykkelig slått fast at individuell plan skal være et frivillig tilbud, og at ingen derfor kan tvinge en individuell plan på personer som ikke vil ha det.⁶³ Erfaring fra praksisfeltet viser likevel at det blir gjort forsøk på å «tvinge» individuelle planer på umotiverte brukere, og det gjøres ofte med en god intensjon: «det er viktig for denne brukeren å ha en individuell plan». Med stor sannsynlighet vil ikke en slik påtvingen individuell plan medføre noen positiv bedring i tjenestetilbudet

53. Helsedirektoratet, 2009c; Institute for Innovation and Improvement, National Health Service, 2004; Bakke, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Trefjord & Hatling, 2004

54. Bakke, 2005, 2007; Helsedirektoratet, 2008b; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen mfl, 2008

55. Bakke, 2005; Michaelsen mfl, 2007; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen mfl, 2008

56. Bakke, 2005; Michaelsen mfl, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen mfl, 2008

57. Bakke, 2007; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Trefjord & Hatling, 2004

58. SINTEF, 2009

59. Helsedirektoratet, 2008b; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a

60. Helsedirektoratet, 2008b

61. Riksrevisjonen, 2007; SINTEF, 2009; Statens helsetilsyn, 2008

62. Bakke, 2005, 2007; Helsedirektoratet, 2008b, 2009c; Institute for Innovation and Improvement, National Health Service, 2004; Michaelsen mfl, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen mfl, 2008; Trefjord & Hatling, 2004

63. Sosial- og helsedirektoratet, 2007b

ettersom det skal tas utgangspunkt i brukerens egne mål, og de målene kommer sannsynligvis ikke frem under «tvang». For å lykkes med individuell plan kreves motiverte brukere. Viktige spørsmål å stille i en slik situasjon er:

- Har vedkommende fått god nok informasjon om hva formålet med individuell plan er?
- Hvordan og av hvem ble informasjonen gitt?
- Har vedkommende fått informasjon om hva som skiller individuell plan fra alle de andre planene han eller hun sannsynligvis har vært borti i helse- og sosialtjenesten?

Hvordan informasjon om individuell plan blir formidlet, er en faglig og ikke en juridisk utfordring. Det er viktig at tjenesteyterne bruker sin fagkunnskap om hvordan de skal motivere på en god måte, og ikke minst hvordan de skal bygge opp en god relasjon og skape en god allianse med brukeren.⁶⁴

Hvis brukeren/pasienten har behov for koordinerte tjenester, er det viktig at tjenesteyterne aktivt bidrar for å sikre at koordinering skjer, uavhengig av valg av plan. Mangelfull oppfølging vil etter omstendighetene kunne representere et brudd på forsvarlighetskravet.⁶⁵ Det forventes at helsepersonell som del av kravet om å innrette seg faglig forsvarlig må være oppdatert på ny kunnskap på eget arbeidsområde.⁶⁶ Dette betyr blant annet at den enkelte tjenesteyter har plikt til å etterspørre undervisning/informasjon om individuell plan hvis arbeidsgiveren ikke selv har tatt initiativ til slik opplæring.

En individuell plan er ment å følge pasientene gjennom hele pasientforløpet, mens andre planer gjerne er gjeldende bare så lenge pasienten er innskrevet på et bestemt behandlings- eller omsorgsnivå. Andre typer planer vil dermed ikke uten videre være egnet til å ivareta langsiktigheten når ustabile pasienter beveger seg raskt mellom ulike nivåer i hjelpeapparatet. Fordi individuell plan er et lovpålagt verktøy, regnes det som et «avvik» når helseforetaket ikke har utarbeidet en individuell plan for mennesker med rett til langvarige og koordinerte tjenester. Til tross for dette er det ikke utarbeidet klare retningslinjer for hva slags egnet verktøy som skal erstatte individuell plan når brukeren har rett til plan, men av ulike grunner har takket nei til den.

13.6.2 Bruk av individuell plan for personer med ruslidelser og andre psykiske lidelser

13.6.2.1 Individuell plan som verktøy for å styrke samhandling og optimalisere behandlingen

Som beskrevet i kapittel 7 har personer med rusmiddelproblemer ofte sammensatte problemer og dermed behov for sammensatte tjenester. Forventet nytte av en tjeneste som brukeren mottar fra ett nivå, bør alltid vurderes i forhold til tjenester som mottas fra andre instanser. I Helsedirektoratets veileder «Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling» understrekes det:

«For de som har de mest alvorlige og sammensatte problemene, vil optimal nytte av spesialistbehandling være avhengig av andres innsats. Mange trenger hjelp og støtte langt utover hva spesialisthelsetjenesten kan tilby. Innsats fra den kommunale helse- og sosialtjeneste og fra frivillige vil for mange være helt avgjørende for at behandling i spesialisthelsetjenesten skal gi en varig god effekt, jfr. retten til en individuell plan.»⁶⁷

13.6.2.2 Individuell plan som verktøy for langsiktige planer som tar høyde for tilbakefall til rus og psykose.

Personer med rusmiddelavhengighet kan ha rusfrie perioder for så å falle tilbake til misbruket. Evalueringen av rusreformen viste at mange personer med rusmiddelavhengighet opplever brudd i behandlingsforløpet.⁶⁸ Det er derfor nødvendig å ha rutiner for samhandling også ved det uforutsette. I noen tilfeller kan det være behov for en særskilt tiltaksplan ved kriser og tilbakefall til rus, som en integrert del av en individuell plan. Kriseplaner er ikke nevnt spesielt i veilederen for individuell plan, men det anbefales for eksempel i Sosial- og helsedirektoratets veileder for Distriktpsychiatriske sentre (DPS) at den individuelle planen inneholder en kriseplan.⁶⁹ En kriseplan kan beskrive varselsignaler (tegn/symptomer) som både brukeren selv, de pårørende og hjelpeapparatet rundt skal være oppmerksom på. Det bør gå frem hvem som skal varsles (navn, nummer, tjenestested) ved tegn på tilbakefall, og hvilke ønsker pasienten har for behandling ved alvorlige kriser (for eksempel opphold på en avlastningsavdeling). Kriseplaner

64. Bakke, 2005, 2007; Helsedirektoratet, 2008b, 2009c; Sosial- og helsedirektoratet, 2006a; Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), 2006; Thommesen mfl, 2008; Trefjord & Hatling, 2004

65. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

66. Molven, 2000; Molven, Holmboe, & Cordt-Hansen, 2006

67. Helsedirektoratet, 2008c, s. 51

68. Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 57

69. Sosial- og helsedirektoratet, 2006b, s. 65

kan utarbeides med tanke på forebygging og håndtering når risikoen for vold vurderes som høy. Det er inntatt et eksempel på hvordan en kriseplan kan se ut i vedlegg 12. Det finnes også andre eksempler på kriseplaner, jf. Statens helsetilsyns utredningsserie 9–2000 (IK-2726).⁷⁰

13.6.2.3 *Utfordringer ved individuell plan som samtykkebasert verktøy*

Mennesker med ruslidelse kan i korte eller lengre perioder ha svært svingende eller manglende motivasjon til å samarbeide rundt sin behandling. De løper derfor høy risiko for å falle ut av de ulike hjelpetilbudene. For mange med dobbeltdiagnose vil perioder med rus være preget av kaotisk livsførsel og manglende samarbeid om behandling og planarbeid, jf. kapittel 7. I perioder med psykose og rus kan brukeren være helt ute av stand til å samarbeide om en individuell plan. Personer med paranoide vrangforestillinger kan vegre seg for å samarbeide om en plan som gir «oversikt» og stimulerer til utveksling av sensitiv informasjon om en selv. Andre kan i perioder isolere seg eller på andre måter unndra seg kontakt med hjelpeapparatet. Brukere kan dermed ha mer eller mindre rasjonelle grunner til ikke å ønske en individuell plan, men likevel ha behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette kan skape ekstra utfordringer for dem som etter lovverket har ansvar for å koordinere et helhetlig og langsiktig tjenestetilbud.

13.6.3 **Utvalgets anbefalinger**

Utvalget mener at ordningen med individuell plan er et viktig verktøy for å sikre god behandling til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. På bakgrunn av den kunnskapen som per i dag finnes om bruken av individuell plan, mener utvalget at det fremdeles gjenstår arbeid for å sikre kvalitativ god og utbredt bruk av ordningen. Som tidligere nevnt har utvalget i tilrådingene valgt hovedfokus på personer med alvorlige psykiske lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser, spesielt der disse er i kombinasjon med ruslidelser.

13.6.3.1 *Retningslinjer for håndtering av situasjoner hvor tjenestemottakeren sier nei til individuell plan*

Etter utvalgets vurdering bør det gis mer detaljerte retningslinjer for hvordan hjelpeinstanser skal håndtere og følge opp tjenestemottakere som vedvarende sier nei til individuell plan.

13.6.3.2 *Retningslinjer for bruk av kriseplaner som del av individuell plan.*

Etter utvalgets vurdering bør den individuelle planen innholde en særskilt kriseplan for enkelte brukere. En kriseplan kan beskrive varselsignaler (tegn/symptomer) som både brukeren selv, de pårørende og hjelpeapparatet rundt skal være oppmerksom på. Det bør gå frem hvem som skal varsles (navn, nummer, tjenestested) ved tegn på tilbakefall, og hvilke ønsker brukeren har for behandling ved alvorlige kriser (for eksempel opphold på en avlastningsavdeling). Kriseplaner kan for eksempel utarbeides med tanke på forebygging og håndtering når risiko for vold vurderes som høy.

13.6.3.3 *Frist for utarbeidelse av individuell plan når behovet er fastlagt.*

Utvalget anbefaler at det vurderes om det bør innføres en frist for utarbeidelse av individuell plan i de tilfellene brukeren etter loven har krav på individuell plan, og hvor vedkommende har samtykket til igangsettelse av planarbeidet. Bakgrunnen for dette forslaget er at det i enkelte saker synes å ha tatt lang tid å få planen på plass.

13.6.3.4 *I hvilket omfang det blir utarbeidet individuelle planer for tjenestemottakerne*

Utvalget ser verdien av at bruken av individuell plan søkes kartlagt. Utvalget legger til grunn at det allerede er gjennomført og jevnlig gjennomføres ulike registreringer og studier som kan si noe om bruken av individuell plan. Dette omfatter blant annet organisasjonsinterne rapporteringer, spørreundersøkelser, tilsynsgjennomganger og den nasjonale registrering av kvalitetsindikatorer for bruk av individuell plan for noen pasientgrupper.

Etter utvalgets vurdering kan rapportering bidra til økt bevissthet og stimulere til innsats slik at lovkravet om individuell plan blir oppfylt. Rapportering om bruk av individuell plan vil dessuten være viktig for å kunne studere effekten av og suksesskriterier for individuell plan.

70. Statens helsetilsyn, 2000

13.6.3.5 Hvilken effekt har individuelle planer?

Det eksisterer per i dag lite forskningsbasert kunnskap om hvilken effekt individuelle planer har. Dette gjelder for eksempel om individuell plan faktisk medvirker til å sikre kontinuitet, helhet og kvalitet i behandling. Et annet spørsmål er om individuell plan medfører forbedringer for pasienter. Et tredje spørsmål er om individuelle planer og kriseplaner medvirker til at risiko for vold senkes.

13.6.3.6 Tjenesteyternes ansvar for å utarbeide individuell plan

Utvalget mener at det er uheldig dersom utformingen av dagens regelverk skaper usikkerhet med hensyn til tjenesteyternes ansvar for å utarbeide individuell plan. Når både kommunen og helseforbundet har en selvstendig plikt til å utarbeide individuell plan, risikerer brukeren at ingen tar ansvaret. På den bakgrunn synes det hensiktsmessig at hovedansvaret for individuell plan vurderes forankret ett sted. Utvalget viser her til Wisløffutvalgets drøftinger og forslag til tiltak i NOU 2005: 3.⁷¹

13.6.3.7 Ansvarsgrupper og koordinatorrollen

Utvalget mener at det bør vurderes om ikke lovbestemmelsene om individuell plan bør bli supplert med bestemmelser om etablering av ansvarsgrup-

per. Etter utvalgets vurdering bør hovedregelen være at ansvarsgruppe opprettes for brukere som har krav på individuell plan. I de tilfeller ansvarsgruppe ikke opprettes, bør bakgrunnen for det nedfelles skriftlig i journalen. I likhet med Berntutvalget legger også dette utvalget til grunn at «det sentrale med bruk av slike planer er selve prosessen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og mellom tjenesteytere, knyttet til arbeidet med individuell plan, ikke nødvendigvis selve planen».⁷²

Utvalget mener videre at innholdet av koordinatoransvaret (mandat og myndighet) bør vurderes tydeliggjort i regelverket.

13.6.3.8 Undervisning og informasjon til helsepersonell og andre tjenesteytere

Utvalget støtter informasjons- og opplæringstiltak som bidrar til at flere tjenesteytere bruker individuell plan som et verktøy for å etablere koordinerte tjenester. Når det gjelder viktigheten av denne typen tiltak, vises det til at helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet også innebærer en plikt for helsepersonellet til å holde seg oppdatert på gjeldende regelverk på sitt fagområde. Mangelfull oppfølging av brukere/pasienter som har behov for koordinerte tjenester, og som har rett på individuell plan, vil etter omstendighetene kunne representere et brudd på forsvarlighetskravet.

71. NOU 2005:3, s. 133

72. NOU 2004:18, s. 91

Kapittel 14

Mottaksforhold og oppfølging av gjerningspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn

14.1 Innledning

Det foreliggende kapittel vil forsøke å kaste lys over punkt 4.1.5, strek 6, i utvalgets mandat, hvor det står:

«Utvalget skal spesielt undersøke og eventuelt vurdere hvordan mottaksforhold og oppfølging av gjerningspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn har fungert.»

Etter tragiske hendelser som drap begått av personer med psykiske lidelser, vil man ofte forsøke å finne svake punkter i behandlingskjeden og huller i systemene som kan forklare det som har skjedd. Det foreligger i dag mye forskning om de helsemessige konsekvenser av migrasjon og flukt, men det er liten kunnskap om sammenheng mellom mottaksforhold og drap. På samme måte har man kunnskap om mottak og mottaksforhold i relasjon til den psykososiale helse.¹ Det finnes etter hvert en anseelig mengde forskning på vold, både om dem som oppholder seg på mottak, og generelt i innvandrerbefolkningen. Denne forskningen har imidlertid ikke sett spesielt på drap.

14.2 Kunnskapsoppsummering – om forskning, mottak og helsetilbud

I forskning omkring selvdrap og drap finner man sammenheng mellom sosioøkonomiske forskjeller og sosiale/helsemessige problemer. Det er også funnet at personer med oppvekstsforhold preget av generell vold, har større risiko for å senere selv å utøve vold i nære relasjoner, oppleve oppbrudd og usikkerhet, få ruslidelser og få sosiale problemer. Wilkinson og Pickett peker i en kunnskapsoppsummering på at det i land med små sosioøkonomiske forskjeller også er færre problemer innen områder som helse, sosiale vilkår, rasisme, drap osv.² En litteraturgjennomgang av 155 studier viste også at land eller områder med større sosioøkon-

omiske forskjeller har større helseproblemer, og den viste at i 25 av studiene var det samme sammenheng mellom slike forskjeller og drap, mens én ikke viste slik sammenheng.³ Det er også i litteraturen vist at det er nær sammenheng mellom rusmisbruk og andre psykiske lidelser. Friestad og Kjelsberg pekte på at økende mengde stressfaktorer i barndommen og generelle sosiale forhold hadde sterk sammenheng med økt rusmiddelmisbruk og økte mentale helseproblemer. I en undersøkelse av 225 mannlige innsatte i Norge hvor bare 24 % ikke hadde rusmiddelmisbruk eller mentale helseproblemer, konkluderte man med at hjelpebehovet krever godt tverretattlig samarbeid.⁴

14.2.1 Generelt om innvandrere og helsetilstand

Man ser at personer som av ulike årsaker har blitt tvunget til å flykte, ofte kan ha større behov for helsetjenester enn andre i befolkningen. På samme måte har man sett at forhold etter ankomst til mottaksland har stor innvirkning på den enkeltes evne til å mestre det nye livet og å leve med minner, savn og utfordringer i det fremmede.

Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO/UNG-HUBRO) har gitt innblikk i innvandrerbefolkningens helsetilstand og sammenlignet den med majoritetsbefolkningens.⁵ Thapa og Hauff pekte på at innvandrere fra lavinntkomstland rapporterte om mer psykisk påkjenning enn dem som kom fra høyinntkomstland. Det var videre slik at forholdene etter at de kom til mottakslandet, var den viktigste påvirkningsfaktor for forskjellen mellom de to gruppene.⁶

Det er stor variasjon i helsetilstanden mellom forskjellige innvandrergupper, for eksempel i antall med diabetes eller psykiske lidelser. Asylsøkere, flyktninger og deres familiegjenforente kan i varierende grad ha opplevd traumer og tap før de

1. Berg mfl, 2005

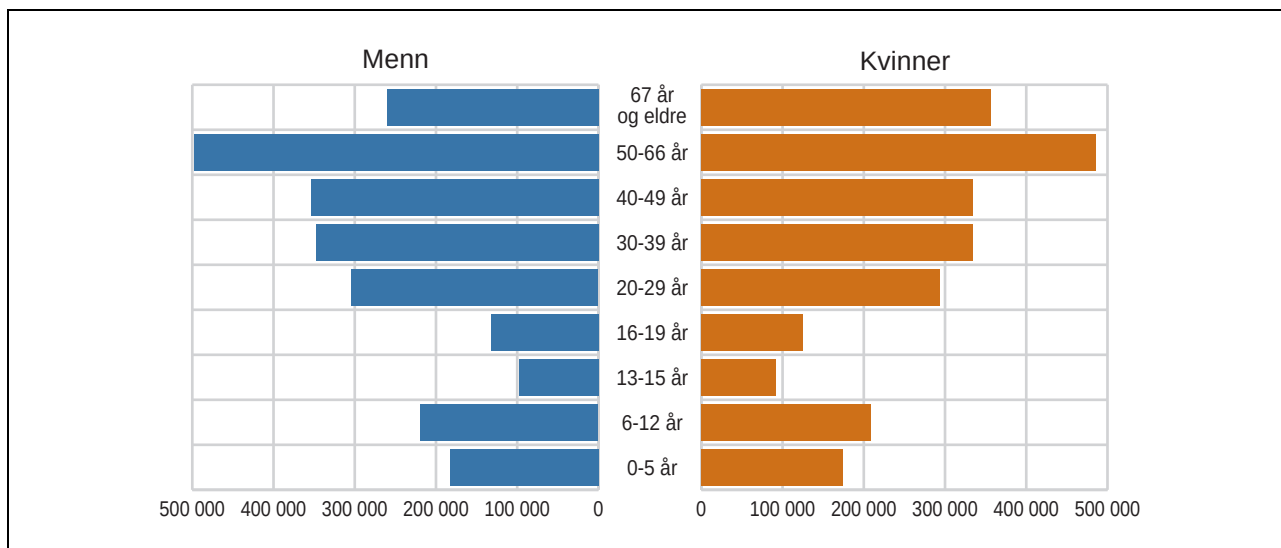
2. Wilkinson & Pickett, 2007

3. Wilkinson & Pickett, 2006

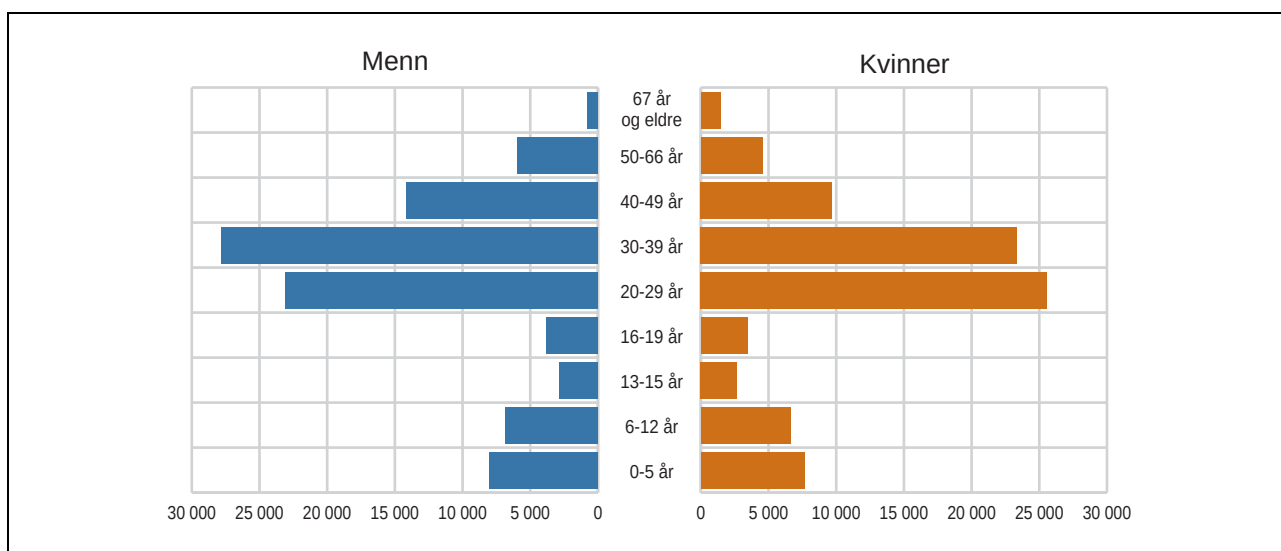
4. Friestad & Kjelsberg, 2009

5. Folkehelseinstituttet, 2007

6. Thapa & Hauff, 2005



Figur 14.1 Kjønns- og aldersfordeling for befolkningen i Norge



Figur 14.2 Kjønns- og aldersfordeling for personer i Norge fra ikke-vestlige land

kommer til Norge. Mange vil derfor være spesielt utsatt for psykiske problemer knyttet til posttraumatisk stress, og barn av foreldre som har psykiske vansker, vil ha økt risiko for å utvikle psykiske lidelser. Det har vært forsket mye på depresjon hos mødre og på følgene for deres barn.⁷ Hos barn av ikke-vestlige innvandrere har man funnet flere symptomer på depresjon enn hos barn i den øvrige befolkningen.⁸ Man vet ikke om dette har sammenheng med foreldrenes egen helse eller

med barnas opplevelse av vanskeligheter i det norske samfunnet.

Den ikke-vestlige innvandrerbefolkningens alderssammensetning skiller seg fra majoritetsbefolkningens. Man finner her flere i de yngre aldersgruppene og en overvekt av menn i aldersgruppene 30–50 år og få eldre sammenlignet med den norske majoritetsbefolkningen (figur 14.1 og 14.2).

Undersøkelser viser at innvandringsbefolkningen, sammenlignet med majoritetsbefolkningen, oftere har psykiske helseproblemer, har i gjennomsnitt lavere økonomiske status, har større andel menn og er overrepresentert på drapsstatistikken. Dette er data som kan misbrukes til å konstruere

7. Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau, & Olfson, 1997

8. Næss, Rognerud, & Strand, 2007

forfeilede kausale sammenhenger. Det er derfor nødvendig at man ser nærmere på livsvilkårene for personene dette gjelder og belyse nærmere de samfunnsøkonomiske forholdene.

14.2.2 Migrasjon og psykisk helse – flyktninger

En rekke undersøkelser fra utlandet har vist at psykiske lidelser hos asylsøkere og flyktninger i stor grad henger sammen med påkjenninger i eksilsituasjonen.⁹ Det kan dreie seg om manglende sosialt nettverk, mangel på meningsfulle oppgaver i hverdagen, tap av roller, nedgang i økonomisk status osv. Flere studier med langtidsoppfølging av innvandrerpopulasjoner forskjellige steder i verden underbygger dette. Steel mfl. studerte vietnamesere i Australia med mer enn 11 års botid og fant at 8 % hadde psykiske problemer uten spesiell traumbakgrunn, mens det hos personer med kjente traumer var 12 % som hadde psykiske problemer.¹⁰ Marchall mfl. fant hos kambodsjanere i USA at 62 % hadde PTSD (post traumatisk stress lidelse) og 55 % symptomer på depresjon.¹¹ I en undersøkelse av kambodsjanere i Kambodja fant de Jong, Komproe og van Ommeren at 33 % hadde PTSD og 13 % depresjon.¹² Alle undersøkelsene pekte på at migrasjon i seg selv var en belastning, og at det syntes som om behandling for denne pasientgruppen ikke var tilfredsstillende tilrettelagt.

Disse utfordringene er felles for alle innvandrere uansett bakgrunn. Mange har lidd tap i forbindelse med selve migrasjonen, både materielle (hjem og eiendom), sosiale (familie, arbeid og sosialt nettverk) og psykiske tap (opplevelse av redusert egenverdi eller tap av identitet). Dårlige mottaksforhold og utilfredsstillende levekår i eksil kan over tid få mer å si for den psykiske helsen enn påkjenninger før flukten.

14.2.3 Papirløse migranter

Gruppen papirløse migranter, som ofte har langvarig flukt og lang botid i mottak bak seg, er spesielt sårbare fordi de ikke omfattes av det ordinære hjelpeapparatet som finnes for registrerte migranter.¹³ Dette er en gruppe man vet relativt lite om, og det er først i de senere år man har begynt å se nærmere på deres situasjon.

Det finnes ingen oversikt over hvor mange som bor uregistrert i Norge, men SSB antok i en rapport fra 2006 at det kunne være opp mot 18 000 personer.¹⁴ Det er vanskelig å vite sikkert hvor mange personer som befinner seg uregistrert i landet, og anslag i mediene på antallet av dem varierer fra 5 000 til 30 000 personer. Det er en sammensatt gruppe hvor en del har vært asylsøkere på mottak, andre har vært ofre for trafficking, tidligere arbeidsinnvandrere eller andre uregistrerte migranter. En spørreundersøkelse blant leger i Oslo-regionen viste at nesten halvdelen av de spurte hadde behandlet papirløse innvandrere.¹⁵ I halvparten av tilfellene var det somatisk sykdom eller infeksjon som førte til at pasienten oppsøkte lege, mens psykisk lidelse utgjorde en tredjedel av kontaktårsakene. Kirkens Bymisjon i Oslo gjennomførte en undersøkelse av livssituasjonen til de papirløse i Norge i 2008 og startet et helsetilbud for papirløse migranter høsten 2009 sammen med Oslo Røde Kors.¹⁶ Det er nytt i Norge at det er fokus på denne gruppen, og man vil her finne flere med risiko for å utvikle både somatiske og psykiske helseproblemer i tillegg til skadelig bruk av rusmidler.

I mottak av mennesker som kommer for å søke om asyl, har helsevesenet viktige oppgaver. Det er imidlertid ikke mulig for et helsevesen å demme opp for alle de belastninger som er forårsaket av sosioøkonomiske vansker, eller av at personer i ordinært asylmottak venter i lang tid, eller av at psykiske lidelser ikke forebygges godt nok i en utsatt fase som asylsøkere. Det vil derfor være av betydning hvordan mottak av flyktninger tilrettelegges, ordinært asylmottak organiseres og bosetting tilrettelegges, men ikke mindre betydningsfullt vil det være å ha mulighet for et nettverk ved gjenforening med familie, for jobb, og for sosiale arenaer.

14.2.4 Mottakssystemet

Asylsøkere som ankommer til Norge, blir plassert i transitmottak. Deretter flytter de, hvis de forblir i Norge, til et ordinært mottak mens søknaden deres behandles. Innvilges opphold i Norge, vil de bli tildelt en kommune og flytte dit. Det finnes retningslinjer og anbefalinger for hvordan helsetjenesten for disse skal organiseres.¹⁷ På samme måte har UDI spesifisert hvordan mottak skal organiseres for å ivareta den psykiske helsen for

9. Lie, 2002

10. Steel, Silove, Phan, & Bauman, 2002

11. Marshall, Schell, Elliott, Berthold, & Chun, 2005

12. de Jong, Komproe, & Van Ommeren, 2003

13. Chauvin, Parizot, & Simonnot, 2009

14. Zhang, 2008

15. Aarseth, Kongshavn, & Kristiansen, 2009

16. Ottesen, 2008

17. Helsedirektoratet, 2009b

beboerne. Ideelt sett er det mulig å fange opp personer som kan ha risiko for å utvikle fysiske eller psykiske helseplager, men ofte ser virkeligheten annerledes ut.

14.2.4.1 *Transittmottak*

I transittmottakene bør det gis helsehjelp til personer som er syke og trenger hurtig hjelp. Kliniske funn som sterkt redusert allmenntilstand, tegn på smittsomme sykdommer og svært dårlig psykisk funksjonsevne kan indikere behov for rask behandling. Det er imidlertid ikke lett å få akutt psykisk helsehjelp for annet enn alvorlige psykiske lidelser.

14.2.4.2 *Ordinære asylmottak*

Under opphold i ordinære asylmottak skal det gis tilbud om ytterligere helseundersøkelser. De ordinære asylmottakene er et botilbud for personer som har søkt asyl i Norge og venter på søknadsbehandling, eventuelt bosetting eller utreise. Et ordinært asylmottak er ikke en tvangsinstitusjon, men et frivillig botilbud for personer som søker asyl i Norge. Asylmottakene skal holde en nøktern standard, og de økonomiske støtteordninger til den enkelte asylsøker er moderate. Enkelte ordinære asylmottak har en desentralisert struktur. Det betyr at asylsøkerne bor i egne leiligheter utenfor mottaket, og dette gir helsetjenesten i vertskommunen noen ekstra utfordringer. I motsetning til beboerne i andre asylmottak, som er samlet på ett sted, vil ikke personer i desentraliserte enheter som har behov for helsehjelp, fanges opp av tilstedeværende mottakspersonellet eller helsepersonell. Det er derfor spesielt viktig at kommuner med desentraliserte ordinære asylmottak er tidlig ute med informasjon til asylsøkerne om hvor de kan få hjelp ved behov, og at de raskt tildeles fastlege. Det er rapportert om store forskjeller mellom de enkelte kommuners tilbud til asylsøkere med psykiske helseproblemer. Inaktivitet og lang ventetid på svar på asylsøknaden øker belastningen for den enkelte asylsøker.

14.2.4.3 *Forsterket avdeling ved ordinære asylmottak*

I 2005 ble det opprettet forsterkede avdelinger ved fire ordinære asylmottak: Dale, Leira, Hobøl og Setermoen. I desember 2009 ble det etablert ytterligere en avdeling i Kristiansand. Avdelingene er hverken en tvangsinstitusjon eller et behandlingstilbud, men et døgnbemannet frivillig botilbud for

personer med særskilte hjelpebehov. Hovedmålgruppen er personer med psykiske problemer som ikke er så syke at de er innlagt på psykiatrisk institusjon, men som for eksempel er medisineret og går til poliklinisk behandling eller har behov for ekstra oppfølging i førstelinjen. Beboere som trenger behandling, skal tas hånd om av psykisk helsevern i kommunen. Det er helsetjenesten som har ansvar for behandling også når det gjelder beboerne i de forsterkede mottakene. Nærhet til et forsvarlig helse- og behandlingstilbud innen psykisk helsevern tillegges stor vekt når de forsterkede mottakene etableres, men beboerne vil bli gitt de samme ventelistebetingelser som alle andre. De forsterkede mottakene skal ikke ta inn beboere som på inntakstidspunktet blir vurdert som farlige av politiet eller av helsetjenesten. UDI har tilrettelagt omsorg for den sistnevnte gruppen på annen måte. Dette tilbudet er også ment å skulle bidra til å skape en bedre situasjon for øvrige beboere og ansatte i ordinære mottak.

En evaluering av Forsterket avdeling ble foretatt av Agenda i 2007, og man konkluderte der med at utfordringene er store når det gjelder å få dette tilbudet til å fungere etter intensjonen. Det er vanskelig å få beboere til behandling i spesialisthelsetjenesten, og man viser til at det kan være en kombinasjon av manglende kapasitet og manglende kompetanse innen traumerettet hjelp i tillegg til språkproblemer (kvalitet og tilgang til tolk). Den største utfordringen for mottakene var personer hvor kombinasjonen psykisk lidelse og rusproblem førte til utagering. For vertskommunene var det utfordringer spesielt relatert til forhold for barn og forebyggingstiltak og tilgang til tilstrekkelig kompetent førstelinjepersonell. En faktor som ble fremhevet som medvirkende til å øke belastningen, var det store antall asylsøkere som ble sittende i lang tid med endelig avslag uten videre tiltak.¹⁸

14.2.5 **Vold og asylmottak**

Den økende usikkerhet og opplevelsen av utrygghet etter alvorlige hendelser hvor asylsøkere hadde vært involvert, førte til at man gjennomførte en studie av vold og trusler i og ved asylmottak i 2007. Arbeidet ble utført av Brøset kompetansesenter i Trondheim for Helsedirektoratet og resulterte i rapporten «Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak».¹⁹ Rapporten tok utgangspunkt i at det bodde 7092 personer i mottak i peri-

18. AGENDA Utredning & Utvikling AS, 2007

19. Nøttestad, 2008

oden. Det var 135 personer som sto bak de til sammen 189 innrapporterte hendelsene. 80 prosent av de 135 personene som sto bak hendelsene, ble registrert én gang, 12 personer var registrert med to hendelser, mens 15 personer ble registrert med 3–5 hendelser. Én tredjedel av hendelsene omhandlet bare verbal aggresjon og trusler, mens de øvrige 70 % av hendelsene besto av en eller annen form for fysisk aggresjon eller vold. I to tredjedeler av hendelsene førte ikke volden til noen fysiske konsekvenser for den voldsutsatte, mens den i en tredel av tilfellene førte til fysisk personskade. Det at de fleste sto bak bare én enkelt hendelse, indikerer at aggresjonen i mange tilfeller kan ha vært et resultat av situasjonsbetinget frustrasjon. Mannlig personale og mannlige beboere var de som hyppigst ble utsatt for aggresjon eller vold.

Det var bare 27 personer (3 per 1000) som hadde flere enn to gjentatte hendelser. Det synes ikke å være et stort tall når det samlet tilsvarende hendelser knyttet til 1,2 % av den samlede gruppe asylsøkere i denne perioden, og tatt i betraktning at dette dreier seg om en gruppe mennesker i en svært vanskelig livssituasjon. På den annen side vil slike hendelser lett kunne føre til frykt hos personale og medbeboere, og de må derfor tas alvorlig. De kan øke risikoen for alvorligere hendelser ved uhensiktsmessig håndtering, og kan føre til unødvendig belastning av personale på grunn av frykt og til stigmatisering av de 98,8 % asylsøkere som ikke er innblandet.

For å forebygge vold i mottak har UDI prioritert sikkerheten i mottakene, både for beboere og ansatte. For å heve mottaksansattes kompetanse knyttet til psykisk helse og risiko for vold har UDI arrangert kurs i risikovurdering i alle regioner, med oppfølgingen av de ansatte for å sikre at ny kunnskap blir tatt i bruk. Det har også vært holdt kurs om menneskehandel og konflikthåndtering for mottakene og deres samarbeidspartnere. Dette gjenspeiler etatens ønske om å forbygge negativ utvikling i mottak på forskjellige måter. For eksempel fikk mottakene i juli 2009 tilsendt en dokumentarisk film fra UDI som et pedagogisk hjelpemiddel i konflikthåndtering av ungdom. Filmen formidler grunnleggende prinsipper og metodikk for konflikthåndtering blant barn og unge i mottak, og kan hjelpe mottaksansatte i opplærings- og informasjonsarbeid for beboere, både på ordinære mottak og mottak for enslige mindreårige asylsøkere. Alle asylmottak har ansvar for å lage et informasjonsprogram på bakgrunn av UDIs rammeplaner, men det er opp til den enkelte driftsoperatør å gjennomføre det.²⁰ En rapport om «Vold mot kvinner i asyl-

mottak» utarbeidet av Amnesty International Norge viste at vold i nære relasjoner var den formen for overgrep som rammet flest kvinner i mottak.²¹ Vold mot kvinner utført av ektefellen eller en annen i familien er en stor utfordring i asylmottakene fordi vold som foregår i det private rom, er vanskeligere både å avdekke og å forebygge, men desto viktigere å være oppmerksom på. Det har derfor blitt arrangert kurs for menn med det formål å forebygge vold, derunder seksualisert vold, mot kvinner. Dette er igangsatt som prøveprosjekt på asylmottak i Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark og Vestfold. Utlendingsdirektoratet har samarbeid med Alternativ til vold og med de regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene). Voldsundervisning (et samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk) ble høsten 2009 en del av introduksjonsordningen som alle nybosatte skal gjennom, men det er for tidlig å si noe om effekten av disse tiltakene.

Resultatene fra undersøkelsen fra Brøset kompetansesenter viste at både levekårene for beboerne og arbeidsforholdene for ansatte i mottak bør forbedres. Asylsøkere og ansatte bør ikke oppleve vold og trusler av den art som den foreliggende undersøkelsen dokumenterer. En omfattende innsats for å redusere vold og trusler vil da utgjøre en vesentlig forbedring av levekårene for asylsøkerne og vil også være viktig for de ansatte.

Studier av samspillet mellom individuelle, relasjonelle og miljømessige forhold som fremmer vold i mottak, og de helsemessige konsekvensene for dem som utsettes for vold og trusler, anbefales i rapporten fra Brøset.

Det er identifisert flere svake punkter i tiltakskjeden som skal forebygge vold mot personell og beboere på mottak. Blant annet gjelder dette formidling av kunnskap til den enkelte beboer og de mottaksansatte. Det kan også være vanskelig å få gjennomført tiltak som er planlagt. Det må sikres veiledning av mottakspersonell, og det må etableres meningsfulle aktiviteter for beboerne.

14.2.6 Kartlegging av psykisk helse av personer i mottak

Det er i litteraturen klare anbefalinger om at man bør få en oversikt over den psykiske helsetilstand og eventuelle risikofaktorer, som for eksempel opplevd tortur og tidligere traumatisering, hos

20. Utlendingsdirektoratet, 2006

21. Amnesty International, 2008

nyankomne asylsøkere. Dette bør gjøres med validerte skjemaer og av kvalifisert personell og kan gjøres som del av den generelle helseundersøkelsen. Det foreligger imidlertid ikke tilstrekkelig evidensbasert viten til at man kan anbefale en generell screening av psykiske lidelser hos alle nyankomne asylsøkere/innvandrere.²²

En kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere utført av NKVTS i 2007 viste at dette er vanskelig. Det kom frem at det vil være avhengig av asylsøkernes utdannelsesnivå, men ikke minst er gjennomføringen avhengig av tilgjengelig helsepersonell der asylsøkeren befinner seg. Likevel kan man i de fleste tilfellene foreta en generell kartlegging av helsetilstanden, inkludert om personen er i risikosonen for å utvikle en psykisk lidelse. Både helsemessige og humane argumenter taler for å gjøre dette, og det kan gi positive langtidseffekter å forebygge utvikling av psykisk lidelse.²³

En kartlegging av den psykiske helse kan gjennomføres ved å bruke et skjema som kan fylles ut av sykepleier eller annet helsepersonell i samarbeid med den enkelte.²⁴ Formålet med kartleggingen er å avdekke behovet for hjelp. Kartleggingen kan også danne grunnlag for videre samtaler og oppfølging som vil kunne hindre utvikling av helseproblemer.

Intensjonen i veilederen er at kartleggingen skal utføres, men det er opp til den enkelte kommune om dette skal gjøres. En del steder blir det derfor ikke gjort. Det har også vært problematisert at man avdekker behandlingsbehov når det ikke er tilstrekkelig kapasitet eller kompetanse til å dekke dette behovet.

Kombinasjonen ruslidelse og annen psykisk lidelse og noen ganger kriminalitet gjør arbeidet vanskelig på mottak. Det er da avgjørende hvordan mottak, politi og helseinstanser kan arbeide sammen. Det har vist seg å være viktig med nær kontakt mellom helsevesen og politi i forebyggende øyemed, og det har også vært viktig med informasjon til beboere om at det vil bli grepet inn ved eventuell uro i mottaket. Rutiner for rask forflytning av personer som skaper uro, har også vist seg å være av betydning. Helsepersonell i førstelinjetjeneste har hatt nær kontakt med beboere som har hatt rusproblemer. Etter avslag på asyl har man forsøkt å korte ned ventetiden ved raskt å flytte personer med risikoatferd fra det ordinære

asylmottaket til andre mottak, hvor de kan avvente uttransportering.²⁵

Det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder prioritering av personer i mottak. Det er utilstrekkelig kompetanse om migrasjonshelse hos helsepersonell i Norge, og det samme gjelder politiets kunnskap om traumer og migrasjon.

14.3 Funn fra utvalgets gjennomgang av saker

14.3.1 Fødeland og botid i Norge

Det var 97 (74 %) av gjerningsmennene som var født i Norge, og 106 (80 %) av gjerningspersonene hadde norsk statsborgerskap. Flertallet av dem som var født utenfor Norge var kommet til landet i løpet av de siste fire årene før gjerningstidspunktet (16 av 30 gjerningspersoner med kjent tidspunkt for ankomst til Norge). Det var bare i svært få tilfeller (N = 13) at det forelå informasjon om at gjerningspersonen hadde vært innom mottak. For 12 gjerningspersoner født utenfor Norge, var det ukjent om han/hun var innom mottak, og 10 hadde ikke bodd på mottak.

14.3.2 Psykisk lidelse på gjerningstidspunktet

Andelen som hadde psykisk lidelse på gjerningstidspunktet blant dem som var født i Norge (78 %), var høyere enn hos dem som var født i andre land (52 %) (tabell 14.1).²⁶ Diagnoser gitt på gjerningstidspunktet i disse sakene er som oftest kommet frem i en rettspsykiatrisk erklæring. Tilsvarende funn kommer også frem når det gjelder diagnoser de har hatt i løpet av livet. Årsaken til forskjellen mellom dem som var født i Norge og i utlandet, kan skyldes at utvalget, i sin gjennomgang av saker, hadde mindre tilgjengelig informasjon om psykisk helse tidligere i livet for personer som ikke har bodd i Norge hele livet. De som var født i Norge, hadde oftere rusrelaterte psykiske lidelser (F10-F19) på gjerningstidspunktet (47 %) enn dem som ikke var født i Norge (12 %). En større andel av gjerningspersoner født utenfor Norge hadde diagnosen schizofreni eller paranoid psykose (F20-F29) (24 %) enn gjerningspersoner som var født i Norge (16 %), men forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Det var ikke tilstrekkelig informasjon i den innsamlede dokumentasjon til å analysere kvaliteten

22. Jaranson, 2007

23. Jakobsen, Sveaass, Johansen, & Skogøy, 2007

24. Helsedirektoratet, 2009b, Vedlegg 2, skjema 1

25. Muntlig kommunikasjon med ansatte ved Kristiansand statlig mottak, jan 2010 og Brøset rapporten

26. Kji-kvadrat 8,5, p = 0,004

på tilbudet som var gitt på mottak. Dette inkluderte følgende spørsmål: Var psykisk helse kartlagt på mottakene, hvordan var informasjonsflyten mellom mottak og psykisk helsetjeneste, hva slags oppfølging var gitt etter opphold på mottak, og var det generelt noen negative kommentarer om kvaliteten på mottaksforholdene.

14.3.3 Tidligere vold eller krenkende hendelser

I alt 59 (65 %) av gjerningspersonene hadde opplevd voldelige eller grovt krenkende traumatiske hendelser tidligere i livet (for eksempel voldtekt, tortur, familievold, nedverdiggende behandling, andre relasjonstraumer). Blant personene som man vet om har opplevd krenkende traumer eller ikke, hadde personer født i Norge sjeldnere slike opplevelser enn personer født utenfor Norge (59 % vs. 85 %).

14.4 Vurdering av kunnskap, kommentarer og anbefalinger

Selv om det finnes retningslinjer, veiledere og rundskriv, vet ikke utvalget om de i praksis følges opp som forutsatt. Det må legges bedre til rette for å sikre at helsesjekk faktisk foretas, og at nødvendig dokumentasjon følger vedkommende. I den nye reviderte «Veileder om helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente» gis det en klar anbefaling til kommunene om å organisere tjenesten for asylsøkere i en egen kommunal tjeneste, der fastlegen skal inngå som en del av et tverrfaglig team bestående av kommunalt helsepersonell med kompetanse på asyilhelse.²⁷ Det legges opp til at fastlegen skal fungere som «asylsøkerlege» som en del av den allmennmedisinske kommunale tjenesten. Et slikt tilrettelagt helsetilbud, med ansatt personell, vil i de fleste kommuner

27. Helsedirektoratet, 2009b

Tabell 14.1 Andel som hadde psykisk lidelse på gjerningstidspunktet blant dem som er født i Norge og dem som er født i andre land (N = 129)

	Født utenfor Norge (n = 33)	Født i Norge (n = 96)
Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser (F0-F9)	0	3 (3 %)
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer i løpet av livet (F10-F19)	4 (12 %)	45 (47 %) ²
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F20-F29)	8 (24 %)	15 (16 %)
Affektive lidelser (F30-F39)	2 (6 %)	10 (10 %)
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-F49)	4 (12 %)	11 (12 %)
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59)	1 (3 %)	0 (0 %)
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F60-F69)	6 (18 %)	32 (33 %)
Psykisk utviklingshemning (F70-F79)	0	0
Utviklingsforstyrrelser (F80-F89)	0	3 (3 %)
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F90-F98)	0	10 (10 %) ¹
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	0	2 (2 %)
Totalt (hadde minst en diagnose på gjerningstidspunktet) (F00-F99)	17 (52 %)	75 (78 %)¹

Note: Vi mangler informasjon om mulige diagnoser på tre gjerningspersoner. N er derfor 129.

¹ Signifikant forskjell mellom dem født i Norge og utenfor Norge med P0,05

² Signifikant forskjell mellom dem født i Norge og utenfor Norge med P0,001

kunne være den mest hensiktsmessige organisering i den første fasen.

Det foreligger informasjon om hvilke risikofaktorer mottaksforhold innebærer. Det er på den ene side et svært lite antall personer i gruppen gjerningspersoner som har bodd i mottak. Det kan derfor ikke trekkes noen konklusjoner av det foreliggende materiale om årsakssammenheng mellom bosetting på mottak og drap. På den annen side kan man i litteraturen se dokumentert den negative innvirkning som langvarig opphold i mottak kan ha. Personer med særlig økt risiko vil være personer som tidligere har vært utsatt for vold og krenkelser. Det er derfor viktig å få kartlagt personer med tidligere vold i sin historie, både for å kunne forebygge negativ utvikling av mestringsveien, og for å forhindre forverret psykisk helsetilstand.

Det er behov for kompetanseheving og styrking av helsetilbudet til torturerte og traumatiserte flyktninger. Dessuten bør det også sikres helsetilbud til papirløse innvandrere. Det er av stor betydning å ha et tett faglig samarbeid om personer som har vist tegn til psykisk lidelse med mangelfull affektregulering og sosial forståelse i asylmottak og etter bosetting.

Det bør sikres kultursensitive og traumebevisste helsetjenester. Det er utilstrekkelig med forskning om beskyttelsesfaktorer mot traumatisk stress, empirisk forskning om postmigrasjonsfaktorer og behandlingsforskning for denne gruppen.

Det anbefales at forskning innen disse områdene prioriteres.

Utvalget anbefaler:

- At det sikres en adekvat helseundersøkelse etter ankomst til landet/bosetting i kommunen.
- At det tilrettelegges for økt kompetanse hos helsepersonell i behandling av flyktninger/asylsøkere.
- At det sikres behandlingstilbud for torturofre.
- At det sikres fullverdige helsetjenester til papirløse innvandrere.
- At forskning innen beskyttelsesfaktorer mot traumatisk stress, behandlingsforskning av traumatiserte flyktninger og empirisk forskning om postmigrasjonsfaktorer styrkes.
- At det rettes fokus på barn av traumatiserte innvandrere for å forebygge senere helseproblemer.
- At traumatiserte mindreårige asylsøkere får adekvat behandling.
- At det rettes fokus på rusforebyggende tiltak for innvandrere i mottak.
- At voldsforebyggende tiltak i mottak evalueres.

En grunnleggende forutsetning for å forebygge psykiske lidelser er arbeid med integrering, tilgang til arbeid, sosiale nettverk, familieegjenforening og utdanning. De forebyggende aspekter i dette må ikke undervurderes.

Kapittel 15

Tjenestenes erfaringer etter at en person med kjent psykisk lidelse har tatt liv**Boks 15.1**

«Han hadde ikke begått en eneste voldelig handling før han drepte. Hvordan i all verden skulle vi kunne forutse dette da?! Hvis en ikke er Gud?!»

Overlege på sikkerhetspost

15.1 Sammendrag

SINTEF Helsetjenesteforskning har utført en studie om tjenesteyternes erfaringer etter at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv, og om hendelsen har ført til endringer i rutiner og læring i organisasjonen. Det er blitt gjennomført intervjuer av til sammen 43 fagpersoner som har vært involvert i seks tilfeller hvor en person med kjent psykisk lidelse har tatt liv. Fagpersonene representerer ulike typer tjenester, som sykehus, akuttpost, DPS (Distriktpsikiatrisk senter), kommunale psykiske helsetjenester, politi og fastleger. Undersøkelsen har et helsetjeneste- og systemfokus.

Erfaringer blant fagpersonene er blant annet:

- Episoden hvor en person med psykisk lidelse har tatt liv, hadde gjort et sterkt inntrykk på alle informantene i denne studien, spesielt ansatte i kommunene. Små kommuner så ut til å bli spesielt rystet og berørt av hendelsen.
- Helsepersonellet fortalte at de hadde behov for å bli ivaretatt etter en slik alvorlig hendelse, og flere savnet rutiner for debriefing og oppfølging.
- Flere sa at de hadde behov for mer kompetanse, spesielt knyttet til ivaretagelse av egen sikkerhet og til voldsrisikovurdering.
- Flere oppga å ha fått økt oppmerksomhet på fare forbundet ved at pasienter har ulike typer forfølgelsestanker.
- Det ble reist tvil om DPS-ene har tilstrekkelige rammebetingelser og mulighet for oppfølging av mennesker med aggresjons- og voldsproble-

matikker som er under tvungent psykisk helsevern.

- Mange av dem vi snakket med, mente at hendelsene hadde ført til økt frykt for mennesker med psykiske vansker, både i tjenestene og i lokalsamfunnene.
- I ett tilfelle hadde ikke vedkommende som tok liv, hatt kontakt med den psykiske helsetjenesten før hendelsen.
- Flere av personene som tok liv, hadde hatt kontakt med politiet like forut for hendelsen.
- Mange av de ansatte i tjenestene mente at rusmisbruk var en viktig faktor ved aggresjon, vold og drap. Mange uttrykte også at de følte avmakt i forhold til å hjelpe folk med rusproblemer som ikke selv vil ha hjelp, og at rusmisbruk er en stor samfunnsutfordring.

Konsekvenser som hendelsene har fått for tjenestene, er blant annet:

- De fleste svarte at de samarbeider tettere og hyppigere med andre innen tjenesteapparatet, og at de har fått lavere terskel for å ta kontakt med andre deler av tjenesten etter hendelsen.
- Flere sykehus og DPS har etter drapene bedret eller iverksatt samhandlingsrutiner med hverandre og med kommunene om utskrevne pasienter som kan utgjøre en sikkerhetsrisiko. De sender for eksempel raskere ut epikrise, noen har innført kvalitetssikringsrutiner ved at det skal være to fagpersoner som foretar sikkerhetsvurderinger, og de følger opp utskrivinger med samhandlingsmøter.
- Spesielt ansatte i kommuner retter mer oppmerksomhet mot å ivareta sin egen sikkerhet og har planlagt debriefingsrutiner etter alvorlige hendelser.
- Flere ansatte i spesialisthelsetjenesten sa at de har fått økt fokus på og økt kompetanse på å vurdere voldsrisiko. Dette gjaldt spesielt ansatte på DPS. Ansatte fra flere sykehus og DPS sa også at de har benyttet anbefalinger i veilederen for å vurdere voldsrisiko, og har tatt

i bruk systematiske og strukturerte metoder for å vurdere voldsrisiko.

- Både ansatte i kommunen og i spesialisthelsetjenesten sa at de er blitt mer bevisste på sikkerheten til kvinner og barn som pårørende når en person har en psykisk lidelse, spesielt i forbindelse med samlivsbrudd og sjalusi.
- Mange påpekte også at tiltakene som er iverksatt de siste årene for å bedre kvalitet og samhandling i helsetjenesten, ikke primært skyldes en eller flere spesielle episoder, men også et generelt fokus i samtiden på kvalitet i tjenestene, kvalitetssikring og samhandling.

Mange av de ansatte i de psykiske helsetjenestene som vi snakket med, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, synes at samfunnet har urealistiske forventninger til hva de psykiske helsetjenestene kan oppnå. Det ble spesielt fremhevet at de ansatte kjente avmakt overfor brukergrupper med rusvansker, vold og aggresjonsproblemer og overfor dem som ikke ønsker hjelp. Det var også en vanlig uttalelse at slike hendelser heldigvis er ekstremt sjeldne, og at de ikke kan forebygges 100 prosent, men inngår i den generelle risiko det innebærer å leve i et samfunn.

15.2 Bakgrunn

Flere tragiske tilfeller hvor en person med kjent psykisk lidelse har tatt liv, har ført til offentlig debatt om hendelsene skyldes svikt i oppfølgingen av mennesker med psykiske lidelser, og om hendelsene kunne vært unngått ved bedre oppfølging. Av oppslag i mediene går det ofte frem at vedkommende som har tatt liv, nylig har forsøkt å få hjelp av psykisk helsevern og er blitt avvist, eller har hatt mange innleggelser i det psykiske helsevernet. På bakgrunn av dette oppnevnte Regjeringen i 2009 et utvalg som skal undersøke mulig svikt i systemer og oppfølging etter at mennesker med kjent psykisk lidelse har tatt liv. Utvalget skal vise hvor i systemet det eventuelt har sviktet, finne årsaken til svikten og gi råd om hva som kan gjøres for å forebygge nye tragedier. Utvalget skal levere sin rapport innen mai 2010. Av ressursmessige hensyn har utvalget satt deler av oppdraget ut til eksterne aktører som skal bistå i utvalgsarbeidet. SINTEF Helsetjenesteforskning har utført en studie om tjenesteyternes erfaringer med hendelsene og om hendelsene har ført til endringer i rutiner og læring i organisasjonen.

15.3 Mål og problemstillinger

Målet med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer de ansatte i de psykiske helsetjenestene har gjort etter at en person med kjent psykisk lidelse har tatt liv, og om hendelsene har ført til endringer i rutiner og læring i organisasjonen. Vi retter derfor oppmerksomhet mot tjenestenivået og hva de aktuelle tjenestene har erfart og gjort etter hendelsene, og i tilfelle hvordan. Tjenestene i denne undersøkelsen er sykehus, DPS, psykisk helsetjenester i kommuner, sosialkontor, fastleger og politiet. Vi er spesielt interessert i om tjenester og systemer er endret som følge av hendelsene, og i tilfelle hvordan. Undersøkelsen omhandler derfor ikke vurderinger av faglig eller organisatorisk svikt forut for hendelsene, for eksempel kliniske vurderinger, vurderinger av faglig kompetanse og lignende.

Problemstillinger:

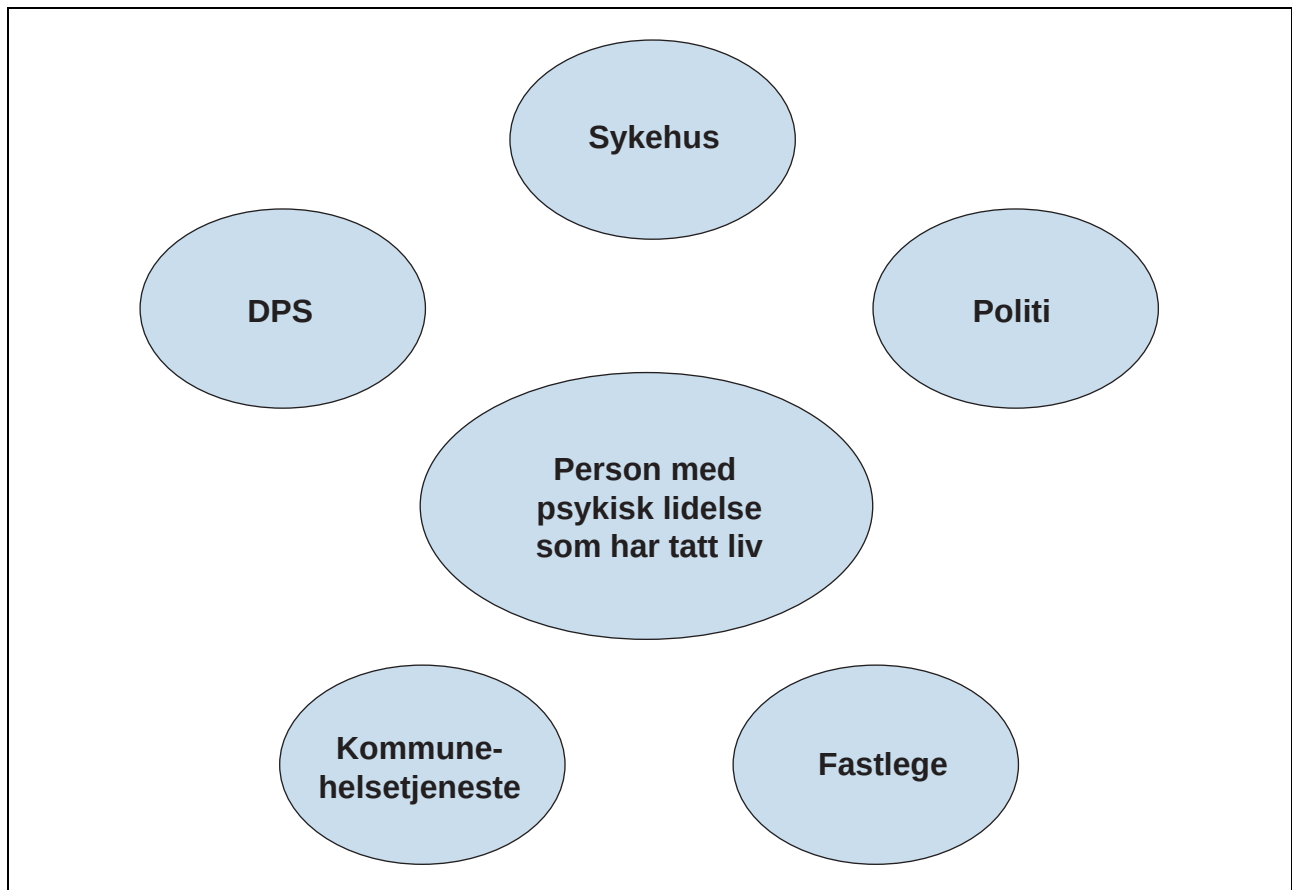
1. Hvilke erfaringer avstedkom hendelsene i de aktuelle tjenestene?
2. Hvordan ble erfaringene brukt i ettertid?
3. Hvordan ble erfaringene omsatt i konkrete tiltak innen tjenestene og mellom tjenestene?
4. Hvordan er iverksatte tiltak blitt evaluert og fulgt opp av de ulike tjenestene?
5. Ble problemstillinger som aktørene eventuelt identifiserte på tvers av tjenestene, fulgt opp som en del av tjenestenes kvalitetsforbedrende arbeid?

15.4 Metode

15.4.1 Kvalitativ metode

Temaet for studien er ansattes erfaringer med hendelser der mennesker med kjent psykisk lidelse har tatt liv, og hvordan disse erfaringene ble brukt i ettertid. For å utforske opplevelser og for å forstå meningen de har for den enkelte og hvilken betydning erfaringene får, kreves en kvalitativ tilnærming. Malterud beskriver kvalitativ forskningsmetode som særlig egnet ved komplekse problemstillinger som omhandler menneskers erfaringer, opplevelser, handlinger og samhandling.¹ For å belyse problemstillingene har vi derfor gjennomført en kvalitativ dybdestudie av seks tilfeller der personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv. Det er benyttet en kombinasjon av dokumentanalyse og intervjuer med størst vekt på intervjuer. Informantene er ansatte i følgende tjenester/institusjoner, jf. figur 15.1:

1. Malterud, 2003



Figur 15.1 Tjenester/institusjoner som informantene er ansatte i

Olsenutvalgets sekretariat valgte ut seks episoder der en person med kjent psykisk lidelse hadde tatt liv. I alle tilfellene oppholdt gjerningspersonen seg i kommunen da vedkommende tok liv. En person var nylig utskrevet fra akuttavdeling, tre hadde hatt lengre tids opphold i sykehus for lengre tid siden, en person hadde hatt mange korte innleggelser i akuttavdeling, og en person hadde ikke hatt noen kontakt med psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten tidligere.

I hvert tilfelle leste vi gjennom relevant dokumentasjon om hendelsen. På bakgrunn av dette identifiserte vi instansene som hadde vært involvert. Det dreide seg om sykehus, Distriktpsychiatriske sentre (DPS), psykisk helsetjeneste i kommunen, fastleger, sosialkontor og politi. Hvilke instanser som hadde vært involvert, varierte fra sak til sak. Vi kontaktet de aktuelle instansene og ba om å få intervju de personene som hadde vært involvert, og som kunne si noe om hva som hadde skjedd i tjenestene etter at hendelsene hadde funnet sted.

Tilfellene vi fikk forelagt, hadde skjedd i perioden 2004–2008. De varierte med hensyn til geografisk beliggenhet, distrikt/storby, liten/stor kommune og hva slags psykiske vansker gjerningspersonen hadde. Det dreide seg om ulike alvorlighetsgrader av psykoselidelser og også om alvorlig depresjon og rusvansker. Fordi hvert enkelt av disse tilfellene er lett gjenkjennbare, har vi av juridiske og etiske hensyn ikke gitt detaljerte beskrivelser av hendelsesforløp og involverte personer. Vi anser heller ikke slik informasjon som viktig for å kunne beskrive generell kunnskap fra undersøkelsen.

15.4.2 Informanter

Siden denne undersøkelsen har et helsetjenestefokus, har vi bare intervjuet tjenesteutøvere fra ulike nivåer i helsetjenesten og fra politiet. Til sammen ble 43 personer intervjuet. Informantene fra kommunene arbeidet for det meste i en psykisk helsetjeneste, noen på sosialkontor og noen som fastlege eller kommunelege.

Tabell 15.1 Oversikt over informanter i utvalget (totalt 43 personer)

Informanter	Tilfelle 1	Tilfelle 2	Tilfelle 3	Tilfelle 4	Tilfelle 5	Tilfelle 6
Sykehus	3	2	8	3	5	
DPS	2	2		2	1	
Kommune	2	2		2	1	
Fastlege	2			1	1	
Politi	2			1	1	
Totalt:	11	6	8	9	9	0

Da vi tok kontakt for å avtale intervjuer, hadde mange av informantene hørt om Olsenuutvalget på forhånd, og vi ble hovedsakelig møtt med stor samarbeidsvilje. Ofte ble vi henvist til ledere av tjenestene, som var behjelpelige med å skaffe informanter og tilrettelegge for intervjuer. Vi opplevde også at enkelte vi kontaktet, ikke ønsket å la seg intervju. En grunn var at hendelsen hadde vært så personlig belastende for dem at de ikke ville gå inn i det igjen. En annen årsak var at man som underordnet i organisasjonen ikke ville uttale seg, og henviste intervjueren til øverste leder.

I en sak (6) fikk vi ikke tak i noen relevante informanter. Dette dreide seg om et tilfelle hvor vedkommende som tok liv, ikke hadde hatt noen kontakt med den psykiske helsetjenesten de siste to-tre årene før drapet skjedde. Fastlegen som vedkommende hadde hatt kontakt med, hadde sluttet i stillingen. I denne saken har vi bare gjennomgått saksdokumenter.

15.4.3 Kvalitative intervjuer

Vi gjennomførte kvalitative intervjuer med utgangspunkt i en intervjuguide som var utarbeidet på forhånd. Intervjuguiden kan være mer eller mindre strukturerte. I denne studien benyttet vi semistrukturerte intervjuer med relativt stor grad av strukturering fordi dette sikrer sammenlignbart datamateriale som gjør det lettere å analysere materialet på tvers av de ulike tilfellene. Vi utarbeidet en intervjuguide bestående av en liste med spørsmål om ulike temaer. Temaene ble utarbeidet ut fra forskningsspørsmålene som undersøkelsen skulle belyse. Den semistrukturerte formen på intervjuene gjorde det mulig å utdype ulike temaer i ulik grad i de ulike intervjuene og å ta opp nye temaer som ble brakt opp av informantene i løpet av intervjuet. Nye temaer som dukket opp i et intervju, kunne tas opp i neste intervju. Intervjuene ble gjennomført individuelt, i gruppe og per telefon.

Fordelen med gruppeintervjuer er at de kan gi effektiv tilgang til flere aktørers synspunkter på et tema. Til forskjell fra individuelle intervjuer får gruppeintervjuer frem informasjon gjennom en dynamisk interaksjonsprosess. Samhandlingen og diskusjonen i gruppen gir ytterligere informasjon om problemstillingene. Ulempen med gruppeintervjuer er at enkelte informanter kan dominere gruppen og forhindre at andre slipper til med sine synspunkter. Det ble gjennomført til sammen seks gruppeintervjuer (med to eller tre informanter sammen), åtte individuelle intervjuer og åtte telefonintervjuer. Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker og transkribert. Dette materialet vil bli destruert etter at oppdraget er avsluttet.

15.4.4 Dataanalyse

Intervjuutskrifter og saksdokumenter utgjorde våre kvalitative data. Intervjuutskriftene ble analysert ved en kvalitativ analysemetode for systematisk tekstkondensering, mens saksdokumentene ble brukt som bakgrunnsinformasjon i analyseprosessen.² Analysen ble gjennomført i fire trinn. Først leste vi alle intervjuene flere ganger for å danne oss et helhetsinntrykk av materialet. Deretter identifiserte vi meningsbærende enheter i teksten, og de fikk betegnelser som for eksempel «sjokkartet opplevelse» eller «samarbeid med politiet». De meningsbærende enhetene ble så sortert, slik at de med lignende meningsinnhold ble plassert i samme gruppe. Dette er en prosess som krever stadig revurdering inntil alle de meningsbærende enhetene er plassert i «riktig» gruppe, for eksempel gruppen som omhandler ansattes opplevelse av hendelsen som faglig og personlig belastende, eller gruppen med informantenes uttalelser om hvordan man kan forutsi og forebygge slike hendelser. Siste trinn i analysen var å sammenfatte

2. Giorgi, 1985; Malterud, 2003

og abstrahere innholdet i hver gruppe og utarbeide egnede kategorier for innholdet i de ulike gruppene. Deretter fant vi overskrifter som beskriver innholdet i de ulike kategoriene, for eksempel «Personlig belastning for de involverte» eller «Risikovurdering». Til slutt valgte vi sitater som vi mener illustrerer sentrale funn. Ved hjelp av denne metoden kunne vi sammenfatte flere fortellinger fra mange forskjellige typer informanter. Vi kunne også identifisere og analysere forhold som ikke var beskrevet i problemstillingene før evalueringen. For eksempel var ansattes opplevelse av urimelige forventninger ikke tema i intervjuguiden.

15.4.5 Juridisk rammeverk og etiske hensyn

Unntak fra taushetsplikt og anonymisering til denne undersøkelsen er regulert gjennom lov av 19. juni 2009 nr. 73 om utvalg som skal undersøke forhold knyttet til at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv.

Det dreier seg om dramatiske hendelser, og vi var bekymret for om informantene skulle oppleve intervjuet som emosjonelt belastende og vanskelig. Informantene uttrykte tvert imot at de syntes det hadde vært godt å snakke om hendelsene i ettertid til tross for at de var dypt berørt.

15.5 Resultater

15.5.1 Personlig belastning for de involverte

Alle informantene fortalte at den aktuelle hendelsen hadde gjort dypt inntrykk på dem, og flere hadde opplevd den som svært dramatisk og personlig belastende. Noen av informantene sa at det å stå i disse episodene som psykisk helsearbeider hadde vært, og var fortsatt, en stor emosjonell belastning, og at de var sterkt berørt både faglig og personlig. De trakk spesielt frem det å håndtere grubling om skyld og ansvar og om de kunne ha handlet annerledes før hendelsen, som spesielt belastende. Videre sa noen at det var særdeles krevende å følge opp de pårørende etter hendelsen. En erfaren psykiater uttrykte det slik:

«Jeg har aldri mistet noen på denne måten. At noen har tatt livet av en annen. Denne saken her holdt på å ta knekken på meg. Det er noen hendelser som får en til å tenke og spørre seg selv: Klarer jeg dette?»

Det ble sagt at hendelsene gjorde spesielt inntrykk på fagfolk med begrenset erfaring. En sa:

«Dette er fryktelig skremmende, særlig for dem som ikke har vært borti noe sånt før, de som er litt unge og uerfarne.»

Psykiatrisk sykepleier

Også mange informanter med lang erfaring, både fra kommune, DPS og sykehus, påpekte at slike saker gjør inntrykk:

«Disse sakene er svært belastende for de involverte og heldigvis så sjeldne at vi husker dem godt. Vi glemmer dem aldri!»

Overlege på sykehus

Frykt kom ofte opp som et tema i intervjuene, frykt hos både involverte fagpersoner og i lokalmiljøet. Informantene snakket om frykt for nye hendelser, frykt for ikke å ha gjort nok, for å få kritikk, for å bli sittende ansvarlig og ikke minst frykt for mennesker med psykiske lidelser. Spesielt de som jobbet hjemme hos personene som tok liv, kjente frykt for at noe lignende skulle skje igjen:

«Dette satte en støkk i oss. Vi er blitt mer engstelige og redde.»

Sykepleier i kommune

Flere ansatte i kommuner virket rystet selv mange år etter hendelsen. Noen av informantene fortalte hvordan hele lokalsamfunn var blitt traumatisert av hendelsen. Det ble beskrevet hvordan hendelsen i ettertid hadde utløst frykt i lokalbefolkningen for alle som kunne tenkes å ha en psykisk lidelse. Noen steder hadde det nærmest oppstått lynsjestemning og borgervern mot personer som lokalmiljøet opplevde som truende. De mente også at integrering av mennesker med psykiske lidelser hadde blitt vanskeligere, og at de hadde blitt utstøtt fra lokalsamfunnet. I små kommuner hadde også flere av de ansatte hatt private relasjoner til de involverte, noe som ble opplevd som en ekstra belastning.

«Det kan være en utfordring i små kommuner at de fleste har så mange relasjoner til hverandre. Vi er berørte, involverte og rammet alle sammen når noe slikt skjer.»

Psykiatrisk sykepleier i liten kommune

Flere informanter påpekte også at det kan være utfordrende å utføre et godt fagarbeid når slikt skjer i små kommuner og DPS. En beskrev det slik:

«Det kan bli litt uprofesjonelt og tilfeldig. Det er vanskelig å få til godt profesjonelt arbeid og samarbeid i små forhold. Alle kjenner alle og er involvert i alt.»

Leder på sosialkontor

En kommunelege sa:

«Denne saken traumatiserte en hel bygd!»

Flere psykiske helsearbeidere i kommunen mente at de hadde sett en økning i langtidssykefravær etter hendelsen. Dette ble tolket som en følge av den store psykiske belastningen det hadde vært å stå i disse situasjonene. Noen steder førte det til at ansatte kviet seg for å ta på seg lignende oppgaver og måtte forholde seg til en så stor krise igjen. Vi fikk inntrykk av at frykten var mer omfattende i de kommunale tjenestene enn i spesialisthelsetjenesten. Et eksempel på det er at flere psykiatriske sykepleiere i kommunen sa at de ansatte i hjemmetjenestene hadde blitt svært skremt og i noen tilfeller vegret seg for å gå hjem til mennesker med psykiske vansker etter hendelsen. Vi får også inntrykk av at nærhet til hendelsen er en faktor, og at jo nærmere fagpersonene var hendelsen, desto mer rystet ble de. Det ser ut til at jo kortere tid som har gått siden hendelsen, desto mer berørt er fagfolkene av hendelsene.

Som lyn fra klar himmel

Mange fremhevet sjokket og overraskelsen over at det utenkelige faktisk kunne skje, som den viktigste og mest slående opplevelsen. Flere sa også at dette var en så overraskende og dramatisk hendelse at de ikke trodde at de kunne ha forberedt seg på at det kunne skje.

«Vi fikk sjokk fordi ingen hadde trodd at noe slikt kunne skje. Denne mannen ble jo ikke vurdert som å utgjøre noen spesiell risiko for farlighet eller vold. Suicidal kanskje, men ikke en som kunne utøve vold. Personalet var veldig uforberedt. Hendelsen gjorde enormt inntrykk på dem som jobbet i tjenestene.»

Psykiatrisk sykepleier i kommune

Den opplevde emosjonelle belastningen varierte, og det ser ut til at ansatte i kommuner og DPS er spesielt sterkt berørt. På sykehus uttrykte de som hadde vært direkte involvert i hendelsen, mer belastning enn de som hadde vært fjernere. Det ble for eksempel sagt av flere informanter at selv om hendelsen hadde gjort inntrykk, opplevde de den ikke som spesielt belastende, men at dette er noe man regner følger med jobben. Et eksempel på en slik opplevelse kan illustreres med dette sitatet:

«Slike saker er ikke en spesielt stor belastning. Vi har debrifingsrutiner i teamet. Psykiatrien forvalter psykisk helsevernlov. Vi blir sittende med et stort ansvar, det følger med jobben.»

Overlege

Ikke alle opplevde hendelsene som sjokk. Informanter fra politietaten sa de ikke var sjokkert eller overrasket, men at de i noen tilfeller nesten kunne tenkt seg et slikt utfall. Følgende uttalelse illustrerer dette:

«Jeg var ikke overasket over at han drepte. Han hadde gått rundt i bygda med et slikt blikk, med noe mørkt og truende i blikket. Så det var mange som var redd ham. Han var en outsider som hadde falt ut av samfunnet, som ikke passet inn noen steder. Han hadde aldri greid å etablere noe eget liv med utdanning og jobb og hadde bare blitt boende hjemme... Det var rett og slett ingen overraskelse at han ble drapsmann.»

Politibetjent

Hovedinntrykket er at så godt som samtlige vi snakket med, tenkte at det heldigvis er ekstremt sjelden at en person med psykisk lidelse tar liv.

Ikke alle som tok liv, var kjent av de psykiske helsetjenestene. I ett tilfelle hadde ikke vedkommende som drepte hatt kontakt med helsetjenesten de siste to-tre år før vedkommende tok liv. Historien i tekstboksen under er et eksempel på hvorfor personen ikke har hatt kontakt med den psykiske helsetjenesten før han tok liv. Dette tilfellet er interessant fordi det sier noe om begrensningene helsetjenesten har når det gjelder å fange opp personer som trenger hjelp. I dette tilfellet ser det ut som om vedkommende bare hadde kontakt med fastlegen sin og politiet før vedkommende tok liv.

Boks 15.2

En ung mann har studert i utlandet og kommer hjem med psykotiske symptomer. Han tror han blir forfulgt og overvåket av noen fra rommet. Familien hjelper ham med å skaffe seg en egen leilighet, og han fortsetter å studere. Det går opp og ned meg ham. Han mottar noe støtte av familien, mens han lever mer og mer isolert. Han går til fastlegen og ber om en henvisning til psykolog og blir henvist til den lokale DPS. Han får beskjed om time i posten, men møter aldri opp. To år senere tar han mors liv. Han har flere ganger det siste året forut for hendelsen tatt kontakt med politiet og bedt om hjelp fordi han var redd og ville anmelde forfølgelse og overvåking. Ellers har han ikke hatt kontakt med helsetjenesten.

15.5.2 Behov for ivaretagelse og bearbeiding

Mange fortalte i intervjuene at de ikke synes at de hadde snakket nok om hendelsen, og at de i ettertid har kjent at de hadde hatt behov for å bli bedre ivaretatt som fagpersoner og mennesker etter den belastende hendelsen. Erfaringene med å ha blitt ivaretatt varierer svært blant dem vi har snakket med. Noen hadde opplevd god støtte fra organisasjonen, kolleger og ledere, mens andre hadde opplevd å bli stående alene. Noen opplevde at ledere og kolleger hadde vært mer opptatt av å ta vare på seg selv enn å støtte andre. Det kan se ut som en slik dramatisk hendelse også kan skape reaksjoner som kan beskrives som å redde seg selv, holde ryggen fri og komme seg unna ansvar og skyld. Dette skyldes muligens både frykten for å bli sittende med et juridisk ansvar eller få kritikk, men også om å mestre en alvorlig sak i mer faglig og moralsk forstand. Noen antydte at de kanskje kunne fanget opp noen signaler vedkommende gjerningspersonen, eller fulgt vedkommende tettere opp, men de fleste hadde kommet til at de ikke kunne gjort noe annerledes, noe som kunne forhindret hendelsen.

Spesielt ansatte i kommunene sa at etter hendelsen hadde de hatt mer fokus på og planlagt ulike rutiner for ivaretagelse av ansatte og debriefingsrutiner etter alvorlige hendelser. Den psykiske helsetjenesten i kommunen fikk ofte et ansvar for å følge opp de andre kommunale tjenestene, som også hadde kontakt med vedkommende som tok liv. Ved ett tilfelle hadde for eksempel hjemmetjenesten som vasket hjemme hos vedkommende, blitt veldig redd og engstelig og vegret seg generelt for å gå hjem til personer med psykiske vansker. I dette tilfellet måtte den psykiske helsetjenesten ivareta hjemmesykepleiens behov for bearbeiding og veiledning. Noen fra kommunene sa også at de etter hendelsen hadde kjent en forventning om at de skulle følge opp mange i kommunen, og de følte at de kom til kort. De hadde ikke tid og mulighet til å følge opp alle, eller de hadde ikke sett at vedkommende hadde behov for å bli fulgt opp.

Ansatte på sykehus sa ofte at de hadde på plass rutiner for å følge opp ansatte etter slike hendelser allerede før den aktuelle hendelsen skjedde, og at disse rutineene fungerte godt. Mange påpekte at dette er en ekstremt sjelden hendelse, men at selvmord er noe man kan regne med å oppleve, og at oppfølgingsrutiner etter selvmord også fungerer her. I de sakene vi har undersøkt, varierte det i hvor stor grad sykehusene hadde tatt ansvar for å følge opp berørte i kommunene. I noen tilfeller hadde de gjort det, i andre tilfeller mente de at dette primært er DPS' oppgave. Enkelte sykehu-

sansatte hevdet at siden gjerningspersonen var utskrevet fra sykehus, hadde de ikke noe ansvar for å følge opp ansatte i kommunen etter hendelsen.

Helsepersonellet vi snakket med, opplevde i noen tilfeller at de ikke hadde fått nok konkret informasjon om hva som faktisk hadde skjedd under hendelsen. De satt for eksempel igjen med spørsmål omkring hvordan drapet var begått. Det at de satt igjen med ubesvarte spørsmål opplevde noen av informantene som et hinder for å bearbeide hendelsen tilstrekkelig og legge den bak seg.

15.5.3 Endringer i rutiner og systemer

Mange trakk frem at det generelt har skjedd store endringer i tjenestenes rutiner og systemer i løpet av de siste ti årene, men at det har vært et resultat av økt fokus på kvalitetsutvikling og på farlighets- og voldsrisiko og ikke en følge av den aktuelle hendelsen. Blant annet nevnte flere at de nå jobber i tråd med rundskrivet «Vurdering av risiko for voldelig atferd», som ble gitt ut av Sosial- og helsedirektoratet i 2007.³ Andre store endringer som ble nevnt, var: innføring av arbeid med individuell plan, oppbygging av DPS-strukturen, nedbygging av sykehusene, oppbygging av kommunale psykiske helsetjenester, opptrappingsplanen i psykisk helse generelt og mer fokus på samhandling. Noen av informantene fortalte imidlertid at de har jobbet mye med å innføre og forbedre skriftlige rutiner og prosedyrer etter den aktuelle hendelsen.

Konkrete eksempler på tiltak og endringer i rutiner med sikte på å øke og bedre samhandling i og mellom tjenestene:

- Økt samarbeid (både uformelt og formalisert) mellom de ulike tjenestene og mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.
- Innføring av mer strukturert samhandling mellom sykehus, DPS og kommune, gjerne med samarbeidsavtaler og konkretisering av ansvars- og oppgavefordeling. Et eksempel er rutiner for veiledning og debriefing.
- Konkretisering av kliniske rutiner ved overføring til kommune, inn- og utskrivning på sengepost og ved medisinerings.
- Innføring av virksomhetshåndbøker og sjekklister.
- Oppretting av kriseteam og rutiner ved kriser.
- Arbeid med å forbedre arbeidet med epikrise og individuell plan.

3. Sosial- og helsedirektoratet, 2007a

- Økt fokus på opplæring av nytilsatte medarbeidere.
- Innføring av formelle kvalitetskrav og minstestandarder ved innleggelse og utskriving.

Tiltak og endringer i rutiner for å bedre vurderingen av voldsrisiko:

- Innføring av faste rutiner for vurdering og håndtering av aggresjon, trusler om vold og risiko for vold.
- Mer systematisk bruk av voldsrisikoinstrumenter (VRS-10, HCR-20, VAFA, START, BVC, m.m.).
- Mer systematisk bruk av kliniske instrumenter som måler funksjonssvikt, psykiatriske symptomer og rusmiddelbruk (GAF-F, GAF-S, AUDIT, DUDIT, YMRS; sjekkliste somatikk, SCL-90-R, Calgary depresjonstest, m.m.).
- Gjennomføring av rundskriv fra Helsedirektoratet: «Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy».⁴
- Innføring i bruk av sjekklister som «Skjema for varsel signaler og kriseplan».
- Økt sjekk etter våpen og narkotika på sengepostene.

Alle vi snakket med, hadde rutiner for voldsrisikovurdering i større eller mindre grad. Noen hadde innført bruk av dem allerede før hendelsen, og andre bedret sine rutiner og innførte systematisk bruk av voldsrisikovurderinger som en følge av hendelsen. Som forskere fikk vi en klar oppfatning av at kritikken fra mediene mot de psykiske helse-tjenestene hadde blitt tatt på alvor, og at alle de aktuelle instansene har lagt ned et betydelig arbeid med å kvalitetssikre tjenestene med tanke på å forebygge vold, selvmord og drap. Flere av dem vi intervjuet, la imidlertid vekt på at endringer og tiltak ikke var en følge av disse hendelsene, fordi rutinene og systemene var på plass på forhånd og viste seg å fungere godt ved den aktuelle hendelsen. Enkelte påpekte også at hendelsene ble opplevd som så spesielle og uforutsigbare at man ikke kunne se noen tiltak som kunne ha forhindret dem. Synspunktet kan illustreres med følgende uttalelser:

«Dette tilfellet er så spesielt at det blir meningsløst å skulle legge om rutinene eller sette i gang masse tiltak på bakgrunn av en slik hendelse.»

Leder sykehus

«Denne pasienten hadde ikke på noe tidspunkt blitt vurdert som farlig. Han møtte frivillig til

behandling regelmessig og fikk medisiner. I ettertid har vi tenkt at vi gjorde det vi kunne. Jeg synes ikke at vi fortjener noen ripe i lakken i dette tilfellet, jeg kan ikke se at vi kunne gjort noe annerledes.»

Overlege DPS

«Kan ikke se at vi har gjort noen åpenbare feil hos oss. Ser ikke at vi kunne gjort noe annerledes.»

Leder i kommunalt psykisk helsearbeid

«Jeg tror ikke at vi kan strukturere oss bort fra sjeldne og alvorlige hendelser.»

Psykiater DPS

Evaluering av endringer i rutiner og systemer

Vårt inntrykk er at sykehus, DPS og politiet har faste og strukturerte rutiner for gjennomgang etter alvorlige og spesielle hendelser. Sykehus og DPS har fagråd og kvalitetsråd i avdelingen og i divisjonen. Om dette også gjelder evaluering av endringer i interne rutiner og systemer, har vi ikke sikker kunnskap om. Vi fikk ikke inntrykk av at de kommunene vi undersøkte, hadde det samme strukturerte systemet for systematisk gjennomgang av alvorlige hendelser. En kommune fortalte derimot at de nylig hadde startet med å ha en systematisk gjennomgang av rutiner ved kriser to ganger i året med involverte samarbeidspartnere. Dette tiltaket involverte personer fra flere kommunale tjenester. Informanter ved en politistasjon fortalte at de hadde evaluert saken og oppfølgingen sammen med et politikammer fra en nabokommune for å se om det var noe de kunne lære av det, og om de hadde gjort en adekvat og god jobb. Det ser ut til at politiet har rutiner for systematisk gjennomgang av alvorlige hendelser, som blant annet inkluderer å gå gjennom hendelsesforløpet sammen med andre som ikke har vært direkte involvert, dette som en kvalitetskontroll eller som en «second opinion».

15.5.4 Samarbeid og ansvar

De fleste informantene fortalte at de samarbeider tettere med det øvrige hjelpeapparatet nå enn tidligere, og at de har lavere terskel for å ta kontakt med andre tjenester. Som konkrete eksempler på tettere samarbeid nevnes at politiet samarbeider hyppigere med spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, at psykisk helsetjeneste i kommunen veileder andre kommunale tjenester, at sykehus veileder og følger opp DPS, og at DPS gjør det samme overfor kommunen. Det foregår mye

4. Sosial- og helsedirektoratet, 2007a

samhandling mellom ulike nivåer og ulike tjenestesteder. Følgende sitater kan illustrere det:

«Konkret så har vi faste møter med DPS og veiledning 4–6 ganger i året. Det er nytt etter denne hendelsen. Vi samarbeider også tett med lensmannen. Vi er blitt mer kjent med hverandre og samarbeider tettere, spesielt omkring personer med psykoser.»

Psykiatrisk sykepleier i kommune

«Vi følger ikke opp så dårlige folk mer. Da må de være på sykehus. Vi er mer på hugget om å dele ansvaret med spesialisthelsetjenesten, slik at vi ikke blir sittende med ansvaret alene.»

Leder psykisk helseteam i kommune

Noen steder sa ansatte at de hadde forbedret utskrivingsrutinene etter hendelsen, for eksempel når en pasient skrives ut til kommunen. Dette kan illustreres ved følgende uttalelse:

«Jeg er blitt mye mer tydelig når jeg overfører pasienter og skriver epikriser. Jeg tar ingen sjanser mer. Nå skriver jeg helt konkret at hvis pasienten slutter med medisiner, skal han legges inn.»

Leder DPS

Det bedre samarbeidet som informantene snakker om, er både formelt og uformelt. Det uformelle samarbeidet beskrives som at de ansatte kjenner hverandre bedre personlig og raskere tar en telefon og drøfter med hverandre. Vi fikk inntrykk av at dette også innebærer at de har fått økt tillit til hverandre som tjeneste og som fagpersoner. Et eksempel på en slik uttalelse kan være følgende sitat fra en ansatt i en liten kommune:

«Vi har fått telefonnummer direkte til psykiaterne på sykehuset. Og de tar telefonen hver gang! Det hadde vi ikke før. Og det gir en enorm trygghet.»

I cirka halvparten av tilfellene i denne studien hadde sykehus, DPS og kommuner faste rutiner og møtepunkter for samarbeid på tvers av tjenestene. Et eksempel var at ansatte fra sykehuset reiser ut og har faste møter med ansatte i kommunehelsetjenesten og DPS. Av og til er også politiet med på disse møtene.

Noen steder var sykehus og DPS nærmest samlokalisert med tette bånd og felles ansvarsområder, mens de i andre tilfeller var mer atskilte og samarbeidet mindre om personer i kommunene som trengte hjelp. Et eksempel på det siste vises i følgende utsagn:

«Kommune og DPS jobbet tett med ham og rundt ham. Derfor var det ikke planlagt noen tiltak fra sykehusets side.»

Overlege sykehus

Regelmessig, formelt samarbeid mellom sykehus og kommune forekommer ikke på langt nær alle steder. I noen tilfeller er DPS kommunenes kontakt inn mot spesialisthelsetjenesten, og noen steder angir kommuneansatte at de samarbeider godt med noen avdelinger ved sykehus eller DPS og mindre godt med andre. Et sted ble det også fortalt at sykehuset ville at alle henvendelsene skulle gå via fastlegen, og at det kunne være frustrerende for de ansatte i kommunale tjenester at de ikke kunne ta direkte kontakt med akuttavdelingen. Vi får inntrykk av at forskjellene i samhandling og ansvarsforhold har sammenheng med både organisatoriske, geografiske og andre forhold ved DPS' og sykehusenes opptaksområder. I en stor kommune opplever de ansatte i kommunen at sykehuset er både fraværende og utilgjengelig, og at dette ikke har blitt bedre etter denne konkrete hendelsen. Et eksempel på en slik erfaring:

«Det er vanskelig å nå frem til sykehuset og få til noe samarbeid. Det er ikke lett når akuttposten vil ha en person fortest mulig ut, og vi føler at vi trenger mer tid til å forberede tilbudet i kommunen.»

Leder i psykisk helsetjeneste kommune

De stedene hvor det hadde skjedd endringer i samarbeidet etter hendelsene, ble det ofte lagt vekt på at dette ikke bare skyldtes den aktuelle hendelsen, men også en generell tendens i samtiden med økt oppmerksomhet på samhandling. Både opptrappingsplanen, samhandlingsreformen og regelverket om individuell plan ble nevnt som uttrykk for dette.

Ansvarsdeling eller ansvarsavgrensning?

Uttalelser om ansvar går igjen hos flere informanter, og vi oppfatter det som et positivt funn at flere mente at avdelingsledere i spesialisthelsetjenesten fremsto som tydelige og hadde tydeliggjort ansvarsforholdene.

Noen informanter beskrev eksempler på samarbeid som kan karakteriseres som ansvarsdeling, der kommune, DPS og sykehus arbeider sammen på en felles arena. Andre informanter beskrev samarbeid som heller kan karakteriseres som ansvarsavgrensning. For eksempel mente noen, spesielt ansatte i sykehus, at når de hadde skrevet ut en pasient, hadde de dermed overført ansvaret til DPS og kommunen. I en av sakene som inngår i

denne studien, uttalte sykehusansatte at DPS hadde ansvaret for oppfølgingen, mens ansatte ved DPS mente at den daglige oppfølgingen var kommunens ansvar. I noen tilfeller så det ut til at årsaken til at tjenestene ikke oppfattet oppfølging av en person som sitt ansvar, var at de oppfattet rusmisbruk som vedkommendes hovedproblem, og at psykisk helsetjeneste ikke har så mye å tilby til denne pasientgruppen.

DPS og kommunenes rammer og mulighet for oppfølging

Det ble fremhevet av flere informanter at det er stor forskjell på kompetanse og erfaring hos fagpersonale i ulike DPS. Flere stilte generelle spørsmål om DPS er faglig og materielt i stand til å ta på seg alle funksjoner de er tiltenkt å ha. Dette fremheves spesielt i strøk utenfor storbyene, hvor DPS kan være lite og ha vanskeligheter med å rekruttere og beholde kompetent personale. Spesielt ble nevnt ansvaret for å følge opp personer under tvungent psykisk vern uten døgnopphold. Denne bekymringen deles av ansatte både i sykehus og i DPS. På steder som preges av stort gjennomtrekk av fagfolk, vil de profesjonelle som er der, i tillegg inneha lite erfaring og lite lokalkunnskap. Det kan se ut til at steder hvor DPS sliter med å rekruttere nok fagfolk, spesielt psykiatere og psykologspesialister, kompenserer sykehusene for dette ved å ta mer ansvar. Et eksempel kan illustreres gjennom følgende uttalelse:

«Vi skriver direkte ut til hjemmet uten å gå via DPS. Vi kjører prosessen fra utskrivning og til egen bolig og så videre. Vi følger dem tett opp og får vite med en gang hvis de ikke tar medisiner, eller hvis de blir verre.»

Overlege på sikkerhetspost

«Det er en del ved DPS-strukturen som er litt for romantisk. Det er en del DPS hvor det er en eller to psykiatere, og da kan de ikke ta unna særlig mye.»

Overlege sykehus

Det blir også stilt spørsmål ved om kommunene har rammer for å følge opp alle pasienter med psykose og/eller volds- og aggresjonsproblemer, noe følgende sitat er et eksempel på:

«Jeg har ingen illusjon om at vi helt kan forebygge drap, men pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko, bør følges tett opp av spesialisthelsetjenesten.»

Psykiater DPS

15.5.5 Risikovurdering

Informantene snakket mye om voldsrisikovurdering, og mange gjorde rede for ulike kartleggingsverktøy og rutiner for bruk av dem. Flere etterlyste mer kompetanse på risikovurdering, mens andre sa de hadde tilegnet seg mer slik kompetanse. For eksempel fortalte ansatte i flere DPS at de ansatte gjennomførte ulike strukturerte opplæringsprogrammer i voldsrisikovurdering. Noen hadde også lagt om rutinene ved voldsrisikovurderingen, noe denne uttalelsen er et eksempel på:

«Denne mannen følges tettere opp nå etter drapet. Vi er blant annet to om vurderingene når det gjelder ham. Dette er for å dele ansvaret og som kvalitetssikring av vurderingene. Det er nytt at en overlege vurderer som en «second opinion.»

Overlege DPS

Samtidig, kanskje spesielt ved noen sykehus og DPS, uttalte psykiatere skepsis til påliteligheten til voldsrisikoverktøy og understreket hvor farlig det er å ha blind tiltro til dem. Det understrekes at det ikke er mulig å forutsi all risiko for at noen skal utøve vold. Følgende uttalelser kan stå som eksempler:

«Samfunnet overvurderer kvaliteten og validiteten på voldsrisikoverktøyene. Dette kan gi en falsk trygghet. De er faktisk ganske usikre. Og vi kan ikke bedre.»

Overlege DPS

«Det var ingen grunn til å foreta noen farlighetsvurdering på denne mannen her. Når vedkommende ikke ved noen tidligere episoder har utført vold, så blir en farlighetsvurdering rene lotto, det er som å slå kron og mynt. Er det da moralsk og etisk riktig og gjøre en farlighetsvurdering?»

Psykiater sykehus

«Vi vil aldri greie å forutsi alle. Halvparten av dem som tar liv, har aldri vært i kontakt med psykiatri. Vi snakker om tre drap i året, det er det vi kan forebygge ved å legge inn alle med psykoser. Samfunnet har altfor høye forventninger til oss.»

Overlege sikkerhetspost

Flere fortalte oss at de etter den aktuelle hendelsen hadde blitt mer oppmerksom på faren forbundet med psykotiske symptomer, som ulike typer forfølgelsestanker, bisarre forestillinger og oppfatthet av døden, og på pasienter som opplever kommanderende stemmer med voldelig innhold. Mens flere av personalet i sykehus og DPS sa at de

hadde fått bekreftet hvor farlig slike forfølgelses-tanker er, så flere ansatte i kommunene og politiet at de nå var blitt mer oppmerksom på dette. Noen av psykiaterne var opptatt av hvordan man kan identifisere pasienter med slike symptomer. Flere snakket om paranoiditet/forfølgelsesforestillinger:

«Vi har fått veldig stor respekt for paranoiditet som symptom. Vi har sett hvor farlig det kan være.»

Psykiatrisk sykepleier i kommune

«Vi var selvsagt sjokkert over at slikt kan skje, og er blitt mer oppmerksom på slike psykiske problemer som dette her.»

Politibetjent om paranoiditet

Flere har også reflektert over at samlivsbrudd og sjalusi av og til er årsaken til den dødbringende volden, og de forteller at de er blitt mer opptatt av faren for kvinner og barn i forbindelse ved samlivsbrudd og sjalusi, som følgende sitat kan illustrere:

«Jeg er blitt mye mer oppmerksom på faren for kvinner og barn ved samlivsbrudd og sjalusi. Sjalusens dødbringende kraft!»

Fastlege

I ett tilfelle omtalte politiet en person som potensielt voldelig med et spesielt mørkt blikk og truende utstråling. Representanter for DPS og sykehus sa at de aldri vurderte den samme personen til å utgjøre noen risiko. Man kan undre seg over om situasjonen kan se annerledes ut fra politiets/kommunens side enn fra sykehusets/DPS' side. De vi snakket med fra politiet, fortalte også at de hyppig får telefoner fra personer som vil anmelde overvåking og forfølgelse fra naboer, fremmede, KGB eller vesener fra andre planeter. Mange av disse personene kommer ofte innom for en prat eller for å fortelle politiet om sine bekymringer og plager. Vårt inntrykk er at politiet forstår disse personene som syke og møter dem på en positiv måte. De politifolkene vi snakket med, sa at etter drapet har de begynt å ta henvendelser fra slike personer mer på alvor og hyppigere varsler helsetjenesten.

Tjenesteyternes egen sikkerhet var også tema i flere intervjuer, og flere sa de var blitt mer opptatt av og oppmerksom på faktorer som vedrører deres egen sikkerhet. I en kommune hadde bedriftshelsetjenesten holdt kurs for ansatte i å ivareta sin egen sikkerhet som helse- og omsorgsarbeider. Dette kurset inneholdt blant annet kunnskap om hvordan man oppfører seg i konkrete situasjoner. De hadde også laget rutiner for å jobbe to sammen når en ansatt er engstelig, eller det er blitt vurdert at en pasient kan representere en voldsrisiko.

«Vi er blitt mye mer bevisste på farlighet og sikkerhet. Man vet aldri når slikt kan skje. Motivene kan være forskjellige. Derfor må vi være gode til å ivareta egen sikkerhet.»

Psykiatrisk sykepleier i kommune

«Vi blir generelt utsatt for mye trusler i jobben vår, vi tar kanskje trusler mer på alvor nå?»

Psykiatrisk sykepleier i kommune

Eksistensielle og tabubelagte temaer

Når vi snakket om risiko og risikovurdering, kom flere av informantene inn på deres tanker om faktorer som de mente kunne ha vært bakenforliggende årsaker til at vedkommende tok liv. De reflekterte blant annet over årsaken til den aggressive handlingen. Dette dreide seg ofte om temaer som de opplevde som tabubelagte og vanskelige å snakke om. Det kunne for eksempel være at vedkommende som hadde tatt liv, hadde hatt en oppvekst preget av omsorgssvikt, rus, vold, incest, seksuelle overgrep, barnevern og fosterhjem. At vedkommende hadde slitt med spørsmål omkring sin egen seksuelle legning, ble også nevnt som et tema gjerningspersonen slet med, gjerne kombinert med seksuelle overgrep i barne- eller ungdomsår. Seksuelt misbrukt som barn er eksempel på et traume som en informant tenkte hadde vært med på å skape den potensielt dødelige aggresjonen. I slike sammenhenger spurte noen seg selv om vedkommende hadde fått nok hjelp til å bearbeide og håndtere viktige eksistensielle temaer.

15.5.6 De utfordrende pasientene

Flere informanter, spesielt ansatte i kommune og DPS, kom inn på at det er noen brukergrupper som de opplever at det er vanskelig å yte god hjelp til. Dette kan komme til uttrykk ved at de føler at de kommer til kort, eller at de mer eller mindre subtilt avviser vedkommende. Det er spesielt brukere med en eller flere av følgende kjennetegn som nevnes i denne sammenhengen: de som ruser seg, de som trenger hjelp og ikke ønsker det, og de som er truende og aggressive. Et eksempel på en slik uttalelse er:

«Vi på DPS var i tvil om vi kunne ta denne pasienten, og den tvilen er blitt mye sterkere. Vi greier ikke og vil ikke lenger ta ansvaret for folk med store rus- og psykosevansker!»

Overlege DPS

Hjelpere kan trekke seg vekk fra pasienter eller brukere fordi de fremstår som truende, voldelige og aggressive, eller blir oppfattet som usympatiske

og krevende. Hvordan kan man forholde seg til den sinte, truende og aggressive brukeren? Flere nevnte dette som en stor utfordring for hele samfunnet og ikke bare for de psykiske helsetjenestene. Flere sa imidlertid at de var blitt mer bevisste på og opptatt av å ikke avvise brukere. Ett sitat kan illustrere dette:

«Vi har skaffet oss mer kunnskap om farlighet og er mer på tilbudssiden overfor pasienter. Jeg tror ikke vi avviser noen lenger nå.»

Psykiatrisk sykepleier i kommune

Flere kommer inn på utfordringen det er å yte hjelp til personer som ikke selv ønsker hjelp. Dette kan være personer hvor andre, for eksempel pårørende og naboer, mener at de er hjelpetrengende, men hvor de ikke opplever det selv. Selv om helsetjenesten mener at personene har et hjelpebehov, kan de aktivt trekke seg vekk og avvise hjelpene, eller de kan la være å oppsøke tjenestene. Flere berørte også temaet å respektere andre menneskers egne ønsker og ikke presse på dem sin hjelp. Det fremsettes ofte som et paradoks at hvis man skal ivareta andres verdighet og ta dem på alvor, så innebærer det av og til å la dem være i fred. Hvor langt kan man gå i å presse sin hjelp på andre før det blir uetisk? Flere lurte på om det overhodet er mulig å hjelpe brukere som ikke selv ønsker hjelp.

15.5.7 Rus som utfordring

Rusmisbruk ble fremhevet som en spesiell utfordring i denne studien. Rusmisbrukere er et eksempel på en gruppe mennesker som informantene kan føle både frykt og avmakt overfor. Rus ble ofte nevnt som en viktig og gjerne den viktigste årsaken til at den aktuelle hendelsen hadde skjedd. Rusmisbruk ble generelt opplevd som en hovedårsak til vold i samfunnet og også ofte årsaken til psykose og andre psykiske lidelser. Informantene sa at det er et stort problem at folk ruser seg, og et problem de ikke nødvendigvis kunne gjøre noe med. Mange sa at befolkningens bruk av rusmidler primært er et samfunnsproblem og ikke den psykiske helsetjenestens problem. Det ble også hyppig nevnt at individer selv har ansvaret for at de ruser seg, og at det er noe verken helsetjenesten eller psykiateren kan gjøre noe med. Informantene sa at de opplevde hyppig at personer med et rusproblem ikke ønsket verken hjelp med rusproblemet sitt eller noen annen hjelp. Hva mange av de vi intervjuet sa om rus, kan illustreres med følgende utsagn:

«Mange som ruser seg, har ikke motivasjon for behandling, det er ikke noe vi får gjort noe med.

De vil ikke ha noe med helsetjenesten å gjøre. De vil være i fred. De vil ikke ha noe hjelp eller tjenester fra kommunen. Hvor invaderende skal man være da? Det er en balanse der.»

Overlege sykehus

«Halvparten av dem som blir innlagt i akuttpsykiatrien, ruser seg. Rus er et kjempeproblem innenfor psykiatrien. Noen selvmedisinerer seg, men jeg tror også at vi må erkjenne at noen mennesker ønsker å ruse seg, og vi får ikke gjort noe med det. Det å jobbe med rus er ikke noe som primært psykiatri skal jobbe med.»

Leder sykehus

Mange understreker at hvis man vil redusere vold generelt i samfunnet, er det viktig å jobbe mot bruk av rusmidler og å gi mennesker generelt gode livsvilkår:

«Man må gjøre noe med rusmiljøet og gi et tilbud til ungdom som faller ut av skole og yrkesliv.»

Politibetjent

15.5.8 Urealistiske forventninger

På nesten alle stedene vi besøkte, spesielt sykehuse, sa noen noe om at samfunnet har urealistiske forventninger til det psykiske helseverns muligheter til å gi hjelp. De ansatte har en opplevelse av at det forventes at tjenesten skal løse samfunnets store og sammensatte problemer, for eksempel å gjøre samfunnet trygt for vold og aggresjon og hindre at personer tar liv. Tjenesten skal gjøre folk rusfrie selv om de ikke er interessert i det selv. Det forventes at tjenesten skal behandle mennesker med store og sammensatte problemer og gjøre dem til friske og veltilpassede samfunnsborgere. Informantene påpekte også at det er lite det psykiske helsevern kan gjøre for folk som sliter med rus og sosiale vansker. De fortsetter å ruse seg selv om de ikke burde. De trenger bolig, utdanning og jobb, som ikke tjenesten kan tilby, og mange mennesker vil fortsette å slite psykisk selv om de har fått et godt behandlingstilbud. De ansatte opplever ofte at dette er forventninger som stilles til dem som tjeneste, kanskje primært signalisert gjennom massemediene. Dette er også forventninger flere sa de følte avmakt overfor. Disse sitatene kan illustrere denne opplevelsen:

«Samfunnet har altfor store forventninger til hva psykiatrien kan bidra med, med hensyn til å gjøre samfunnet trygt og forutse risiko. Samfunnets vurderinger av psykiatrien er urealistiske.»

Psykiater sykehus

«Jeg har lært en ting: Når samfunnet har det som en ønsket politikk at flere med psykose bor hjemme, så er det ren statistikk at noen forverring hos dem også vil medføre mer vold.»

Overlege sykehus

«Jeg har flere erfaringer med at en bruker tvang og tilbyr alt som finnes av behandling, men at folk allikevel fortsetter å ruse seg. Hva skal man gjøre da? Da kommer en til spørsmålet om hvor mange man skal stenge inne. Stenger en flere inne, vil det også bli mindre vold i samfunnet. Man skal ikke bruke tvang, og behandling skal gis frivillig. Befolkningen vil at vi skal sperre dem inne fordi de ikke vil ha vold ute i samfunnet. Det er mange paradokser.»

Overlege sykehus

«Alle har vi potensial i oss til å bli drapsmenn. Kombinasjonen av rus og krenkelse er farlig. Dette kunne sannsynligvis skjedd alle hvis vi var ruset og ble krenket i tillegg. Vi kan aldri fjerne all vold fra samfunnet. Hvis vi hadde blitt voldtatt, hadde vi vel blitt voldelige vi også.»

Overlege sykehus

15.6 Diskusjon

Denne studien er gjennomført på oppdrag av Olsenuutvalget og utforsker seks tilfeller der personer med psykisk lidelse har tatt liv. Vi studerer ansattes erfaringer og reaksjoner etter hendelsene, og hvilke tiltak som er blitt gjennomført etter hendelsene i og mellom tjenestene. Nedenfor oppsummerer vi noen funn og drøfter temaer som informantene vektla i intervjuene.

15.6.1 Behov for trygghet og ivaretagelse

Trygge fagfolk er trolig avgjørende for å kunne yte gode tjenester og dermed redusere risiko for voldsutøvelse hos brukere. Informantene snakket om to typer utrygghet. Den ene typen utrygghet er redsel for ikke å gjøre godt nok fagarbeid: for å gjøre gale vurderinger, for ikke å møte folk på en god nok måte, for å avvise eller for ikke å greie å hjelpe osv. Det krever kompetanse og helst erfaring å vite hva man skal vurdere når man følger opp en bruker, hva slags hjelp som vil være til nytte for brukeren, og hvordan man kan komme i posisjon til å hjelpe mennesker som vegrer seg for å ta imot hjelp. Den andre typen utrygghet er i forhold til om brukeren kan komme til å utøve vold mot seg selv eller andre, og om man som tjenesteutøver kan føle seg trygg.

I denne studien ser vi utrygghet og redsel knyttet til hendelsene først og fremst i kommuner og DPS. Dette er sannsynligvis påvirket av nærhet til hendelsene og at de ansatte i kommunen og DPS i mange tilfeller har en annen nærhet til de involverte enn de ansatte på sykehus. Følgene av hendelsene ser imidlertid ut til å variere fra sted til sted. Enkelte steder fikk vi inntrykk av at frykten hadde fått festet seg og ført til handlingslammelse og unnvikelse i det videre arbeid. Andre steder ble frykten bearbeidet og førte til læring og forbedringer. Vi synes at vi så en tendens til at de ansatte i kommunene hadde bearbeidet hendelsene bedre og følte seg tryggere i de kommunene der sykehuset påtar seg ansvar for å følge opp pasienter også etter at de er utskrevet til kommunene. Dette kan tenkes å henge sammen med både faglig støtte og at sykehuset tar ansvar for å ivareta de ansatte etter traumatiske hendelser. Videre kan det se ut som at når ansvaret erkjennes på ledelsesnivå, oppleves dette som trygt og støttende for fagfolk lenger nede i organisasjonen. Det at sykehuset/spesialistene tar ansvar for og støtter dem som jobber i DPS og kommune, ble også fremhevet som en viktig forutsetning for å kunne stå i den vanskelige situasjonen og komme seg videre etter hendelsen. Dette ansvaret innebærer at tilfeller der en person har tatt liv, både bearbeides emosjonelt og absorberes i organisasjonen som læring. Gode debriefingsrutiner er ikke bare viktig for å få til læring i systemet, men også for å forebygge slitasje og utbrenthet hos helsepersonell og andre involverte hjelpearbeidere. I boka «Rørt, rammet og rystet» beskrives det at hjelpearbeidere kan utvikle det som kalles «sekundær traumatisering».⁵ Dette kan kort beskrives som at helsepersonell selv utvikler symptomer på traumatisering etter å ha jobbet med traumatiserte pasienter og kriser. Risikoen for å utvikle slike reaksjoner er større jo nærmere man har vært den dramatiske hendelsen.

15.6.2 Mulighet for læring og utvikling

For å lære av erfaring må man få kunnskap om hva som har skjedd. Flere informanter sa at de ikke hadde fått vite hva som hadde skjedd, og at de hadde snakket lite om hendelsen i ettertid. Å legge lokk på hendelsene kan hemme muligheten for bearbeiding og læring. Flere sa i intervjuene at de hadde savnet å få mer konkret informasjon om hendelsesforløpet og dermed kunne forstå mer av det som skjedde. Dette temaet drøftes også i boken om mord/selv mord i nære relasjoner av Wik, Galta

5. Bang, 2003

& Lerstøl Olsen.⁶ Helsepersonell har taushetsplikt overfor sine pasienter, og de ulike tjenestene har taushetsplikt overfor hverandre. Det blir et dilemma hvis taushetsplikten ivaretas på en slik måte at den blir til hinder for bearbeiding, læring og mestring i tjenestene.

Studier av svikt i det offentlige tjenestetilbudet ved slike hendelser viser at det er viktig å identifisere lærings- og endringsbehov i organisasjonen for å kunne kvalitetsforbedre tjenestene.⁷ Som ledd i et slikt arbeid vil det være viktig å få frem tjenestenes erfaringer etter en slik hendelse for å øke kunnskapen om hvilke utfordringer man står overfor når erfaringene skal forankres i en organisasjonsutvikling. Relevante teoretiske begreper i denne sammenhengen er «erfaringslæring i organisasjoner» og «organisasjonslæring».⁸ Vårt inntrykk er at hendelsene har ført til noe ulike læringsprosesser i de forskjellige instansene. Mens noen sa at hendelsen ikke hadde ført til spesielle endringer, sa andre at hendelsen hadde ført til at det hadde blitt gjennomført omfattende arbeid med å bedre kvalitet og kvalitetssikre tjenestene, for eksempel systemer for å sikre overganger mellom tjenestenivåer. Mange sa også at de har benyttet veilederen i å vurdere og forebygge voldsrisiko.⁹

Flere la vekt på at det generelt har vært gjennomført store og omfattende endringer i de psykiske helsetjenestene de siste ti årene, og at det er vanskelig å skille endringer som skyldes et generelt økt fokus på vurdering av voldsrisiko og samhandling, fra endringer som skyldes denne spesifikke hendelsen. I vårt materiale så det imidlertid ikke ut til at alle tjenestene har lyktes i arbeidet med informasjons-, bearbeidings- og forståelsesarbeidet etter drapene. Noe av årsakene til det kan være at de involverte tenker at dette er så unike og spesielle hendelser at det ikke kan læres noe av dem som kan ha overføringsverdi. Flere informanter mente at hendelsen ikke kunne vært forebygget, eller at en eventuell forebygging heller måtte ligge på samfunnsnivå enn hos helsetjenesten. Eksempel på slike intervensjoner er å bedre barns og unges oppvekstvilkår og tiltak på samfunnsnivå mot rusproblemer og sosiale problemer. Dette kan tolkes som om mange ansatte i helsetjenesten ga uttrykk for en følelse av avmakt overfor sine muligheter for å forebygge og intervenere i forhold til aggresjon, vold og drap.

Et konkret eksempel på hvordan en organisasjon kan lære av slike hendelser, er utrednings- og omorganiseringsarbeidet ved Ullevål universitetssykehus etter det såkalte «trikkedrapet».¹⁰ Det beskrives hvordan denne negative hendelsen førte til en omfattende og vellykket omorganisering av sykehuset. Dette forutsatte at ledelsen grep fatt i hendelsen og omgjorde erfaring til konkret lærings- og utviklingsarbeid. Når det skjer uheldige hendelser i helsetjenesten, skyldes det oftest ikke svikt på individnivå, men svikt på systemnivå.¹¹ Flere av de ansatte i tjenestene vi snakket med, var i denne sammenhengen inne på at det kan gi en falsk følelse av trygghet å basere seg for mye på rutiner og sjekklister. Videre påpekte flere at en fare ved for sterk grad av «manualisering» er at yngre fagutøvere i mindre grad utvikler sin kliniske kompetanse, og at mer erfarne fagfolk ikke opprettholder og videreutvikler sin.

Vi har inntrykk av at politiet har andre rutiner for å gå gjennom episoder i ettertid, gjerne sammen med andre politidistrikter for å lære av hendelsene og forbedre rutine og tjenestene. Det kan være at det her er læringsprosesser og rutiner som kan være berikende for helsetjenesten. Det er også flere informanter som mener at det ville være fruktbart med mer samarbeid mellom politiet og de psykiske helsetjenestene.

I veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet om «Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten» oppsummeres det at gode helsetjenester er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt.¹² Veilederens anbefalinger for å oppnå god kvalitet i tjenestene er å styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapens plass i utdannelsene og følge med og evaluere tjenestene. Veilederen inneholder ellers en rekke ideer om hvordan kvalitetsforbedrende arbeid kan gjennomføres.

15.6.3 Behov for samhandling

Vi observerte forskjeller i organisering og i fordeling av roller og ansvarsforhold i de tilfellene vi undersøkte. Samarbeidet var noen steder organisert slik at de ulike instansene, for eksempel sykehusavdeling, DPS og kommune, fordelte ansvaret

6. Wik, Galta, & Olsen, 2005

7. Coid, 1996; Munro & Rumgay, 2000

8. Argyris & Schön, 1978; Moxnes, 1981

9. Sosial- og helsedirektoratet, 2007a

10. Kolseth, 2009

11. Hjort, 2007

12. Sosial- og helsedirektoratet, 2007c

mellom seg med tydelige grenser mellom de ulike instansers ansvarsområde. Andre steder var samarbeidet mer preget av samtidighet og av at de ulike tjenestene opererte på en felles arena der de delte ansvaret. Disse forskjellene kan henge sammen med både organisatoriske og geografiske forhold, ulike perspektiver på samarbeid og individuelle forskjeller mellom fagfolkene.

Flere kvalitetsforberedende tiltak som har vært gjennomført for å bedre samarbeid, handler om å sikre overgangen mellom ulike nivåer og organisasjoner innen helsetjenesten. Det ser ut som at på de stedene der man har godt samarbeid på tvers av nivåer og tjenester, opplever de ansatte, spesielt i kommunen, økt trygghet. Målet for gode psykiske helsetjenester er ansvarsdeling, der kommune og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen på en felles arena, og dette er i tråd med føringer i samhandlingsreformen og med hva brukerorganisasjoner innen psykisk helse anbefaler.¹³

Et annet interessant funn er at personene som tok liv, i flere tilfeller hadde hatt kontakt med politiet forut for hendelsen. Politiet forteller også at de har hyppig kontakt med en rekke personer som har psykiske lidelser. I denne studien utgjør politiet de få informantene som i ettertid opplyser om minst overraskelse over at vedkommende person tok liv. Bedre samarbeid mellom politiet og de psykiske helsetjenestene beskrives i studien og kan tenkes å være et godt forebyggende tiltak.

15.6.4 Risikovurdering

På de fleste stedene vi besøkte, hadde de benyttet eller var godt i gang med å ta i bruk Sosial- og helsedirektoratets veileder om evaluering av voldsrisiko.¹⁴ Mange var også i gang med videreutdanning og kurs i voldsrisikovurdering. I tillegg til opplysninger om dette opplevde vi at da vi intervjuet tjenesteyterne om voldsrisiko, var det flere som fortalte oss om deres refleksjoner omkring årsaker til den tragiske hendelsen og deres tanker om at vold og aggresjon ikke forekommer i et vakuum, men oppstår i en sammenheng. Flere mente at frykt sannsynligvis er en viktig faktor når vold og aggresjon utvikler seg, og at utrygghet og opplevelse av avmakt kan føre til aggresjon og voldelige handlinger. En viktig erfaring i denne sammenheng er studien av «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus».¹⁵ I denne studien førte økt fokus på forebyggende og konfliktdepende

tiltak fra personalets side til mindre aggresjon hos pasientene og mindre konflikter med personalet. Tiltak som nevnes, er anerkjennende tilnærminger til pasientene, endret grensesettingspraksis, mindre bruk av fysisk makt, mer bruk av tid og kommunikasjon og innlemming av pasientenes ønsker i behandlingen. Det ble lagt vekt på individuell behandling, inkludert redusert omfang av husregler, og ulike typer undervisningsopplegg for pasienter og personale.

Flere av informantene mente at utrygghet og opplevelse av avmakt hos dem som tok liv, ofte skyldes omsorgssvikt som barn, seksuelle overgrep, vold, traumer, arbeidsløshet, ensomhet, samlivsbrudd, sjalusi og ikke minst rusbruk. Tiltak som ble nevnt som viktige i denne sammenheng, var generelt å jobbe for å sikre barn og unge en trygg oppvekst og bedre menneskers generelle livsvilkår når det gjelder å ha et verdig sted å bo, arbeid og en økonomi til å leve av. Restriktiv ruspolitikk og forebyggende arbeid i kommunene ble også nevnt som mulige tiltak for å forebygge aggresjon, vold og drap i samfunnet. Spesielt de ansatte i politiet og i kommunene var opptatt av disse mer generelle samfunnsaspektene.

15.6.5 Rus som utfordring

Rusmiddelbruk hos personer med alvorlige psykiske vansker medfører økt risiko for selvmord, hepatitt, HIV, bostedsløshet og kriminalitet. Alvorlige psykiske vansker som schizofreni og bipolar lidelse innebærer en beskjeden, men likevel klar økt risiko for vold. Det gjelder også personer med alvorlig personlighetsforstyrrelse. Samtidig rusmisbruk øker risiko for vold betydelig.¹⁶ Personer med psykoselidelser kan reagere med vold, ofte på bakgrunn i paranoide vrangforestillinger eller kommanderende hørselshallusinasjoner. Personer med personlighetsforstyrrelse kan også reagere med vold, særlig de som har en kombinasjon av dårlig impulskontroll, manglende innsikt i egne problemer eller liten evne til innlevelse i andres følelsesmessige reaksjoner. Hos begge grupper kan voldelig atferd lettere bli utløst av rusmidler som bidrar til å redusere hemninger eller forsterke vrangforestillinger/hallusinasjoner.

Rusbruk ble av mange informanter fremhevet som en viktig årsaksfaktor bak den voldelige handlingen. Mange sa samtidig at det psykiske helsevern kan gjøre lite for å hjelpe dem som har rusvansker, og at rus er et samfunnsproblem og ikke

13. Rådet for psykisk helse, 2008

14. Sosial- og helsedirektoratet, 2007a

15. Norvoll, 2008

16. Brennan, Mednick, & Hodgins, 2000; Elbogen & Johnson, 2009; Pulay mfl, 2008; Wallace, Mullen, & Burgess, 2004

en primær oppgave for psykisk helsevern. Selv om mange snakker om rusmiddelbruk som en behandlingskompliserende faktor hos personer med psykiske lidelser, var det få som har iverksatt økt kompetanse på identifisering og behandling av rusvansker knyttet til sine forbedrings- eller kvalitetssikrende tiltak. Selv om det gjennom rusreformen har funnet sted en generell og bred økning i helsevesenets tiltak for dem med rusvansker (både innen spesialisthelsetjenesten og i kommunene), er det lite som tyder på at denne satsingen har blitt knyttet til forebygging av farlighet og drap ved sykehus og DPS omfattet av våre intervjuer. Gjennom rusreformen har sykehusene, DPS og kommunene fått eksplisitte behandlings- og hjelpeoppgaver for personer med rusvansker, og det er i høyeste grad deres ansvar å ha behandlingskompetanse for denne gruppen.

Det foreligger også forskning som dokumenterer effekten av en rekke psykososiale og farmakologiske tiltak for denne gruppen pasienter. Helsedirektoratet vil i løpet av 2010 utgi faglige retningslinjer for psykososiale behandlingstiltak for personer med psykiske lidelser og samtidige rusvansker. En kunnskapsoppsummering basert på den beste typen forskningsmetoder (randomiserte kontrollerte studier) utført av Cochrane konkluderer med at det ikke foreligger tilstrekkelig kunnskap til å si at enkelte behandlingsmetoder er bedre enn andre.¹⁷ Selv om det er behov for mer evidensbasert kunnskap om hva som er effektiv behandling for denne gruppen pasienter, foreligger det likevel støtte for at en rekke behandlingstiltak er effektive. Slike tiltak omfatter også «vanlig behandling» (treatment as usual) som typisk handler om sammensatte, ikke systematiserte og generelle tiltak. Metodisk er behandlingen rettet mot forståelse av rusbruk blant annet ved bruk av sosiale støttetiltak, og målet er å gi hjelp og støtte til å mestre/ redusere/ slutte med rusmidler, og sosiale støttetiltak.¹⁸ I tillegg finnes det gode studier (likevel med noe svakere forskningsmetoder) som gir støtte for en rekke behandlingstiltak eller -former for personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusmiddelmisbruk. Av disse er:

- Tiltak som fokuserer på organisering av behandlingen, som bruk av en koordinator for å organisere helhetlige hjelpetiltak (Case Management), eller bruk av ambulante oppsøkende behandlingsteam (ACT).¹⁹ Slike tiltak

bidrar mest til å holde pasienter i behandling, men lar dem greie seg utenfor sykehus og beholde egen bolig.

- Psykoterapeutiske behandlingstiltak som bruk av motiverende samtalemetoder, kognitiv atferdsterapi, ulike former for langvarig gruppebehandling og læringsbaserte belønningsmetoder ('contingency management').²⁰ Tradisjonell individuell rådgivning synes å ha noe mindre effekt.
- Langvarig døgn-/institusjonsbehandling.²¹
- Behandling med antipsykotiske medisiner.²²

Flere av disse tiltakene kan anvendes på alle nivåer og innen alle typer hjelpetjenester. Det er også dokumentert gjennom forskning at det finnes psykologiske metoder som kan styrke pasientenes vilje og motivasjon til å redusere rusmiddelbruk eller slutte med rusmidler.

15.6.6 Å leve med det uforutsigbare eller strukturere seg bort fra risiko?

Et viktig funn i vår studie er at ansatte i de psykiske helsetjenestene føler at samfunnet har forventninger om at tjenestene skal løse store samfunnsproblemer. Flere av dem vi snakket med, opplever at de har begrensede muligheter til å hjelpe pasienter med rusproblemer, sosiale vansker og psykoser. De opplever jevnt over at de har knapt med ressurser, spesielt i de kommunale tjenestene, og at de mangler psykologiske, medisinske og sosiale tiltak som har positiv effekt på sammensatte og langvarige psykiske lidelser. Bedring skjer gradvis over tid og er også knyttet til pasientens vilje og evne til å følge opp tilbudte behandlings- og rehabiliteringstiltak. En vanlig følelse var avmakt overfor samfunnets forventninger og brukerens store og sammensatte vansker.

Vi lever i et av verdens tryggeste samfunn, og i internasjonal sammenheng har vi få drap begått av personer med psykisk lidelse. Det er viktig å synliggjøre hvor lav sannsynligheten er for at slike hendelser skjer for å få en realistisk forståelse av risiko, slik at frykt ikke kommer ut av proporsjoner. Å forsøke å dempe pressens dramatisering når slike hendelser skjer, kan være et viktig bidrag til å forsøke å begrense lite hensiktsmessige fryktreaksjoner. Kravet om fullstendig trygghet kan også være et uttrykk for en generell samtidstrend som

17. Cleary mfl, 2008

18. Cleary mfl, 2008

19. Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert, & Fridell, 2007; Marshall & Lockwood, 1998

20. Drake mfl, 2008; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008

21. Drake mfl, 2008

22. Brunette, Drake, Xie, McHugo, & Green, 2006; Green, Burgess, Dawson, Zimmet, & Strous, 2003

kan illustreres med et sitat av sosialmedisineren Per Fugelli.²³

«Friheten og helsen er nå truet av 0-visjonen: Forsøket på å skape himmel på jorden, et liv uten risiko og sykdom, et samfunn uten fare og terror.»

De fleste av dem vi intervjuet, hadde opplevd pressens håndtering av disse sakene som en tilleggsbelasting. Det kunne dreie seg om kritikk av de psykiske helsetjenestene, som man ikke kan forsvare seg mot på grunn av taushetsplikt, eller at opplysningene som kommer frem, er feil, og at relevant informasjon er utelatt. Eksempel på slik utelatt informasjon er at rusmiddelbruk ofte har vært en viktig faktor i hendelsen.

Nesten alle ansatte i helsetjenesten som vi intervjuet i denne studien, mente at de ikke kunne

gjort noe annerledes for å forebygge den aktuelle hendelsen. De ansatte i kommune og spesialisthelsetjeneste opplevde ofte at hendelsen kom som lyn fra klar himmel. De hadde ikke oppfattet noen varsel-signaler på forhånd. Tvert imot hadde flere av personene blitt oppfattet som om de var i bedring, og de ble ikke vurdert som aggressive eller voldelige. Et tema mange tok opp, spesielt personalet på sykehus, var at når man jobber med mennesker, er det en risiko for aggresjon og vold fordi dette er menneskelige uttrykk og måter å reagere på. Man kan aldri eliminere eller kvalitetssikre seg bort fra all risiko. Det er en risiko å leve i et samfunn. Når man jobber med mennesker, forekommer aggresjon og vold, både i og utenfor den psykiske helsetjenesten. Det er viktig at fagfolk sier noe om dette og imøtegår medienes oppslag, slik at disse ikke øker befolkningens frykt for og fordommer mot mennesker med psykiske vansker.

23. Fugelli, 2003

Kapittel 16

Oppsummering av utvalgets forslag til tiltak

I dette kapitlet oppsummeres de forslag til tiltak som utvalget har anbefalt i kapitlene 7–14. For en nærmere utdypning av grunnlaget for det enkelte tiltak vises til de respektive kapitler. Kapittel 15 var bygget på en studie gjennomført av SINTEF Helse-tjenesteforskning på oppdrag fra utvalget. Grunnlaget for studien var seks tilfeller der personer med psykisk lidelse hadde tatt liv. Studien ble gjennomført i form av semistrukturerte intervjuer, og formålet var å kartlegge ansattes erfaringer og reaksjoner etter hendelsene, og hvilke tiltak som er blitt gjennomført etter hendelsene i og mellom tjenestene. Utvalget understreker at studien ikke tilfredsstiller kravene til et representativt utvalg, og at det ikke vil være riktig å trekke generelle konklusjoner ut fra de funn som er gjort. Utvalget mener imidlertid at studien er en god illustrasjon på en rekke viktige problemstillinger som utvalget har behandlet i kapitlene 7–14.

16.1 Utvalgets tilrådinger i kapittel 7 – Rus og vold

Utvalgets hovedfokus ved spesifisering av råd er på personer med kombinasjon av rus og alvorlig psykisk lidelse. Utvalget vil særlig konsentrere seg om tiltak rettet mot denne gruppen, selv om generelle primærforebyggende tiltak også er viktige.

16.1.1 Grunnleggende anbefaling om rus, psykisk lidelse og vold

Utvalget mener at voldelig atferd bør være et prioritert tema under behandling av rusavhengige pasienter, spesielt pasienter som er alkoholavhengige eller avhengige av benzodiazepiner eller sentralstimulerende stoffer. Intensiteten i behandlingen og oppmerksomheten omkring vold må økes jo flere kjente risikofaktorer personen har.

Utvalget mener at det viktigste voldsforebyggende tiltaket er å yte god behandling og omsorg. Det er viktig at behandlingen gis til alle som har behov for den, og at tiltakene settes inn så snart behovene er avklart og uten unødvendig opphold.

Utvalget vil videre legge til at all behandling av og omsorg for personer med ruslidelse bør ha som delmål å redusere de negative konsekvensene av rus, herunder redusere skade på individet selv og de nære omgivelsene.

16.1.2 Tidlig intervensjon

Utvalget mener at tidlig identifisering av personer som har problematisk bruk av rusmidler og voldelig atferd, er viktig for at intervensjoner og tiltak kan komme raskt i gang. Barnevernet er sentralt når det gjelder tidlig identifisering og innsats for å forhindre fremtidig rus og vold. Det er videre viktig med tilbud og oppfølging etter at personer har fylt 18 år. Fastlegene bør også ha en sentral rolle i dette arbeidet.

16.1.3 Integrerte tjenester og «sømløse» overganger

Utvalget mener at personer med kombinasjon av ruslidelser og andre psykiske lidelser bør ha behandling hvor både rusproblem og annen psykisk lidelse behandles integrert av samme enhet. Som oftest vil personer med en slik kombinasjon av problemer ha behov for et fleksibelt, individualisert tilpasset og langsiktig behandlingsopplegg, med ulike former for støtte over lang tid, der intensiteten kan variere avhengig av tjenestemottakernes sosiale situasjon og de påkjenninger personen opplever for øvrig i sin livssituasjon. Tiltakene bør også ivareta de mest basale behov for bolig, stabil økonomi, sosiale relasjoner og meningsfylt aktivitet. For å få til det trengs samhandling mellom ulike aktører.

Utvalget anbefaler at det boligsosiale arbeidet styrkes, spesielt når det gjelder personer med en kombinasjon av ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse. En stabil boligsituasjon er, etter utvalgets oppfatning, en forutsetning for vellykket behandling, for å redusere risikoen for tilbakefall og for å sikre rask intervensjon ved kriser.

Når det gjelder organiseringen av tjenestene som brukeren har behov for, mener utvalget at en integrert behandlingsmodell synes å være den

beste for å fremme samhandling, informasjonsflyt og langsiktighet i planene.

Utvalget vil sterkt henstille til at det, for å unngå brudd i pasientforløp, bør etableres forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner for å sikre god samhandling og «sømløse» overganger der pasienten beveger seg mellom ulike nivåer i helsetilbudet.

16.1.4 Satsing på aktivt oppsøkende team

Utvalget støtter satsing på aktivt oppsøkende team innen psykisk helsevern. Ambulant virksomhet regnes som spesielt egnet ved tidlig intervensjon og for å fange opp dem som i korte eller lengre perioder faller ut av de ordinære polikliniske eller døgnbaserte tilbudene, for eksempel ved tilbakefall til rus.

Utvalget støtter fortsatt satsing på ambulante akutte *kriseteam* ved de distriktpsikiatriske sentrene.

Utvalget støtter også fortsatt satsing på ambulante *behandlingsteam* ved de distriktpsikiatriske sentrene, der hovedmålgruppen er de med alvorlig psykisk lidelse, med eller uten samtidig ruslidelse. Slike team vil normalt ikke være utformet for å behandle de «tyngste» med dobbeltdiagnoser.

Utvalget anbefaler at ambulant virksomhet og oppsøkende virksomhet blir en integrert del av tilbudet ved ruspoliklinikkene, og at disse tjenestene jobber tett opp mot de kommunale tjenestene og døgninstitusjonene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern.

For personer med kombinasjon av ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse, som ikke i tilstrekkelig grad klarer å nyttiggjøre seg det «ordinære» hjelpetilbudet, anbefales det at det etableres og videreutvikles tverrfaglige høyspesialiserte team (døgnenheter, polikliniske team, ambulante team) som kan arbeide helhetlig og integrert med pasientens sammensatte problematikk.

Det kan også være aktuelt med modifiserte utgaver av ACT, slik at disse også kan omfatte grupper som faller utenfor ACT-satsingen i dag, herunder personer med kombinasjonen alvorlig personlighetsforstyrrelse og gjentatte rusutløste psykoser.

16.1.5 Forskning

Utvalget anbefaler forskning på effekten av indvidrettede tiltak, spesielt når det gjelder behandling av personer med kombinasjon av rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser, og på integrert behandling når det gjelder aggressiv og voldelig atferd.

16.1.6 Sikre utredning og stabile tjenester for dem uten bekreftet alvorlig psykisk lidelse

Utvalget mener at pasienter med gjentatte innleggelser med psykotiske gjennombrudd under påvirkning av rus bør utredes både med sikte på alvorlig psykisk lidelse og på risiko for utøvelse av vold. Særsilt viktig blir det å vurdere risikoen for utøvelse av vold ved fremtidig rus og å iverksette relevante tiltak som kan sikre rask intervensjon når risikoen for vold vurderes som særsilt høy.

Når tilbudet er basert på frivillighet, kan ulike varianter av ambulante, aktivt oppsøkende team bidra til å bistå pasienten også i perioder med rus og sviktende motivasjon til å ta imot hjelp.

Selv om pasienten raskt blir upsykotisk når rusen trenges tilbake, kan det ved særsilt dårlig fungering og høy risiko for vold vurderes om det kan etableres et tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, slik at det sikres et forpliktende og langvarig tilbud innen psykisk helsevern, i nært samarbeid med kommunale tjenester.

Utvalget tilrår at sentrale helsemyndigheter utarbeider særskilte retningslinjer og anbefalinger for hvordan slike «gråsoner»-pasienter best fanges opp, både i et kortere og i et lengre perspektiv, med utgangspunkt i relevant forskning og erfaringsbasert kunnskap fra de ulike fagmiljøer.

16.1.7 Råd for å forebygge «kasteballeffekten» og råd vedrørende personer med personlighetsforstyrrelser

Utvalget anbefaler at det utredes nærmere om det etter rusreformen og opptrappingsplanen for psykisk helse er noen grupper av pasienter som stadig faller utenfor hjelpetilbudene, og som etter den nye organiseringen er ekstra sårbare for å ende som «kasteballer» i systemet.

Utvalget mener at personer med «rusutløst psykose» må sikres et forsvarlig og helhetlig helsetilbud. Hvorvidt pasientens helsetilbud skal forankres innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling, må bestemmes ut fra en helhetsvurdering der både primærdiagnose, samsykelighet og aktuell funksjon vurderes. Det må også sikres at mennesker med dyssosial personlighetsforstyrrelse får behandling for sin samsykelighet, for eksempel ruslidelse, og at «primærdiagnosen» ikke må være til hinder for at pasienten får nødvendig helsehjelp.

Utvalget mener videre at personlighetsforstyrrelser i kombinasjon med rusproblemer og volds-

problematikk krever klinisk håndtering over tid og samarbeid mellom forskjellige instanser for å motivere pasienten til behandling og endring. Satsing på konsistente og langvarige, helst polikliniske og utadrettede behandlingsprogrammer, der en tar hensyn til personlighetspatologien, er helt sentralt.

16.1.8 Sikkerhet og trygghet for pasienter, pårørende og personell

Utvalget mener at de distriktopsykiatriske sentrene og det kommunale hjelpeapparatet i dag ikke er dimensjonert for å ivareta de farligste og mest dyssosiale pasientene med kombinasjonen ruslidelse og annen psykisk lidelse. Det bør sørges for tilstrekkelige ressurser for å sikre integrerte og langsiktige løsninger for dem som trenger det mest.

Utvalget mener at det bør utredes nærmere hvorvidt personer med kombinasjonen alvorlig personlighetsforstyrrelse, rus og gjentatte voldelige episoder skal sikres en bedre oppfølging, hvor de ytre kontrolltiltakene og samfunnssikkerheten får større vekt. Et nært og forpliktende samarbeid mellom politi, kriminalomsorg og helse- og sosialvesen kan bidra til å sikre tryggere håndtering av dyssosial og utagerende atferd.

Også helse- og sosialtjenestens ansatte har behov for og krav på sikkerhet, og det bør etter utvalgets mening utarbeides gode maler og klare instruksjoner for å ivareta personalets sikkerhet, spesielt ved ambulant virksomhet. Utvalget anbefaler lav terskel for anmeldelse av alvorlige trusler og vold mot personell og at dette fører til rask straffereettslig forfølgning og reaksjon fra politi og rettsvesen. Det må også sikres gode rutiner for rapportering av vold mot helse- og sosialpersonell.

Utvalget mener at samarbeid med og støtte til pasientens pårørende og øvrige nære relasjoner, særskilt der klienten bør tett innpå disse, bør være viktige i planarbeidet. Ikke minst bør hjelpeapparatet tilstrebe tett kontakt med pasientens nære omgivelser i perioder der risikoen for vold vurderes som særskilt høy, som ved rus og kaotisk livsførsel.

16.1.9 Restriktiv forskrivningspraksis og trygge utleveringsordninger

Utvalget anbefaler at det utarbeides klare retningslinjer for svært restriktiv forskrivning av benzodiazepiner ved kjent ruslidelse og ved psykose, spesielt hvis pasienten bruker alkohol. Ved alvorlig personlighetsforstyrrelse bør man helt unngå forskrivning av benzodiazepiner og heller finne

andre og mindre vanedannende preparater (eller ikke-medikamentelle behandlingsmetoder). Der som benzodiazepiner forskrives, bør det bare skje for korte perioder. Det bør videre etableres trygge og kontrollerte utleveringsordninger i nært samarbeid med kvalifisert helsepersonell.

16.1.10 Folkehelseperspektivet

Utvalget mener at tiltak rettet mot befolkningen som helhet bør prioriteres. Slike generelle primærforebyggende tiltak vil ha større preventiv betydning for antall voldshendelser, og dermed også for drap, enn sekundærforebyggende individrettede tiltak. Den største andelen av voldshendelser, derunder drap, begås av personer som på forhånd ikke vurderes å være i høyrisikozonen for vold. Det er også tilnærmet umulig å forutse hvem som kommer til å drepe. Stor andel av både drap og annen vold er rusrelatert, og da oftest alkoholrelatert. Det er vist sannsynlig sammenheng mellom alkoholforbruk i et samfunn og antall voldshendelser. Utvalget støtter derfor bruk av primærforebyggende virkemidler som bidrar til å begrense alkoholforbruket i Norge.

Selv om alkohol oftere er relatert til drap og vold enn andre rusmidler, er det viktig også å opprettholde dagens primærforebyggende tiltak for å begrense omfanget av ulovlige rusmidler i samfunnet.

16.2 Utvalgets tilrådinger i kapittel 8 – Oppfølging som personene mottok før hendelsen

Utvalgets råd vil både gjelde mulig svikt som er oppdaget, og tiltak innen psykisk helsetjeneste som muligens kan forebygge alvorlig voldsutøvelse og drap. Det vil si at rådene her både baserer seg på utvalgets gjennomgang av saker og på tidligere forskning om tiltak.

16.2.1 Samhandling

Utvalget støtter samhandlingsreformens visjon om samarbeid på tvers av etater og behandlingsnivåer. Dette gjelder både mellom akutt-/døgnetenheter og polikliniske spesialisthelsetjenester og mellom spesialisthelsetjenester, fastlege og kommunale helse- og sosialtjenester.

Utvalget mener at reformen bør gjennomføres slik at fastlege og helsepersonell i kommunehelsetjenesten sikres tilstrekkelig kompetanse og nok ressurser til å behandle pasientene forsvarlig, her-

under også de mest utfordrende pasientene med omfattende og sammensatte problemer.

Utvalget anbefaler at det for pasienter med høy risiko for vold sikres et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og førstelinjetjeneste. Det må etableres kontinuitet i helsetjenesten, også der ansvaret for pasienten overføres mellom ulike instanser. Pasienter med fortsatt hjelpebehov bør ikke kunne skrives ut fra et behandlingsnivå før forpliktende avtaler om videre oppfølging og samarbeid er sikret. Ansvarsgrupper, individuell plan og kriseplaner er nyttige verktøy for å sikre samarbeid mellom hjelpeinstanser, og de bør anvendes. Spesialisthelsetjenesten bør sikres tilstrekkelige ressurser til å ivareta sin rådgivnings- og veiledningsplikt overfor førstelinjen, og spesielt der det kommunale hjelpeapparatet har overtatt hovedansvaret for behandling og oppfølging av tungt belastede pasienter med volds- og utageringsproblematikk.

16.2.2 Oppfølging etter utskriving fra akutt- og døgneheter

Utvalget mener at helsetjenesten bør vektlegge arbeidet med oppfølging etter utskriving fra akutt-/døgneheter. Pasienter med oppfølgingsbehov bør ikke skrives ut uten at ansvaret for den videre oppfølging er avtalt. Avtaler om slik oppfølging bør være formidlet til pasient og eventuelt pårørende før utskriving. Individuell plan og/eller ansvarsgruppemøte kan være gode verktøy for å sikre slik kontinuitet. Gradvis utskriving bør vurderes oftere enn det skjer i dag, og det bør vurderes om døgneheter bør ha et sterkere fokus på ettervern og på samarbeid med andre hjelpeinstanser etter utskriving enn det som skjer i dag.

16.2.3 Samarbeid mellom NAV/sosialtjeneste og psykisk helsetjeneste

Utvalget mener at det er viktig at samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og NAV/sosialtjeneste prioriteres. Svært mange med en alvorlig psykisk lidelse vil ha behov for hjelpetiltak via NAV/sosialtjeneste. Utvalget fant at dette gjaldt flertallet av dem som hadde tatt liv i den aktuelle perioden. Uten sikring av primære behov som stabil bolig og økonomi er det vanskelig å gi god behandling og også vanskelig for pasienter å ta imot behandlingen.

16.2.4 Oppfølging av pasienter som har mistet kontakt med helsetjenesten

Utvalget mener det er viktig å sikre stabile psykiske helsetjenester i form av oppsøkende virksomhet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser som står i fare for å miste, eller har mistet kontakt med helsetjenesten.

Ved indikasjoner på brått avbrutt antipsykotisk behandling bør hjelpeinstanser aktivt oppsøke pasienter. Utvalgets gjennomgang av drapssakene i perioden viste at en stor del av gjerningspersonene med schizofreni/paranoid psykose hadde problemer med ivaretagelse av stabil medisinsk behandling.

16.2.5 Tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon

Utvalget anbefaler og støtter tiltak for å sikre tidlig oppdagelse og behandling av psykoser. Dette vil både kunne være kosteffektivt for samfunnet, gi personene et bedre liv og kanskje medvirke til færre voldshandlinger i fremtiden for denne pasientgruppen.

16.2.6 Behandling med benzodiazepiner

Utvalget anbefaler at det utarbeides en veileder om medisinerings som tydeliggjør restriktiv bruk av benzodiazepiner når pasienten har rusrelaterte lidelser, personlighetsforstyrrelser eller psykotiske tilstander.

16.2.7 Behandling av personer med samsykkelighetsproblematikk

Utvalget mener at pasienter med kombinasjonen rusrelaterte diagnoser og for eksempel schizofreni eller dyssosial personlighetsforstyrrelse bør sikres stabil, helhetlig og integrert behandling. Dette er ofte personer som det kan være svært vanskelig å behandle, og det synes ikke som om disse pasientgruppene med kombinerte lidelser er ivare tatt godt nok.

16.2.8 Behandling av personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse

Utvalget anbefaler at det utvikles behandlingstilbud tilpasset personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse med stor risiko for voldsutøvelse. En vesentlig del av dem som utøver vold, har slike forstyrrelser. Personer med dyssosial personlig-

hetsforstyrrelse kan være en stor utfordring for behandlingsapparatet.

16.2.9 Behandling rettet mot risikogrupper for vold

Utvalget anser det som viktig at spesielt tilpassede behandlingstilbud for personer med risiko for utøvelse av vold støttes og utvikles. Behandlingsmetoder rettet mot risikogrupper for vold vil ofte være spesielt tilrettelagt for personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse.

16.2.10 Forskning

Utvalget anbefaler at det undersøkes om drap på spedbarn underrapporteres i Norge, eventuelt har lavere forekomst enn i andre land. I utvalgets undersøkelse har man ikke funnet noen drap av spedbarn under ett års alder. Internasjonale undersøkelser har funnet at den største risikoen for å bli drept nettopp er tiden før man fyller ett år. Det er ukjent for utvalget hvorfor det ikke er funnet noen slike spedbarnsdrap i perioden.

Utvalget støtter at forskning på vold og drap begått av nåværende eller tidligere partner prioriteres. Det eksisterer en del kunnskap om dette temaet internasjonalt. Norge og Norden har imidlertid et annet kjønnsrollemønster enn en del andre land. Det er derfor behov for kunnskap – basert på forskning i Norge – om årsaksmekanismer og mulige tiltak.

Det anbefales at forskning om sammenhengen mellom andre rusmidler enn alkohol og vold prioriteres. Dette gjelder spesielt forskning på sammenhengen mellom benzodiazepiner, eventuelt i kombinasjon med andre rusmidler, og vold. Det eksisterer mye kunnskap om sammenhengen mellom alkohol og vold. Andre rusmidler har blitt mer vanlig siste årene, men det er ikke tilstrekkelig kunnskap om sammenhengen mellom slike rusmidler og vold.

16.2.11 Etablering av en permanent forskningsbasert ordning for gjennomgang av samtlige drapssaker i Norge

Utvalget anbefaler at det etableres en permanent forskningsbasert ordning for gjennomgang av samtlige drapssaker i Norge. Formålet bør være å skape en kontinuitet i kunnskapsutvikling og kunnskapsetablering. Det anbefales at oppgaven legges til et etablert forskningsmiljø. Det er en del likhetsfaktorer mellom selvdrap og drap, og det anbefales

at samme kunnskapsmiljø behandler begge temaene. Metoden for kunnskapsutviklingen bør være forskningsbasert, og det bør vurderes hvilke metoder som kan benyttes for både å undersøke årsaksfaktorer til drap og selvdrap, og hvilke intervensjoner man her kan gjøre i Norge. Det er sannsynlig at metodene bør være longitudinelle og populasjonsbaserte, men dette bør vurderes videre av forskningsmiljøene som kan være aktuelle for en slik kontinuerlig forskningsvirksomhet. Det er et lite antall drap i Norge. Mulighetene for å etablere et skandinavisk samarbeid rundt slik kontinuerlig kunnskapsutvikling bør vurderes.

16.2.12 Korrekt informasjon til befolkningen

Utvalget mener at det er viktig at befolkningen får korrekt informasjon om samfunnsforhold som påvirker den allmenne trygghetsfølelsen i samfunnet, for å få en realistisk forståelse av risiko og for at frykt for dødelig vold ikke kommer ut av proporsjoner.

Utvalget mener at det er viktig at befolkningen informeres om at drapsraten i Norge er lav. Det er også av betydning å vite at det er et beskjedent omfang av drap i Norge som begås av personer med alvorlig psykisk lidelse, og at det er sjelden at disse dreper fremmede. Etter utvalgets syn er det grunnløst å stigmatisere personer med psykisk lidelse ved å skape inntrykk av at alvorlige psykiske lidelser ofte fører til at folk tar liv.

16.2.13 Allmennpreventive tiltak

Tidligere undersøkelser viser gjennomgående at land med små sosioøkonomiske forskjeller har mindre av vold og drap. Økonomisk fremgang og sosiale hjelpetiltak generelt vil dermed trolig bidra preventivt. Det innebærer at det også er viktig å sikre hjelpetiltak for alle som har behov for behandling for psykiske lidelser. Det generelle vilkåret om riktig behandling, til riktig tid, for alle med behov er dermed essensielt.

16.3 Utvalgets tilrådinger i kapittel 9 – Voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering blant personer med alvorlig psykisk lidelse

Utvalget anbefaler at det vurderes tiltak for å sikre bedre etterlevelse av gjeldende retningslinjer for bruk av strukturerte kliniske verktøy for risikovurdering.

Utvalget støtter klinisk forskning for videreutvikling av voldsrisikovurderingsredskaper og voldsrisikohåndteringsmetodikk.

16.4 Utvalgets tilrådinger i kapittel 10 – Kommunikasjon mellom helsetjenesten og andre berørte

16.4.1 Kartlegging av hvordan taushetsplikten faktisk brukes

Utvalget anbefaler at det gjennomføres systematiske studier om hvordan taushetspliktbestemmelsene faktisk brukes innenfor og mellom samarbeidende etater. Som nevnt i kapittel 10.2 er det gjennomført få slike studier. Av den grunn har det vært vanskelig å si noe sikkert om det er regelverket og/eller andre forhold som eventuelt vanskeliggjør eller forhindrer nødvendig informasjonsflyt og samarbeid mellom etater og forvaltningsnivåer.

16.4.2 Pårørendes rolle

Utvalget anbefaler fortsatt oppmerksomhet rundt arbeidet med å utvikle pårørendes rolle innenfor psykisk helsetjeneste. Etter utvalgets vurdering vil pårørende ha en viktig rolle både med hensyn til å gi nyttig informasjon, for å forstå pasientens begrensninger, og bedre løse utfordringer sykdommen innebærer. I de tilfeller det foreligger voldsproblematikk, vil informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og pårørende være viktig i vurderingen av voldsrisiko.

Behandleren bør tidlig i behandlingskontakten spørre pasienten hvordan vedkommende stiller seg til gjensidig informasjonsutveksling med pårørende. I de tilfeller pasienten nekter å gi sitt samtykke, bør behandleren undersøke nærmere og eventuelt oppklare misforståelser. Uansett må helsepersonellet vurdere om det foreligger en plikt til å informere pårørende, for eksempel etter pasientrettighetsloven § 3–3.

16.5 Utvalgets tilrådinger i kapittel 11 – Taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett

Utvalget har på grunnlag av gjennomgang av litteraturen på området, tilbakemeldinger på stormøtet 18. november 2009, drøftelsene inntatt i kapittel 11 og utvalgsmedlemmenes egne erfaringer, vurdert forslag til lovendringer.

16.5.1 Forslag til lovendringer

Utvalget har tatt til orde for at endringer i bestemmelsene om taushetsplikt bør vurderes og utredes nærmere. Utvalgets forslag berører konkrete bestemmelser i helsepersonelloven og politiloven. Det vises til forslagene i kapittel 11.

16.6 Utvalgets tilrådinger i kapittel 12 – Samarbeid mellom politiet og helsetjenesten om personer med psykisk lidelse

Utvalget anbefaler at det innskjerpes at helsepersonell har hovedansvaret for å ivareta og vurdere psykisk ustabile personer, eventuelt også for å hente dem. Ambulante akutt team, eventuelt psykiatrisk ambulansetjenster vil være spesielt egnede aktører her. Politiet skal ikke brukes som ren transporttjeneste, men bør kunne bistå hvis situasjonen tilsier det, for eksempel ved fare for voldsutøvelse.

Utvalget mener at samarbeidet mellom politi og helsevesenet både må styrkes og at rollene må defineres tydeligere. Dessuten bør ledelsen både i politiet og i helsevesenet opparbeide større kompetanse om hverandres ansvarsområder, og politiets utdanning bør styrkes når det gjelder kunnskap om psykisk helse, psykisk lidelse og håndtering av psykisk ustabile personer.

Utvalget etterlyser mer forskning om politiets kontakt med og håndtering av personer med psykisk lidelse. Her bør gode modeller for samarbeid belyses, sammen med ressursbruken.

Utvalget støtter utviklingsarbeid på IKT-feltet, herunder utvikling av bedre og mer presis måling av ressursbruken ved politioppdrag knyttet til psykisk ustabile personer.

16.7 Utvalgets tilrådinger i kapittel 13 – Individuell plan

Utvalget mener at ordningen med individuell plan er et viktig verktøy for å sikre god behandling av tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. På bakgrunn av den kunnskapen som per i dag finnes om bruken av individuell plan, mener utvalget at det fremdeles gjenstår arbeid for å sikre god og utbredt bruk av ordningen.

16.7.1 Retningslinjer for håndtering av situasjoner hvor tjenestemottakeren sier nei til individuell plan

Etter utvalgets vurdering bør det gis mer detaljerte retningslinjer for hvordan hjelpeinstanser skal håndtere og følge opp tjenestemottakere som vedvarende sier nei til individuell plan.

16.7.2 Retningslinjer for bruk av kriseplaner som del av individuell plan

Etter utvalgets vurdering bør den individuelle planen innholde en særskilt kriseplan for enkelte brukere. Det gjelder spesielt hos personer hvor det er dokumentert tidligere voldelig atferd i perioder med rus og/eller paranoide vrangforestillinger og hvor risikoen for tilbakefall og svært rask sykdomsutvikling synes høy.

16.7.3 Frist for utarbeidelse av individuell plan når behovet er fastlagt

Utvalget anbefaler at det vurderes om det bør innføres en frist for utarbeidelse av individuell plan i de tilfellene brukeren etter loven har krav på individuell plan, og hvor vedkommende har samtykket i igangsettelse av planarbeidet.

16.7.4 Omfanget av individuelle planer for tjenestemottakerne

Utvalget ser verdien av at bruken av individuell plan søkes kartlagt. Utvalget legger til grunn at det allerede er gjennomført og jevnlig gjennomføres ulike registreringer og studier som kan belyse bruken av individuell plan. Dette omfatter blant annet organisasjonsinterne rapporteringer, spørreundersøkelser, tilsynsgjennomganger og den nasjonale registrering av kvalitetsindikatorer for bruk av individuell plan for noen pasientgrupper.

Etter utvalgets vurdering kan rapportering bidra til økt bevissthet og stimulere til innsats slik at lovkravet om individuell plan blir oppfylt. Rapportering om bruk av individuell plan vil dessuten være viktig for å kunne studere effekten av og suksesskriteriene for individuell plan.

16.7.5 Forskning på effekten av individuelle planer

Utvalget støtter forskning om effekten av individuelle planer. Det eksisterer i dag lite forskningsbasert kunnskap om hvilken effekt individuelle planer har, og det gjelder for eksempel om individuell

plan faktisk medvirker til å sikre kontinuitet, helhet og kvalitet i behandlingen. Vi vet dessuten lite om hvorvidt individuell plan medfører forbedringer for pasientene og om risikoen for vold reduseres ved bruk av individuelle planer og kriseplaner.

16.7.6 Tjenesteyternes ansvar for å utarbeide individuell plan

Utvalget mener det kan være grunn til å vurdere om gjeldende regelverk er klart nok med hensyn til tjenesteyternes ansvar for å utarbeide individuell plan.

16.7.7 Ansvarsgrupper og koordinatorrollen

Utvalget mener at bestemmelsene om individuell plan bør bli supplert med bestemmelser om etablering av ansvarsgrupper. Etter utvalgets vurdering bør hovedregelen være at ansvarsgruppe opprettes for brukere som har krav på individuell plan. I de tilfeller ansvarsgruppe ikke opprettes, bør bakgrunnen for det nedfelles skriftlig i journalen.

Utvalget mener at innholdet av koordinatoransvaret (mandat og myndighet) bør vurderes tydeliggjort i regelverket.

16.7.8 Undervisning og informasjon til helsepersonell og andre tjenesteytere

Utvalget støtter informasjons- og opplæringstiltak som bidrar til at flere tjenesteytere bruker individuell plan som verktøy for å etablere koordinerte tjenester.

16.8 Utvalgets tilrådinger i kapittel 14 – Mottaksforhold og oppfølging av gjerningspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn

16.8.1 Helseundersøkelse etter ankomst til landet/bosetting i kommunen

Utvalget anbefaler at det sikres en adekvat helseundersøkelse etter ankomst til landet /bosetting i kommunen. Det er av stor betydning at det etableres et tett faglig samarbeid om personer som har vist tegn til psykisk lidelse med mangelfull affektregulering og sosial forståelse, både i asylmottak og etter bosetting.

Det må legges bedre til rette for å sikre at helsetjenestene faktisk foretas, og at nødvendig dokumentasjon følger vedkommende. I den nye, reviderte «Veileder om helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiejenforente» gis det en klar

anbefaling til kommunene om å organisere tjenesten for asylsøkere i en egen kommunal tjeneste, der fastlegen skal inngå som en del av et tverrfaglig team som består av flere kommunale helsearbeidere med kompetanse på asylhelse. Det legges opp til at fastlegen skal fungere som «asylsøkerlege» som en del av den allmennmedisinske kommunale tjenesten. Et slikt tilrettelagt helsetilbud, med ansatt personell, vil i de fleste kommuner kunne være den mest hensiktsmessige organisering i den første fasen.

16.8.2 Kompetanse hos helsepersonell innen behandling av flyktninger/asylsøkere

Utvalget anbefaler at det tilrettelegges for økt kompetanse hos helsepersonell innen behandling av flyktninger/asylsøkere. Økt kompetanse vil bidra til kultursensitive og traumebevisste helsetjenester. Etter utvalgets vurdering er det behov for kompetanseheving innen helsetilbudet til torturerte og traumatiserte flyktninger.

16.8.3 Behandlingstilbud for torturofre

Utvalget anbefaler at det sikres behandlingstilbud for torturofre. Personer som selv har vært utsatt for vold og krenkelser, vil ha økt risiko for selv å bli voldelige. Det er derfor viktig å få kartlagt personer som har vært utsatt for vold, og iverksette adekvate tiltak for å forebygge og behandle psykiske helseproblemer.

16.8.4 Helsetjenester til papirløse innvandrere

Utvalget anbefaler at det sikres fullverdige helse-tjenester til papirløse innvandrere.

16.8.5 Forskning

Etter utvalgets vurdering er det et udekket behov for forskning om beskyttelsesfaktorer mot traumatisk stress, om postmigrasjonsfaktorer og om behandling av traumer hos flyktninger. Utvalget anbefaler derfor styrking av slik forskning.

16.8.6 Barn og mindreårige

Utvalget anbefaler at det rettes fokus på barn av traumatiserte innvandrere for å forebygge senere helseproblemer. Videre anbefaler utvalget at traumatiserte mindreårige asylsøkere sikres adekvat behandling.

16.8.7 Rusforebyggende tiltak for innvandrere i mottak

Utvalget tilrår at det settes i verk rusforebyggende tiltak for innvandrere i mottak.

16.8.8 Evaluering av voldsforebyggende tiltak i mottak

Utvalget anbefaler at voldsforebyggende tiltak i mottak evalueres.

16.8.9 Forebygging av psykiske lidelser

Utvalget legger til grunn at avgjørende forutsetninger for å forebygge psykiske lidelser, er arbeid med integrering, tilgang til arbeid, sosiale nettverk, familieforening og utdanning. Utvalget understreker betydningen av slike forebyggende tiltak, og at disse ikke nedprioriteres i forhold til behandlingstilbud.

Kapittel 17

Økonomiske og administrative konsekvenser

I mandatets punkt 5.4 heter det at

«i den utstrekning utvalget anser det som mulig i forhold til disponibel tidsramme og ressurser, (skal utvalget) vurdere administrative, økonomiske og juridiske konsekvenser av rådene som gis».

Utvalget har ikke innenfor tidsrammen rukket å gjennomføre noen forsvarlig økonomisk konsekvensanalyse av utvalgets råd. Utvalget vil imidlertid presentere noen oppsummerende og overordnede betraktninger rundt mulige konsekvenser av foreslåtte tiltak.

17.1 Innledende bemerkning – omfattende tiltak for å påvirke et svært begrenset antall personer

Utvalget vil innledningsvis gjøre oppmerksom på at foreslåtte tiltak vil fremstå som meget omfattende og ressurskrevende, og at dette står i kontrast til det forhold at drap er sjeldent forekommende i Norge.

Forklaringen på dette paradokset er at man i dag ikke har kunnskap som gjør det mulig å forutsi hvem som dreper. Vi har imidlertid en del kunnskap som kan si noe om hvem som utgjør en risiko for voldsutøvelse. På grunnlag av den kunnskap som finnes, har det vært mulig å gi råd for å motvirke vold. Det har imidlertid ikke vært mulig å gi råd direkte rettet mot «potensielle» drapsutøvere.

I hovedsak må utvalgets råd betraktes som voldsforebyggende tiltak. Det betyr at tiltakene som er foreslått, vil måtte være mer omfattende og mer ressurskrevende enn om man på forhånd kunne forutse hvem som i fremtiden ville stå i fare for å ta andres liv.

17.2 Samhandling

Utvalget har tatt til orde for at personer med alvorlig psykisk lidelse bør sikres en helhetlig og sam-

menhengende behandling. Dette fordrer samhandling mellom ulike behandlere innenfor samme nivå, mellom ulike behandlingsnivåer og tverretattlig samarbeid hvor det fremstår som nødvendig.

Utvalgets forslag om å styrke samhandling på bestemte områder er nærmere omtalt i kapitlene foran, særlig i kapitlene 7 og 8. Blant tiltakene nevnes særskilt:

- Det bør satses på tidlig identifisering av personer som har problematisk bruk av rusmidler, og som utgjør en risiko for voldsutøvelse og hvor samarbeid mellom blant annet barnevernet og fastlege vil være viktig, jf. kapittel 16.1.2.
- Det bør sikres integrerte tjenester og «sømløse» overganger for personer med kombinasjon av ruslidelser og andre psykiske lidelser. Tiltakene bør også ivareta de mest basale behov for bolig, stabil økonomi, sosiale relasjoner og meningsfylt aktivitet. For å få til det trengs samhandling mellom ulike aktører, jf. 16.1.3
- Det bør være fokus på samarbeid på tvers av etater og behandlingsnivåer. Dette gjelder både mellom akutt-/døgneheter og poliklinisk spesialisthelsetjenester, og mellom spesialisthelsetjenester, fastlege og kommunale helse- og sosialtjenester, jf. kapittel 16.2.1.
- Det bør vurderes om døgneheter bør ha et sterkere fokus på å etablere ettervern og samarbeid med andre hjelpeinstanser etter utskrivning enn det som skjer i dag, jf. kapittel 16.2.2.
- Samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og NAV/sosialtjeneste bør prioriteres, jf. 16.2.3.
- Det bør være tett faglig samarbeid om personer som har vist tegn til psykisk lidelse med mangelfull affektregulering og sosial forståelse, både i asylmottak og etter bosetting, jf. 16.8.1.

Utvalget mener at disse tiltakene er godt forenlige med samhandlingsreformens målsetninger, og at gjennomføring av foreslåtte tiltak kan håndteres innenfor samhandlingsreformens økonomiske rammer.

17.3 Gode tjenester

Utvalget har fremmet en rekke tiltak for å bedre hjelpeinstansenes tilbud til bestemte grupper tjenestemottakere. Utvalget har i hovedsak hatt et fokus på tjenestemottakere med alvorlig psykisk lidelse. Foreslåtte tiltak omfatter blant annet:

- Satsing på aktivt oppsøkende team, jf. kapittel 16.1.4.
- Sikre utredning og stabile tjenester for personer uten bekreftet alvorlig psykisk lidelse, typisk pasienter med gjentatte innleggelser med psykotiske gjennombrudd under påvirkning av rus («gråsoner»-pasienter), jf. kapittel 16.1.6.
- Personer med «rusutløst psykose» må sikres et forsvarlig og helhetlig helsetilbud, og personer med personlighetsforstyrrelser i kombinasjon med rusproblemer og voldsproblemer krever klinisk håndtering over tid og samarbeid mellom forskjellige instanser hvor motivering for endring og behandling er viktig, jf. kapittel 16.1.7.
- Oppfølging av pasienter som har mistet kontakt med helsetjenesten, jf. kapittel 16.2.4.
- Tidlig oppdaging og tidlig intervensjon ved psykose, jf. kapittel 16.2.5
- Restriktiv bruk av benzodiazepiner når pasienten har rusrelaterte lidelser, personlighetsforstyrrelser eller psykotiske tilstander, jf. kapittel 16.2.6.
- Pasienter med kombinasjonen rusrelaterte diagnoser og for eksempel schizofreni eller dyssosial personlighetsforstyrrelse bør sikres stabil, helhetlig og integrert behandling, jf. kapittel 16.2.7
- Behandlingstilbud tilpasset personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse med stor risiko for å utøve vold, bør utvikles, jf. kapittel 16.2.8
- Behandlingstilbud for personer med risiko for utøvelse av vold bør utvikles, jf. kapittel 16.2.9

Utvalget legger til grunn at de foreslåtte tiltakene i hovedsak kan håndteres innenfor eksisterende økonomiske rammer. Når det gjelder utvikling av behandlingstilbudet til personer med dyssosiale personlighetsforstyrrelser med stor risiko for å utøve vold, er det grunn til å tro at ytterligere tilføring av midler vil være påkrevet.

17.4 Regelverksutvikling

Utvalget har tatt til orde for at endringer i bestemmelsene om taushetsplikt og individuell plan bør vurderes og utredes nærmere. Dette vil trekke

veksler på ressurser i Helse- og omsorgsdepartementet, eventuelt også hos andre departementer og underliggende etater.

17.5 Faglige veiledere og retningslinjer

Utvalget foreslår på flere områder at det gjøres endringer eller lages nye faglige veiledere/rundskriv. Det vises her til anbefalingene i kapitlene 7, 8 og 13.

- Utvalget anbefaler at det utarbeides klare retningslinjer for svært restriktiv forskrivning av benzodiazepiner ved kjent ruslidelse og ved psykose, og spesielt hvis pasienten bruker alkohol, jf. kapittel 7 og kapittel 8.
- Utvalget tilrår at sentrale helsemyndigheter utarbeider særskilte retningslinjer og anbefalinger for hvordan «gråsoner»-pasienter (pasienter med gjentatte innleggelser med psykotiske gjennombrudd under påvirkning av rus) best fanges opp, både i et kortere og i et lengre perspektiv, jf. kapittel 7.
- Utvalget anbefaler at det gis mer detaljerte retningslinjer for hvordan hjelpeinstanser skal håndtere og følge opp tjenestemottakere som vedvarende sier nei til individuell plan, jf. kapittel 13.
- Utvalget anbefaler at det i retningslinjer bør nedfelles at individuell plan bør inneholde en særskilt kriseplan for enkelte brukere, jf. kapittel 13.

Oppfølging av forslagene vil kunne kreve ytterligere behandling og bearbeiding i berørte faglige etater under Helse- og omsorgsdepartementet.

17.6 Forskning

Utvalget har anbefalt satsing på utrednings- og forskningsaktivitet på en rekke områder. Slik aktivitet vil kreve økonomiske ressurser. I de fleste tilfellene innebærer denne anbefalingen en støtte til allerede pågående forskning som i større eller mindre grad vil kunne håndteres innenfor dagens budsjetter. I noen tilfeller vil det imidlertid måtte påregnes tilføring av friske midler. På de områdene utvalget mener at ekstra midler er nødvendige, vil dette påpekes.

17.6.1 Rusforskning

Utvalget anbefaler forskning på effekten av indvidrettede tiltak, spesielt når det gjelder behandling

av personer med kombinasjon av rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser og integrert behandling når det gjelder aggressiv og voldelig atferd. Det er sannsynlig at slik forskning vil kreve mer ressurser enn det som brukes i dag.

17.6.2 Drapsforskning

Utvalget anbefaler at det undersøkes om drap på spedbarn underrapporteres i Norge, eventuelt har lavere forekomst enn i andre land.

Utvalget støtter at forskning på vold og drap begått av nåværende eller tidligere partner prioriteres.

Det anbefales at forskning om sammenhengen mellom andre rusmidler enn alkohol og vold prioriteres.

17.6.3 Forskningsbasert gjennomgang av alle drap i Norge

Utvalget anbefaler at det etableres en permanent forskningsbasert gjennomgang av samtlige drapsaker i Norge. Dette forslaget vil kreve tilføring av økonomiske ressurser. Etter utvalgets vurdering vil det være mulig å begrense utgiftene ved etablering av en slik ordning dersom oppdraget legges til et etablert forskningsmiljø som har solid erfaring og infrastruktur til å håndtere og analysere denne typen sensitivt materiale på en trygg og tillitvekkende måte. Det er en del likhetsfaktorer mellom selvdrap og drap, og det anbefales derfor at samme kunnskapsmiljø behandler begge temaene.

17.6.4 Bruk av strukturerte verktøy for risikovurdering

Utvalget støtter klinisk forskning for videreutvikling av voldsrisikovurderingsredskaper og voldsrisikohåndteringsmetodikk.

17.6.5 Taushetsplikt

Utvalget anbefaler at det gjennomføres systematiske studier på hvordan taushetspliktbestemmel-

sene faktisk brukes innen og mellom samarbeidende etater. Gjennomføringen av en slik systematisk studie vil kreve økonomiske ressurser, men det er mulig at dette arbeidet kan samordnes med allerede planlagt arbeid. Det vises i den forbindelse til at det i «Regjeringens strategi for forebygging» er opplyst at «det vil bli igangsatt et interdepartementalt arbeid på embetsmannsnivå for å gjennomgå regelverket for informasjonsplikt og taushetsplikt samt dets betydning for praksis».¹

17.6.6 Tverretattlig samarbeid mellom politi og psykisk helsetjeneste

Utvalget etterlyser mer forskning og studier på politiets kontakt med og håndtering av personer med psykisk lidelse. En viktig målsetning for slike studier vil være å utarbeide gode modeller for samarbeid mellom politi og helsevesen, samt beskrive en mest mulig hensiktsmessig bruk av ressurser og fordeling av ansvar mellom politi og helsevesen når det gjelder bistand til mennesker med psykiske lidelser.

Utvalget støtter utviklingsarbeid på IKT-feltet, herunder utvikling av bedre og mer presis måling av ressursbruken ved politioppdrag knyttet til psykisk ustabile personer.

17.6.7 Individuell plan

Utvalget støtter forskning på effekten av individuell plan. Utvalget legger til grunn at denne typen forskningsbaserte studier vil kreve økonomiske ressurser.

17.6.8 Migrasjonshelse

Utvalget anbefaler styrking av forskning innen beskyttelsesfaktorer mot traumatisk stress, behandlingsforskning av traumatiserte flyktninger og empirisk forskning om postmigrasjonsfaktorer.

1. Justis- og politidepartementet, 2009, s. 44

Referanser

- AGENDA Utredning & Utvikling AS. (2007). *Evaluering av forsterket avdeling*. Sandvika: Utlendingsdirektoratet.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284–1296. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/088626000015012003>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*.
- Amnesty International. (2008). *Vold mot kvinner i asylmottak*. Amnesty International. Hentet fra <http://amnesty.no/aktuelt/flere-nyheter/arkiv-nyheter/utrygg-hverdag-kvinner-i-asylmottak-i-norge>
- Andrews, D., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39–55. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0018362>
- Andrews, D., Bonta, J., & Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19–52.
- Appleby, L. (2005). Homicide questionnaire. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Hentet fra <http://www.medicine.manchester.ac.uk/psychiatry/research/suicide/prevention/nci/methodology/samplehomicide-questionnaire.pdf>
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2009, Juni 11). Høringsbrev – Om forslag til lovendring og forskriftsbestemmelser om unntak fra taushetsplikt for ansatte ved mottak og omsorgssentre. Høringsbrev. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/hoeringer/hoeringsdok/2009/horing-forslag-til-lovendring-og-forskr.html?id=566194>
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 979–986.
- Asnis, G. M., Kaplan, M. L., Hundorfean, G., & Saeed, W. (1997). Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 405–424.
- Bacskai, E., Czobor, P., & Gerevich, J. (2008). Heavy drinking as a differential predictor of physical aggression in clinical and general populations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(3), 668–72.
- Bakke, T. (2005). *Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvfølgeligheter: en kvalitativ studie av hvordan det oppleves for personer med alvorlige psykiske lidelser å delta i utarbeidelsen av sin egen individuelle plan*. Trondheim: T. Bakke.
- Bakke, T. (2007). *Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt* (Prosjektrapport). Skien: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – GRUK. Hentet fra <http://www.helsedialog.no/filestore/RapportVIP.pdf>
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet: faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Belfrage, H. (1998). Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital: Integrating research and clinical practice. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9(2), 328–338.
- Berg, B., Lauritsen, K., Meyer, A. M., Neumayer, S. M., Tingvold, L., & Sveaass, N. (2005). «Det hainnle om å leve...» Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak (SINTEF rapport A05054). Trondheim: SINTEF, IFIM, Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress. Hentet fra <http://www.udi.no/upload/Publikasjoner/Asylmottak/Sluttrapport.pdf>

- Berglund, M., Thelander, S., Andreasson, S., Franck, J., Fridell, M., Håkanson, I., & mfl. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotika-problem. En evidensbaserad kunskapssammenstilling*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Bjorkly, S. (1994). The scale for the prediction of aggression and dangerousness in psychotic patients (PAD): A prospective pilot study. *Criminal Justice and Behavior*, 21(3), 341–356. doi:http://dx.doi.org/10.1177/0093854894021003004
- Bjorkly, S. (1995). Prediction of aggression in psychiatric patients: A review of prospective prediction studies. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 475–502. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(95)00016-I
- Bjorkly, S. (2002a). Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 605–615.
- Bjorkly, S. (2004). Violent patients' warning signs and indications of coping failure as criteria for specific risk management strategies: An introduction to the SAFE project. *Issues in Forensic Psychology*, 5, 114–126.
- Bjorkly, S. (2002b). Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 1. Delusions. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 617–631.
- Bogstrand, S. T., Rossow, I., Normann, P. T., & Ekeberg, Ø. (2009). Prevalence of alcohol and other substances of abuse in a Norwegian emergency department. Presentert på 35th annual symposium in Copenhagen, June 1–5, 2009, Kettil Bruun Society, social and epidemiological research on alcohol, København. Hentet fra [http://gsmis.gs.kku.ac.th/publish/get_file?name=KBS %202009 %20-%20Papers.pdf&path=public/publish_files/file/orignal/9/2009-06-09_GsPublishConference_979.pdf&content_type=application/pdf](http://gsmis.gs.kku.ac.th/publish/get_file?name=KBS%202009%20-%20Papers.pdf&path=public/publish_files/file/orignal/9/2009-06-09_GsPublishConference_979.pdf&content_type=application/pdf)
- Boles, S. M., & Johnson, P. B. (2001). Violence among comorbid and noncomorbid severely mentally ill adults: A pilot study. *Substance Abuse*, 22(3), 167–173. doi:http://dx.doi.org/10.1023/A:1011172901356
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 155–174. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00057-X
- Brennan, P., Mednick, S., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 494–500. doi:http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.57.5.494
- Brofoss, K. E., & Larsen, F. (2009). *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009)*. Oslo: Forskningsrådet. Hentet fra <http://www.fylkesmannen.no/hoved.aspx?m=144&amid=2733249>
- Brookman, F., & Maguire, M. (2004). Reducing homicide: a review of the possibilities. *Crime, law and social change*, 42(4–5), 325–403.
- Brunette, M. F., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Green, A. I. (2006). Clozapine Use and Relapses of Substance Use Disorder Among Patients With Co-occurring Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Schizophr Bull*, 32(4), 637–643. doi:10.1093/schbul/sbl003
- Bureau of Justice Assistance. (2010). Bureau of Justice Assistance, Justice and Mental Health Collaboration Program. Hentet fra <http://www.ojp.usdoj.gov/BJA/grant/JMHC-program.html>
- Burnette, M. L., Ilgen, M., Frayne, S. M., Lucas, E., Mayo, J., & Weitlauf, J. C. (2008). Violence perpetration and childhood abuse among men and women in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 217–222. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.10.002
- Bye, E., & Rossow, I. (2008). Is the impact of alcohol consumption on violence relative to the level of consumption? *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 9(1), 31–46. doi:http://dx.doi.org/10.1080/14043850801896729
- Bye, E. K. (2007). Alcohol and violence: Use of possible confounders in a time-series analysis. *Addiction*, 102(3), 369–376. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01701.x
- Bye, E. K., & Rossow, I. The impact of drinking pattern on alcohol related violence among adolescents: an international comparative analysis. *Drug and Alcohol Review*, (in press).

- Bødal, K., & Fridhov, I. M. (1995). *Det gjelder drap: En rapport om 250 personer dømt for drap eller drapsforsøk i perioden 1980–1989*. (Rapport nr 2). Dokumentasjon & Debatt. Kriminalomsorgens utdanningscenter.
- Chan, L., Kipke, M. D., Schneir, A., Iverson, E., Warf, C., Limbos, M. A., & Shekelle, P. (2004). Preventing violence and related health-risking social behaviors in adolescents. *AHRQ Evidence reports and summaries*, (107).
- Chauvin, P., Parizot, I., & Simonnot, N. (2009). *Tilgangen till vård för papperslösa i 11 europeiska länder*. Sverige: Läkare i världens kartläggning av tillgången till vård i Europa. Hentet fra http://www.lakareivarlden.org/files/rapporter/European_Observatory_09.pdf
- Chermack, S. T., & Blow, F. C. (2002). Violence among individuals in substance abuse treatment: The role of alcohol and cocaine consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(1), 29–37. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716%2801%2900180-6>
- Chermack, S. T., Murray, R. L., Winters, J. J., Walton, M. A., Booth, B. M., & Blow, F. C. (2009). Treatment needs of men and women with violence problems in substance use disorder treatment. *Substance Use & Misuse*, 44(9–10), 1236–1262.
- Cherniak, D., Grant, L., Mason, R., Moore, B., & Pellizzari, R. (2005). Intimate partner violence consensus statement. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 27(4), 365.
- Christensen, R. (1956). Norske drapsmenn 1930–1954. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 285–318.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(CD001088). doi:<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub2>
- Coid, J., Hickey, N., Kahtan, N., Zhang, T., & Yang, M. (2007). Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 223–229.
- Coid, J. W. (1996). Dangerous patients with mental illness: increased risks warrant new policies, adequate resources, and appropriate legislation. *BMJ*, 312(7036), 965–966.
- Community Research Foundation. (2010). Psychiatric Emergency Response Team (PERT). *Community Research Foundation*. Hentet April 6, 2010, fra <http://www.comresearch.org/programs/pert/index.asp?id=16>
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2009). Limitations of diagnostic precision and predictive utility in the individual case: a challenge for forensic practice. *Law & Human Behavior*, 33(6).
- Cornic, F., & Olie, J. (2006). Psychotic parricide. Prevention. *Encephale*, 32(4), 452–458.
- Crebbin, K., Mitford, E., Paxton, R., & Turkington, D. (2009). First-episode drug-induced psychosis: A medium term follow up study reveals a high-risk group. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 710–715. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0490-2>
- Dalgard, O. S. (2008). Hos hvem har pasientene søkt hjelp, og hva slags behandling har de fått? I *Levekårsundersøkelsen 2005. Psykiske problemer og behandling. Rapport No. 2008:5 Del 1*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/a1fde18b92.pdf>
- Davison, S., Jamieson, E., & Taylor, P. (1999). Route of discharge for special (high-security) hospital patients with personality disorder: Relationship with re-conviction. *Journal of Psychiatry September 1999*, 175(9), 224–227.
- Douglas, K., Guy, L., & Hart, S. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135(5), 679–706. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0016311>
- Douglas, K. S., & Weir, J. (2003). *HCR-20 Risk Assessment Scheme: Overview and annotated bibliography*. University of South Florida.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123–138. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.011>
- Dvoskin, J. A., & Steadman, H. J. (1994). Using intensive case management to reduce violence by mentally ill persons in the community. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(7), 679–684.

- Easton, C. J., Mandel, D. L., Hunkele, K. A., Nich, C., Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2007). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *American Journal on Addictions*, 16(1), 24–31.
- Edland-Gryt, M., Brynhi, A., Skretting, A., Lund, M., Bye, E. K., & Horverak, Ø. (2009). *Rusmidler i Norge*. Oslo: Statens institutt for rusmiddel forskning.
- Edney, D. R. (2004). *Mass media and mental illness: A literature review*. Ontario: Canadian Mental Health Association. Hentet fra http://www.ontario.cmha.ca/docs/about/mass_media.pdf
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Chang, M., & Fontdevila, J. (2007). Perpetration of Intimate Partner Violence Among Men in Methadone Treatment Programs in New York City. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1230–1232. doi:10.2105/AJPH.2006.090712
- Elbogen, E. B. (2002). The process of violence risk assessment: A review of descriptive research. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 591–604. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789%2801%2900051-9>
- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152–161.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497–501.
- Estroff, S. E., Swanson, J. W., Lachicotte, W. S., Swartz, M., & Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(13), 95–101.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009). *Polydrug use: Patterns and responses* (No. ISSN 1830–7957). Lisbon,: EMCDDA. Hentet fra <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550. doi:10.1016/S0140-6736(02)07740-1
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 301(19), 2019–2023.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000120. doi:10.1371/journal.pmed.1000120
- Finkelhor, D., & Jones, L. (2006). Why have child maltreatment and child victimization declined?. *Journal of social issues*, 62(4), 685–716.
- Fluttert, F., Van Meijel, B., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. Detached-concern of forensic mental health nurses in therapeutic relationships with patients: The application of the Early Recognition Method related to detached-concern. *Archives of Psychiatric Nursing*, (in press).
- Fluttert, F., Van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the «Early Recognition Method». *Journal of Advanced Nursing*, (in press).
- Flynn, S., Swinson, N., While, D., Hunt, I., Roscoe, A., Rodway, C., Windfuhr, K., mfl. (2009). Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *Journal of forensic psychiatry and psychology*, 20(2), 306–321. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14789940802364369>
- Folkehelseinstituttet. (2006a). *Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring*. (Rapport 2006:6). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5583&MainArea_5661=5583:0:15,1359:1:0:0:::0:0&MainLeft_5583=5603:63133::1:5699:60:::0:0&4496=5699:2
- Folkehelseinstituttet. (2006b). *Diagnose bipolar affektiv lidelse: Foreldres erfaring* (Rapport No. 2006:5). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5583&MainArea_5661=5583:0:15,1359:1:0:0:::0:0&MainLeft_5583=5603:63129::1:5699:61:::0:0&4496=5699:2
- Folkehelseinstituttet. (2007). Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO/UNGHUBRO) 2000–2001. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5588:0:15,1869:1:0:0:::0:0

- Forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (forskrift om individuell plan)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/20041223-1837.html#map0>
- Forskrift 28. juni 1985 nr. 1679 om ordningen av påtalemyndigheten (påtaleinstruksen)*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.lovdata.no/for/sf/jd/jd-19850628-1679.html>
- Fountoulakis, K. N., Leucht, S., & Kaprinis, G. S. (2008). Personality disorders and violence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 84–92. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f31137>
- Friestad, C., & Kjelsberg, E. (2009). Drug use and mental health problems among prison inmates—results from a nation-wide prison population study. *Journal of Psychiatry*, 63(3), 237–45.
- Friestad, C., & Skog Hansen, I. L. (2004). *Levekår blant innsatte* (Fafo-rapport 429). Oslo: Fafo.
- Fugelli, P. (2003). *O-visjonen: essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fulwiler, C., Grossman, H., Forbes, C., & Ruthazer, R. (1997). Early-onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 48(9), 1181–1185.
- Giertsen, J. C. (1988). Forbrytelser med døden til følge på vestlandet 1950–1984. *Nordisk Tidskrift for Kriminalvidenskap*, 84–122.
- Giorgi, A. (Red.). (1985). *Phenomenology and psychological research: essays*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Goedhard, L. E., Stolker, J. J., Heerdink, E. R., Nijman, H. L. I., Olivier, B., & Egberts, T. C. G. (2006). Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1013–1024.
- Gottlieb, P., Gabrielsen, G., & Kramp, P. (1987). Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 285–292.
- Graham, K., Bernards, S., Osgood, D. W., & Wells, S. (2006). Bad nights or bad bars? Multi-level analysis of environmental predictors of aggression in late-night large-capacity bars and clubs. *Addiction*, 101(11), 1569–80.
- Graham, K., Leonard, K. E., Room, R., Wild, T. C., Pihl, R. O., Bois, C., & Single, E. (1998). Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. *Addiction*, 93(5), 659–676.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., mfl. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807–16.
- Green, A. I., Burgess, E. S., Dawson, R., Zimmet, S. V., & Strous, R. D. (2003). Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs. risperidone. *Schizophrenia Research*, 60, 81–85. doi:10.1016/S0920-9964(02)00231-1
- Gundhus, H., Egge, M., Strype, J., & Myhrer, T. (2008). *Modell for forebygging av kriminalitet? Evaluering av Samordning av av Lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT)* (PHS Forskning 2008:4). Oslo: Politihøgskolen. Hentet fra http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_8597
- Guy, L. S. (2008). *Performance indicators of the structured professional judgment approach for assessing risk for violence to others: A meta-analytic survey*. Vancouver: Simon Fraser University, Department of Psychology.
- Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessment instruments: evaluating the ‘margins of error’ of group v. individual predictions of violence. *Journal of Psychiatry – Supplementum*, 60–5.
- Hartvig, P. (2007). *AD/HD og kriminalitet: differensialdiagnostiske og terapeutisk/profylaktiske aspekter: En litteraturstudie* (Prosjektrapport nr 1). Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør.
- Hartvig, P., Alfarnes, S., Ostberg, B., Skjonberg, M., & Moger, T. A. (2006). Brief checklists for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities: a preliminary study. *Journal of Psychiatry*, 60(3), 243–8.
- Hartvig, P., & Kjelsberg, E. (2009). Penrose’s law revisited: the relationship between mental institution beds, prison population and crime rate. *Journal of Psychiatry*, 63(1), 51–6.
- Hartvig, P., Roaldset, J. O., Moger, T. A., Østberg, B., & Bjørkly, S. The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: The inpatient context. *European Psychiatry*, (in press).

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Opptrappingsplan for rusfeltet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Do kumenter %20FHA/Opptr.plan.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008, Juli 30). Beboere i statlige asylmottak som kan utgjøre en risiko eller fare – betydning av helseperso nells taushetsplikt for koordinering mellom berørte innstanser.
- Helsedirektoratet. (2008a). *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende inne psy kiske helsetjenester* (Veileder No. IS-1512). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2008b). «Gjør det så enkelt som mulig»: *Tipshefte om individuell plan*. (Tips hefte No. IS-1544). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra http://www.helsedirekto ra tet.no/vp/multimedia/archive/00041/IS- 1544_41629a.pdf
- Helsedirektoratet. (2008c). *Vurdering av henvis ninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (Veileder IS-1505) (s. 93). Oslo: Helsedirekto ra tet. Hentet fra http://www.helsedirekto ra tet.no/vp/multime dia/archive/00068/Vurdering_av_henvisn_68 619a.pdf
- Helsedirektoratet. (2009a). *Fra bekymring til hand ling. En veileder om tidlig intervensjon på rus området* (Veileder IS-1742). Oslo: Helsedirekto ra tet. Hentet fra http://www.helsedirekto ra tet.no/vp/multime dia/archive/00175/Fra_bekymring_til_h_175 049a.pdf
- Helsedirektoratet. (2009b). *Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente*. (Veileder No. IS-xxxx). Oslo: Helsedirekto ra tet. Hentet fra http://www.helsedirekto ra tet.no/vp/multime dia/archive/00216/Helsetjenestetilbud_21633 9a.PDF
- Helsedirektoratet. (2009c). *Jeg har en plan. Tilba kemeldinger fra 6 regionale konferanser*. (IS- 1672). Oslo: Helsedirektoratet og Kunnskaps senteret. Hentet fra http://www.helsedirekto ra tet.no/vp/multime dia/archive/00111/Jeg_har_en_plan_111339a. pdf
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R., Broeka ert, E., & Fridell, M. (2007). *Case management for persons with substance use disorders*. Hentet fra http://mrw.interscience.wiley.com/coch rane/clsysrev/arti cles/CD006265/pdf_standard_fs.html
- Hettama, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Moti vational interviewing. *Annual Review of Clini cal Psychology*, 1, 91–111.
- Hibell, B., Guttormsen, U., Ahlström, S., Balaki reva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN).
- Hiday, V. A. (2006). Putting community risk in per spective: a look at correlations, causes and con trols. *International Journal of Law and Psychia try*, 29(4), 316–331.
- Hillbrand, M., Alexandre, J., Young, J., & Spitz, R. (1999). Parricides: Characteristics of offenders and victims, legal factors, and treatment issues. *Aggression and Violent Behavior*, 4(2), 179–190. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/S1359- 1789 %2897 %2900056-6>
- Hillbrand, M., & Cipriano, T. (2007). Commentary: Parricides – Unanswered questions, methodo logical obstacles, and legal considerations. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(3), 313–316.
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenes ten: en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holcomb, W. R. (2000). Matricide: primal aggres sion in search of self-affirmation. *Psychiatry*, 63(3), 264–87.
- Hollingen, A. (2008). *Brukererfaringer med nettba sert individuell plan*. Molde: Høgskolen i Molde.
- Hordvin, O. (2005). *2005 National report (2004 data) to the EMCDDA by the Reitox national focal point. Norway, new development, trends and in-depth information on selected issues*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Hordvin, O. (2008). *The drug situation in Norway 2008*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelfors kning.
- Horverak, Ø., & Bye, E. K. (2007). *Det norske drik kemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973 til 2004*. Oslo: Statens institutt for rusmid delforskning.
- Høglend, P., & Nerdrum, P. (1996). *Alternativ til Vold – Evaluering* (Særtrykk). Oslo Kommune. *Innst. til det kgl. Sosial- og helsedepartement fra Ras mussen-utvalget (1998)*. Oslo: Sosial- og helse departementet.

- Institute for Innovation and Improvement, National Health Service. (2004). *Sustainability Guide*. Storbritannia: Institute for Innovation and Improvement, National Health Service. Hentet fra http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/introduction/find_out_more_about_the_guide.html
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Isdal, P., & Råkil, M. (2002). Volden er mannens ansvar – behandling av mannlige voldsutøvere som tiltak mot kvinnemishandling. I Råkil, M. (red.) *Menns vold mot kvinner – norske behandlingserfaringer og kunnskapsstatus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A., & Skutle, A. (2008). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere: Klientkartleggingsdata*. Oslo: SIRUS. Hentet fra http://www.sirus.no/files/pub/539/Rapport_%20nasjodoksyst_tiltak08.pdf
- Jakobsen, M., Sveaass, N., Johansen, L. E. E., & Skogøy, E. (2007). *Psykisk helse i mottak: Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne flyktninger* (Publikasjonsserie, nr 4). Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress.
- Jaranson, J. (2007). Mental health and illness in immigrants. I *Immigrant medicine* (Edited by Walker, P., Stauffner, W., Barnett, E. & Jaranson, J.). Saunders, Elsevier.
- Jimenez-Arriero, M. A., Hernandez, B., Manrique, I. M., Rodriguez-Jimenez, R., Gimenez, M. J., & Alfaro, G. P. (2007). Alcoholic jealousy: An old and current dilemma. *Adicciones*, 19(3), 267–272.
- Johannessen, J. O. (2002). Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122(20), 2011–2014.
- Johns, A. (2001). Psychiatric effects of cannabis. *The British Journal of Psychiatry*, 178(Feb), 116–122.
- Jones, A. S., D'Agostino, R. B., Gondolf, E. W., & Heckert, A. (2004). Assessing the effect of batterer program completion on reassault using propensity scores. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(9), 1002–20.
- de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet*, 361(9375), 2128–2130. doi:10.1016/S0140-6736(03)13692-6
- Joyal, C. C., Dubreucq, J., Gendron, C., & Millaud, F. (2007). Major mental disorders and violence: a critical update. *Current Psychiatry Reviews*, 3(1), 33–50. doi:<http://dx.doi.org/10.2174/157340007779815628>
- Justis- og politidepartementet. (2009). *Regjeringens strategi for forebygging* (Plan). Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/rapporter_planer/planer/2009/regjeringens-strategi-for-forebygging.html?id=573919
- Kaliski, S. Z. (1997). Risk management during the transition from hospital to community care. *International Review of Psychiatry*, 9(2–3), 249–256. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/09540269775466>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., mfl. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–23.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17–31.
- Kirkehei, I., Leiknes, K. A., Larun, L., Hammerstrøm, K. T., Bramness, J. G., Gråwe, R. W., Haugerud, H., mfl. (2008). *Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling* (Rapport nr 25–2008). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- KITH, NSAM, & Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten ICPC-2* (2. utg.). Rennebu: Bjærum AS. Hentet fra http://www.kith.no/upload/1895/ICPC-2-bok_110304.pdf
- Kjønstad, A. (2007). *Helserett: pasienters og helsearbeideres rettsstilling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- KL, & Socialpædagogernes Landsforbund. (2007). *Rart at vide om handleplaner*. Danmark: KL og Socialpædagogernes Landsforbund. Hentet fra <http://www.sl.dk/da/Aktuelt/Nyhedsarkiv/2007/06/Rart%20at%20vide%20om%20handleplaner.aspx>
- Kolseth, A. (2009). Mentalisering i en kriserammet organisasjon – omorganisering etter «Trikke-drapet». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(6), 569–575.
- KoRus-Nord. (2008). *Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige?* (Nr 2/2008). Skriftserie fra Nordnorsk kompetansesenter – Rus (s. 96). Narvik: KoRus-Nord. Hentet fra <http://www.korusnord.no/publikasjoner.asp>
- Kringlen, E. (1981). *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A norwegian psychiatric epidemiological study. *Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 713–9.
- Kripes. (2008). Oversikt over drap. Hentet fra https://www.politi.no/strategier_og_analyser/statistikker_og_analyser/Tema_7.xhtml
- Kuhns, J. B., & Clodfelter, T. A. (2009). Illicit drug-related psychopharmacological violence: The current understanding within a causal context. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 69–78. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2008.11.001>
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. (1993). . Hentet fra <http://www.noti-sum.se/rnp/sls/LAG/19930387.htm>
- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 309–318.
- Large, M., Smith, G., & Nielssen, O. (2009). The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 112(1–3), 123–129.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., & Arner, O. (1997). A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 14(Supplement).
- Lenke, L. (1990). *Alcohol and criminal violence: Time series analysis in a comparative perspective*. Stockholm: Almqvist and Wiksell International.
- Leonard, K. (2001). Domestic violence and alcohol: What is known and what do we need to know to encourage environmental interventions?. *Journal of Substance Use*, 6(4), 235–247. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/146598901753325075>
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica December 2002*, 106(6), 415–425.
- Lilleeng, S. (2009). *SAMDATA, Sektorrapport for rusbehandling 2008* (Rapport nr 4/09). SINTEF. Hentet fra <http://www.sintef.no/project/Samdata/Sektorrapport%20rusbehandling%202008/SAMDATA%20Sektorrapport%20for%20rusbehandling%202008,%204-09.pdf>
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. I Monahan, J. & Steadman, H. J. (red.) *Violence and mental disorder: developments in risk assessment* (s. 137–159). Chicago: University of Chicago Press.
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders. *Campbell Systematic Reviews*, 6.
- Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). Hentet fra <http://www.lovdato.no/all/nl-19670210-000.html>
- Lov 11. juni 1971 nr. 52 om strafferegistrering (strafferegistreringsloven). Hentet fra <http://www.lovdato.no/all/nl-19710611-052.html>
- Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven). Hentet fra <http://www.lovdato.no/all/nl-19911213-081.html>
- Lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). Hentet fra <http://www.lovdato.no/all/nl-20000414-031.html>
- Lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven). Hentet fra <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/all/nl-20060616-020.html>

- Lov 18. desember 2009 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (*Lov om sosiale tjenester i NAV*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/hl-20091218-131.html>
- Lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (*helseregisterloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-20010518-024.html>
- Lov 19. juni 2009 nr. 73 om utvalg som skal undersøke forhold knyttet til at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-20090619-073.html>
- Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (*kommunehelsetjenesteloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>
- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (*spesialisthelsetjenesteloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html>
- Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (*psykisk helsevernloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html>
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (*pasientrettighetsloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (*helsepersonelloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
- Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (*straffeloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-20050520-028.html>
- Lov 21. mai 1999 nr 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (*menneskerettsloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990521-030.html>
- Lov 22. mai 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig Straffelov (*straffeloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19020522-010.html>
- Lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker (*straffeprosessloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19810522-025.html>
- Lov 4. august 1995 nr. 53 om politiet (*politiloven*). Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19950804-053.html>
- Lundeberg, I. R., & Mjåland, K. (2009). *Grenser for tvang. Om sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere*. (Rapport nr 4/2009). Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- MacArthur Research Network on Mental Health and the Law. (2005). MacArthur violence risk assessment study. Hentet August 23, 2009, fra <http://www.macarthur.virginia.edu/risk.html>
- MacCoun, R. J., & Reuter, P. (2001). *Drug war here-sies. Learning from other vices, times & places*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Macdonald, S., Erickson, P., Wells, S., Hathaway, A., & Pakula, B. (2008). Predicting violence among cocaine, cannabis, and alcohol treatment clients. *Addictive Behaviors*, 33(1), 201–205. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.add-beh.2007.07.002>
- Maden, A., Skapinakis, P., Lewis, G., Scott, F., Burnett, R., & Jamieson, E. (2006). Gender differences in reoffending after discharge from medium-secure units: National cohort study in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 189(2), 168–172.
- Magnusson, A. (2010). *Bilden av psykiatriområdet. Nyhetsrapportering i Rapport 1980–2006*. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen Institutionen för journalistik och masskommunikation Göteborgs universitet. Göteborg: Göteborg universitet. Hentet fra http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/21894/1/gupea_2077_21894_1.pdf
- Malt, U. F., Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). *Lærebok i psykiatri* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marshall, B. D. L., Fairbairn, N., Li, K., Wood, E., & Kerr, T. (2008). Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: A gender-focused approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(3), 237–246. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalc-dep.2008.03.028>
- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Bert-hold, S. M., & Chun, C. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 571–579. doi:10.1001/jama.294.5.571
- Marshall, M., & Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi:10.1002/14651858

- McCrone, P., Knapp, M., & Dhanasiri, S. (2009). Economic impact of services for first-episode psychosis: A decision model approach. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(4), 266–273. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00145.x>
- Meehan, J., Flynn, S., Hunt, I. M., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Amos, T., mfl. (2006). Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatric Services*, 57(11), 1648.
- Melhuus, K., & Sorensen, K. (1997). Violence 1994: Oslo Legevakt. [Norwegian][Erratum appears in Tidsskr Nor Laegeforen 1997 Mar 10;117(7):1005]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 117(2), 230–5.
- Michaelsen, R., Vatne, S., & Hollingen, A. (2007). Koordinatorrollen ved individuell plan i psykisk helsearbeid. Fokus på brukermedvirkning og samarbeid. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 9(4), 15–28.
- Miller, T. R., Levy, D. T., Cohen, M. A., & Cox, K. L. (2006). Costs of alcohol and drug-involved crime. *Prevention Science*, 7(4), 333–42.
- Milner, J., & Myers, S. (2007). *Working with violence: policies and practices in risk assessment and management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Milton, A., Wieselgren, I., Holmberg, G., Printz, A., Tjernberg, A., Delisle, K., Evelius, K., mfl. (2006). *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. Betänkanda från Nationell psykiatrisamordning. SOU 2006:91*. Stockholm: Fritzes.
- Molven, O. (2000). Kravet om faglig forsvarlighet. *Tidsskriftet Sykepleien*, 88(14), 48–49.
- Molven, O., Holmboe, J., & Cordt-Hansen, K. (2006). Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(5), 643–644.
- Molven, O. (2002). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: Assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, Inc.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., mfl. (2001). *Rethinking risk assessment. The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University Press.
- Morlandstø, L. (2006). *Journalistikk som institusjonell praksis – utviklingshemming og psykisk helse i pressen*. Doktoravhandling i medievitenskap. Bergen: Universitetet i Bergen, Institutt for informasjons- og medievitenskap.
- Moskowitz, A., Simpson, A. I. F., McKenna, B., Skipworth, J., & Barry-Walsh, J. (2006). The role of mental illness in homicide-suicide in New Zealand, 1991–2000. *Journal of forensic psychiatry and psychology*, 17(3), 417–430. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14789940600761410>
- Moxnes, P. (1981). *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. Oslo: Institutt for sosialvitenskap.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorder. A guide to effective practice*. London: The Guilford Press.
- Mullen, P. E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., & Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *The Lancet*, 355, 614–617.
- Munro, E., & Rungay, J. (2000). Role of risk assessment in reducing homicides by people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 116–20.
- Myhrer, T. *Personvern og samfunnsforsvar: om taushetsplikt og ytringsrett i straffesaksbehandlingen*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport nr 2009:8). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mæland, Ø., Sagfossen, B., & Revis, E. (2008). *Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring*.
- Møse, E. (2002). *Menneskerettigheter*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). *Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling*. (Rapport nr 25). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/4201.cms>
- Naudts, K., & Hodgins, S. (2006). Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 562–572.
- Newman, S., & Ghaziuddin, M. (2008). Violent Crime in Asperger Syndrome: The Role of Psychiatric Comorbidity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1848–1852.
- Noreik, K., & Gravem, A. (1993). Drap og sinnssykdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 113(14), 1736–1738.

- Norstrom, T. (1998). Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking. *Addiction*, 93(5), 689–699.
- Norvoll, R. (2008). *Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus: en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur :delrapport 1*. Trondheim: SINTEF.
- NOU 2003:21 *Kriminalitetsbekjempelse og personvern – politiets og påtalemyndighetens behandling av opplysninger*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2003/nou-2003-21.html?id=147109>
- NOU 2003:4 *Forskning på rusmiddelfeltet: En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak..* Oslo: Sosialdepartementet.
- NOU 2004:18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2004/nou-2004-18.html?id=150699>
- NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>
- NOU 2009:22 *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2009/nou-2009-22.html?id=587673>
- Næss, Ø., Rognerud, M., & Strand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport* (Rapport nr 2007:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/1AE74B1D58.pdf>
- Nøttestad, J. A. (2008). *Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak*. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Midt- og Nord-Norge, Avdeling Brøset.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., & Birchler, G. R. (1991). Sexual satisfaction and dissatisfaction in the marital relationships of male alcoholics seeking marital therapy. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(5), 441–447.
- Olaussen, L. P. (1995). *Om drapsutviklingens flertydighet* (PHS Småskrifter nr 1). Oslo: Politihøgskolen.
- Oma, A. (1998). *Tieieplikt og samarbeid innadfor velferdstenestene*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Ot.prp. nr. 106 (2001–2002) *Om lov om endringer i straffeprosessloven og politiloven m.m. (lovtiltak mot barne- og ungdomskriminalitet)*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/20012002/otprp-nr-106-2001-2002.html?id=169823>
- Ot.prp. nr. 108 (2008–2009) *Om lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven)*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-108-2008-2009.html?id=572473>
- Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-13-1998-99.html?id=159428>
- Ot.prp. nr. 22 (1994–95) *Om lov om politiet (politiloven)*. Oslo: Justis- og politidepartementet.
- Ot.prp. nr. 87 (1993–1994) *Om lov om endringer i straffeloven m.v..* Oslo: Justis- og politidepartementet.
- Ot.prp. nr. 90 (2008–2009) *Om lov om forklaringsplikt, taushetsplikt mv*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-90-2008-2009.html>
- Ottesen, S. H. (2008). *Papirløse migranter. En undersøkelse av situasjonen for mennesker uten lovlig opphold i Norge, og humanitære tiltak for denne gruppen i andre europeiske land*. Oslo: Kirkens Bymisjon Oslo, Mangfold & Oppvekst. Hentet fra <http://www.norgeskristnerad.no/doc//SLUTTRAPPORTPROSJEKTPA-PIRLSEMIGRANTER.pdf>
- Otto, R. K. (1992). Prediction of dangerous behaviour: A review and analysis of «second-generation» research. *Forensic Reports*, 5, 103–133.
- Pape, H. (2003). Vold og krenkelser i unge menneskers parforhold. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(15), 2016–2020.
- Pape, H., Rossow, I., & Storvoll, E. E. (2008). Wetter and better? Changes in associations between drunkenness and other problem behaviors among Norwegian youth. *European Addiction Research*, 14, 61–70.

- Pedersen, K. (2006). *Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon*. (FoU rapport nr 2:2006). Bergen: Diakonissehjemmets høgskole. Hentet fra <http://www.vei-videre.no/upload/dok-mntr//Fou-rapport%202%20-%202006.pdf>
- Pernanen, K. (1996). *Sammenhengen alkohol vold* (SIFA-rapport 3/96). Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.
- Pernanen, K., Cousineau, M., Brochu, S., & Sun, F. (2002). *Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T. O., Krarup, G., mfl. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*, 331(7517), 602.
- PLS RAMBØLL Management. (2002). *Sådan arbejder du med individuelle handleplaner – en håndbog*. Danmark. Hentet fra http://www.socialpsykiatri.dk/assets/files/Handleplaner/Haandbog_indiv_handleplaner.pdf
- Politidirektoratet. (2008). *Politiets rolle mot 2020 (Bemanningsrapporten)*. Oslo.
- Prop. 12 L (2009–2010) *Lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politi-registerloven)*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regnepubl/prop/2009-2010/prop-12-l-2009-2010.html?id=578942>
- Pulay, A. J., Dawson, D. A., Hasin, D. S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Huang, B., mfl. (2008). Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 12–22.
- Quigley, B. M., & Leonard, K. E. (2000). Alcohol and the continuation of early marital aggression. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(7), 1003–1010.
- Rasmussen, J., & Höijer, B. (2005). *Mediebilden av psykisk sjukdom och psykiatri i samband med våldsbrott. En studie av DN, Aftonbladet och Rapport*. Stockholm: Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Örebro Universitet, Handikappförbundens samarbetsorgan och Paraply-projektet. Hentet fra www.rsmh.se
- Rasmussen, K., Jakobsen, D., & Urheim, R. (2002). *HCR-20 Vurdering av voldsrisiko*. Trondheim: Psykologisk Institutt, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.
- Rasmussen, K., & Levander, S. (1996). Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 27–37. doi:10.1016/0160-2527(95)00018-6
- Rasmussen, Ø. (1997). *Kommunikasjonsrett og taushetsplikt i helsevesenet*. Ålesund: A.S. Borgund.
- Ravndal, E., Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: A prospective study from 13 different units. *European Addiction Research*, 11(4), 180–185. doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000086399>
- Rehab-Nor. (2004). *Prosjektbeskrivelse. Individuelle planer og brukererfaring*. (Prosjektbeskrivelse). Arendal: Rehab-Nor. Hentet fra <http://www.rehab-nor.no/index.php>
- Reuland, M., & Schwarzfeld, M. (2008). *Improving Responses to People With Mental Illnesses: Strategies for Effective Law Enforcement Training*. Bureau of Justice Assistance Clearinghouse. Hentet fra <http://www.ncjrs.gov/app/abstractdb/AbstractDetails.aspx?id=246292>
- Riksrevisjonen. (2007). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer* (Dokument 3:7 (2006–2007)). Oslo: Riksrevisjonen. Hentet fra http://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument3/2006-2007/Dok_3_7_2006_2007.pdf
- Roaldset, J. O., Hartvig, P., & Bjørkly, S.V-RISK-10: Validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *European Psychiatry*, (in press).
- Rognum, T. O. (1985). Drapsutviklingen i Norge 1960–1983. Belyst ved et rettsmedisinsk obduksjonsmateriale. *Lov og Rett*, (2).
- Room, R., & Rossow, I. (2001). The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, 6(4), 218–228. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/146598901753325048>
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427–432.

- Rossow, I. (1996). Alcohol-related violence: The impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction*, 91(11), 1651–1661. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/09652149639204>
- Rossow, I. (2001). Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction*, 96(1s1), 77–92. doi:10.1046/j.1360-0443.96.1s1.7.x
- Rossow, I., Moan, I. S., & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?* (SIRUS-rapport 9/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddel-forskning.
- Rossow, I., Pape, H., & Wichstrom, L. (1999). Young, wet and wild? Associations between alcohol intoxication and violent behaviour in adolescence. *Addiction*, 94(7), 1017–1031.
- Rossow, I., & Romelsjö, A. (2006). The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*, 101(1), 84–90. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01294.x>
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Røstad, H. (1982). Drapsforbrytelsen og nyere norsk rettspraksis. I *Lov og frihet: Festskrift til Johs. Andenæs på 70-årsdagen, 7. september 1982*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rådet for psykisk helse. (2008). *Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena*. (En utvalgsrapport til Rådet for psykisk helse.). Oslo.
- Råkil, M. (2002). *Menns vold mot kvinner: behandlingserfaringer og kunnskapsstatus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Råkil, M. (2006). Are men who use violence against their partners and children good enough fathers? The need for an integrated child perspective in the treatment work with the men. I C. Humphries & N. Stanley, *Domestic violence and child protection* (s. 190–202). London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Schuckit, M., Helzer, J., Crowley, T., Nathan, P., Woody, G., & Davis, W. (1991). Substance use disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(5), 471–473.
- Schwarzfeld, M., Reuland, M., & Plotkin, M. (2008). *Improving Responses to People with Mental Illnesses, The Essential Elements of a Specialized Law Enforcement-Based Program*. United States: Bureau of Justice Assistance Office of Justice Programs. Hentet fra <http://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=245259>
- Seifert, D., Jahn, K., Bolten, S., & Wirtz, M. (2002). Prediction of dangerousness in mentally disordered offenders in Germany. *Journal of Law and Psychiatry*, 25(1), 51–66. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/S0160-2527%2801%2900096-6>
- Shaw, J., Amos, T., Hunt, I. M., Flynn, S., Turnbull, P., & Kapur, N. (2004). Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ*, 328, 734–737.
- Shaw, J., Hunt, I., Flynn, S., Amos, T., Meehan, J., Robinson, J., Bickley, H., mfl. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction*, 101(8), 1117–1124. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01483.x>
- Shkolnikov, V. M., & Nemtsov, A. (1997). The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. I J. L. Bobadilla, C. A. Costello, F. Mitchell (Red.) *Premature death in the new independent states*. Washington, DC: National Academy Press.
- Shultz, J. M., Rice, D. P., Parker, D. L., Goodman, R. A., Stroh Jr., G., & Chalmers, N. (1991). Quantifying the disease impact of alcohol with ARDI Software. *Public Health Reports*, 106(4), 443–450.
- SINTEF. (2008). *Erfaringer med bruk av individuell plan. En litteraturoversikt*. (Rapport A6178). Oslo / Trondheim: SINTEF. Hentet fra <http://www.sintef.no/upload/219170/A6178.pdf>
- SINTEF. (2009). *Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne i løpet av 14 dager i april 2008*. (Rapport nr 3/09). Trondheim: SINTEF. Hentet fra <http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport%20A11408%20Polikliniske%20pasienter%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%202008.pdf>
- SINTEF Helse. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge* (Rapport nr 3/05). Trondheim: SINTEF Helse.
- Skog, O. (1999). The prevention paradox revisited. *Addiction*, 94(5), 751–757.

- Socialstyrelsen. (2002). *Individuell plan – LSS – Ett sätt för dig att påverka din situation*. Serige: Socialstyrelsen. Hentet fra <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2002/2002-114-4>
- Socialstyrelsen. (2007). *Gemensam planering – på den enskildes villkor* (No. 2007-131-26) (s. 75). Sverige: Socialstyrelsen.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2003). *Pasienter som innehar våpen. Helsepersonells rett og/eller plikt til å gi informasjon til politi og militære myndigheter om pasienters helsetilstand* (Rundskriv IS-7/2003). Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern* (Veileder No. IS-17/2004). Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006a). *Gylde øyeblikk. Arbeid, deltakelse og inkludering i Samordningsforsøket*. (IS-1347). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-1347_7086a.pdf
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006b). *Distriktpsyrkiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. (Veileder No. IS-1388). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388_11512a.pdf
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007a). *Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy* (Veileder No. IS-9/2007). Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007b). *Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan* (Veileder IS-1253). Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007c). *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli!* (Veileder No. IS-1502). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/hvordan_kommer_vi_fra_visjoner_til_handling_og_better_skal_det_bli_82202
- Sosial- og helsedirektoratet, & Politidirektoratet. (2006). *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid* (Rundskriv IS-15/2006 og 2006/011). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet/Politidirektoratet. Hentet fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00010/Helsetjenestens_og_p_10250a.pdf
- St.meld. nr. 21 (1998–99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/Stmeld-nr-21-1998-99.html?id=431037>
- St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086
- St.meld. nr. 31 (2002–2003) Storbymeldingen. Om utvikling av storbypolitikk*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-31-2002-2003.html?id=402979>
- St.meld. nr. 37 (2007–2008) Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn (kriminalomsorgsmelding)*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/stmeld/2007-2008/stmeld-nr-37-2007-2008.html?id=527624>
- St.meld. nr. 42 (2004–2005) Politiets rolle og oppgaver*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-42-2004-2005.html?id=199239>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009.html?id=567201>
- St.prp. nr. 1 (2007–2008)*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008.html?id=484425>
- Statens helsetilsyn. (2000). *Schizofreni, kliniske retningslinjer for utredning og behandling* (Rapport 9–2000 (IK-2726)). Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/schizofreni_kliniske_retningslinjer_utredning_behandling_ik-2726.pdf

- Statens helsetilsyn. (2001). *Taushetspliktens betydning i forbindelse med helsepersonells samarbeid med nødetater*. (Rundskriv IK-7/2001). Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra http://www.helsetilsynet.no/templa-tes/ArticleWithLinks___7532.aspx
- Statens helsetilsyn. (2004). *Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer* (Rapport 4/2004). Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/oppsummering_tilsyn_2003_spesialisthelsetjenester_voksne_psykiske_problemer_rapport_042004.pdf
- Statens helsetilsyn. (2008). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser*. (Tilsynsrapport 3/2008). Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport3_2008.pdf
- Statens helsetilsyn. (2009). *DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008–09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre*. (4/2009). Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra http://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport4_2009.pdf
- Statens helsetilsyn. (2010). *Tilsynsmelding 2009*. Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra <http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2009.pdf>
- Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR). (2006). *Individuell plan – personlig koordinator. Kjennetegn og kriterier for god praksis*. (Delrapport I – mai 2006). Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR). Hentet fra <http://www-bib.hive.no/tekster/div/samsynt-og-framsynt/IPrapport.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2004). Dødsårsaksstatistikk. *Dødsfall på grunn av drap, overfall per 100 000 bosatte. Gjennomsnitt 1969–1972, 1979–1982, 1989–1992 og 1999–2002*. Hentet fra http://www.ssb.no/magasinet/slik_lever_vi/ttab-2004-08-12-01.html
- Statistisk sentralbyrå. (2007). *Tilfeller av vold og trusler om vold siste 12 måneder etter type lovbrudd, kjønn, tid og statistikkvariabel*. Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå. (2008a). Boforhold, level-kårsundersøkelse. Hentet fra <http://www.ssb.no/bo/tab-2008-07-15-01.html>
- Statistisk sentralbyrå. (2008b). Alkoholforbruket økte i gode tider. Hentet fra http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2008-06-04-01.html
- Statistisk sentralbyrå. (2009a). Kriminalstatistikk. Tabeller. Etterforskede lovbrudd og straffereaksjoner. Hentet fra http://www.ssb.no/a_krim_tab/
- Statistisk sentralbyrå. (2009b). Befolkningsstatistikk. Folkemengde etter alder, kjønn, sivilstand og statsborgerskap 1. januar 2009. Hentet fra <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/folkemengde/index.html>
- Statistisk sentralbyrå. (2009c). Befolkningsstatistikk. Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre. Hentet fra <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innv-bef/tab-2009-04-30-01.html>
- Statistisk sentralbyrå. (2009d). Utdanningsnivå i befolkningen. Hentet fra <http://www.ssb.no/utniv/tab-2009-08-25-01.html>
- Statistisk sentralbyrå. (2010). Personer 15–74 år etter status på arbeidsmarkedet (AKU) og kjønn. Prosent. Hentet fra <http://www.ssb.no/aku/tab-2010-02-03-02.html>
- Steadman, H. J., Monahan, J., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Robbins, P. C., mfl. (1994). Designing a new generation of risk assessment research. I J. Monahan & H. J. Steadman (Red.) *Violence and mental disorder: Development in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Roth, L. H., mfl. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393–401.
- Steadman, H. J., Deane, M. W., Borum, R., & Morrissey, J. P. (2000). Comparing Outcomes of Major Models of Police Responses to Mental Health Emergencies. *Psychiatric Services*, 51(5), 645–649. doi:10.1176/appi.ps.51.5.645
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B., & Samuels, S. (2009). Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*, 60(6), 761–765. doi:10.1176/appi.ps.60.6.761

- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*, 360(9339), 1056–1062. doi:10.1016/S0140-6736(02)11142-1
- Steen, K., & Hunskar, S. (1997). Violence in Bergen. A one-year material from the emergency department in Bergen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 117(2), 226–9.
- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kersch, V., McSweeney, T., Schaaf, S., Tartari, M., mfl. (2007). The Victimization of Dependent Drug Users: Findings from a European Study, UK. *European Journal of Criminology*, 4(4), 385–408. doi:10.1177/1477370807080719
- Strauss, J., & Carpenter, W. (1974). The prediction of outcome in schizophrenia: II. Relationships between predictor and outcome variables: A report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 31(1), 37–42.
- Stuart, G. L., O'Farrell, T. J., & Temple, J. R. (2009). Review of the association between treatment for substance misuse and reductions in intimate partner violence. *Substance Use and Misuse*, 44, 1298–1317. doi:http://dx.doi.org/10.1080/10826080902961385
- Stueve, A., & Link, B. G. (1997). Violence and psychiatric disorders: Results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly*, 68(4), 327–342.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *2004 National Survey on Drug Use and Health: detailed tables* (No. NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. SMA 05-4062). Rockville, MD: Office of Applied Studies. Hentet fra <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k4nsduh/2k4tabs/LOTsect5pe.htm>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (No. NDSUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434). Rockville, MD: Office of Applied Studies. Hentet fra <http://oas.samhsa.gov/nsduh/2k8nsduh/2k8Results.pdf>
- Swanson, J. W., Holzer III, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7), 761–770.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., mfl. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490–9.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Ryan Wagner, H., & Burns, B. J. (1998). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Journal of Psychiatry*, 155(2), 226–231.
- Szmukler, G., Thornicroft, G., Holloway, F., & Bowden, P. (1999). Homicides and community care: the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 174(6), 564–565.
- Tafjord, G. (1997). *Å slutte å bruke fysisk vold. Dybdeintervju av syv menn som har avsluttet terapi for deres voldelige atferd for 2,5 år siden.* (Hovedoppgave). Oslo: Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.
- Thapa, S. B., & Hauff, E. (2005). Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 78–84.
- The Los Angeles Police Department. (2010). – official website of THE LOS ANGELES POLICE DEPARTMENT. *Official website of The Los Angeles Police Department*. Hentet April 6, 2010, fra http://www.lapdonline.org/detective_bureau/content_basic_view/6261
- The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. (2006). *Avoidable deaths*. Manchester: The University of Manchester.
- Thommesen, H., Normann, T., & Sandvin, J. T. (2008). *Individuell plan: et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforl.
- Tiet, Q. Q., & Mautsach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 513–536. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00336.x
- TNS Gallup. (2008). *Kartlegging, Individuell plan* (Tabellrapport P.nr. 597389) (s. 42). TNS Gallup.
- Tolan, P., Henry, D., Schoeny, M., & Bass, A. (2008). Mentoring interventions to affect juvenile delinquency and associated problems. *Campbell Systematic Reviews*, (16).

- Trefjord, S., & Hatling, T. (2004). *Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan for psykisk helse (IPPH)*. (SINTEF rapport STF78 A045020). Trondheim: SINTEF Helse.
- Tucker, P. (2009). Substance misuse and early psychosis. *Australas Psychiatry*, 17(4), 291–294.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). UNODC homicide statistics. Hentet fra <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html>
- University of Memphis, CIT Center. (2010). CIT – Crisis Intervention Team – Learn the Memphis Model from those who helped develop it. Hentet fra <http://cit.memphis.edu/>
- Utlendingsdirektoratet. (2006). UDIs rammeplan for helhetlig informasjonsarbeid rettet mot barn og unge i statlige mottak. Hentet fra <http://www.udi.no/Oversiktsider/Boker-og-publikasjoner/Publikasjoner/2005/Veileder-til-informasjonsmedarbeidere-i-mottak/>
- Vaglum, P. (2005). Personality disorders and the course and outcome of substance abuse: a selective review of the 1984 to 2004 literature. I J. Reich (Red.) *Personality disorders. Current research and treatments* (s. 105–124). New York/London: Routledge.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274–282. doi:10.1016/S0924–9338(01)00578–8
- Verheul, R., Van den Brink, W., & Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *European Addiction Research*, 1(4), 166–177.
- Videnbasering. (2010, Februar 10). *Ledelse af handleplanarbejde*. Danmark. Hentet fra <http://knudramian.pbworks.com/Ledelse+af+handleplansarbejde>
- Videncenter for Socialpsykiatri. (2010, Februar 10). *Historien om handleplaner*. Danmark. Hentet fra http://www.socialpsykiatri.dk/praksis/handleplaner/historien_om_handleplaner
- Videnscenter for Socialpsykiatri. (2004). *Forudsætninger for godt handleplansarbejde – erfaringer fra handleplansnetværket PLANET*. (s. 105). Danmark: Videnscenter for Socialpsykiatri. Hentet fra <http://www.socialpsykiatri.dk/assets/files/Planet.pdf>
- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry*, 161(4), 716–727. doi:10.1176/appi.ajp.161.4.716
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings* (1. utg.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (version 2)*. Burnaby, British Columbia: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C. D., Hucker, S., & Bloom, H. (2002). Transcending the actuarial versus clinical polemic in assessing risk for violence. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 659–665. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/009385402236736>
- van der Weele, J., Jørgensen, H., & Ansar, N. (2007). *Familievold og etnisitet* (Prosjektrapport). Oslo: Alternativ til Vold.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54(10), 932–940.
- Wichstrøm, L. (2009). Hvem går til psykolog? *Tidsskrift for Den Norske Psykologforening*, 46(11), 1036–1043.
- Wik, G., Galta, K., & Olsen, S. L. (2005). *Mord – selvmord i nære relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768–1784. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.036
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2007). The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Social science & medicine*, 65(9), 1965–1978. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.041>
- Woodward, M., Nursten, J., Williams, P., & Badger, D. (2000). Mental disorder and homicide: A review of epidemiological research. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(3), 171–189.
- World Health Organization. (2000). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferds-forstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Zhang, L. (2008). *Developing methods for determining the numbers of unauthorized foreigners in Norway* (Rapport nr 2008/11). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Øydnå, A. K. (2006). Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(3), 234–239.

Aarseth, S., Kongshavn, T., & Kristiansen, O. (2009). Går papirløse innvandrere til allmennlege? *Utposten*, 4, 7–11.

Vedlegg 1

Mandat for et utvalg som skal undersøke mulig svikt i systemer og forløp knyttet til mennesker med kjent psykisk lidelse og som har tatt liv

1. Bakgrunn

Den 22. mars 2009 ble tre mennesker drept av en person hvor det er kjent at gjerningspersonen har hatt oppfølging både fra psykisk helsevern og kommunale tjenester. Flere liknende tragedier har skjedd de siste årene. I mange av disse sakene er det grunn til å anta at gjerningspersonene også har hatt betydelige rusmiddelproblemer. Slike hendelser reiser spørsmålet om det var mulig å forutse voldshandlingene og om tragediene kunne vært unngått dersom gjerningspersonene hadde fått bedre oppfølging av ulike tjenester. Et annet viktig spørsmål er hvorvidt eller hvordan samfunnet har etablert systemer for å lære av slike hendelser med effekt på fremtidig praksis. For å undersøke disse forholdene har regjeringen oppnevnt et utvalg.

2. Historikk

Forhold rundt drap begått av mennesker med psykiske lidelser er også blitt gjennomgått og vurdert tidligere, bl.a. av Rasmussen-utvalget i 1998. For øvrig har Helsetilsynet i noen av sine tilsyn de senere år hatt særlig fokus på hvordan psykotiske pasienter og pasienter med alvorlig psykisk lidelse har blitt fulgt opp av helsetjenestene. For eksempel ble det i 2003 ført tilsyn med 39 virksomheter innen spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Det ble bl.a. konkludert med at rundt 50 % av virksomhetene hadde mangelfulle samhandlingsrutiner, og pasienter ble skrevet ut til hjemmet uten tilstrekkelig utredning og avtale om oppfølging. Det ble også påvist manglende kompetanse i spesialisthelsetjenesten, både i forhold til egne kvalitetsbehov og når det gjelder veiledning til kommunehelsetjenesten.

3. Tilsyn og retningslinjer

3.1 Tilsynsmyndighetene har ansvar for å kontrollere og følge opp de ulike tjenestenes virksomhet, og åpner tilsynssak i de tilfeller hvor det er mis-

tanke om svikt i tjenestene, herunder om svikten kan være en årsak til at nevnte tragedier skjer. De ulike tilsynsorganenes ansvar er imidlertid begrenset til hvert sitt faglige område, noe som ikke tilstrekkelig avspeiler oppfølgingssituasjoner hvor flere tjenester er i befatning med den samme personen både samtidig og på ulike tidspunkter. En kartlegging av mulig tjenestesvikt i forhold til disse personene, vil dermed kreve en annen tilnærming og metodikk enn hva som faller inn under de enkeltstående tilsynenes ansvar og oppgaver. Dette nødvendiggjør et arbeid som ivaretar den tverrfaglige og sektorovergripende helhet i sakene.

3.2 Helsedirektoratet og Politidirektoratet har sammen utarbeidet retningslinjer for hvordan politi og psykisk helsevern skal samarbeide i situasjoner hvor personer er til fare for seg selv eller sine omgivelser (jf Rundskriv IS-15/2006). Det er videre utarbeidet retningslinjer som skal hjelpe fagfolk i helsetjenesten å gjøre forsvarlige risiko- og farlighetsvurderinger. Det er også laget retningslinjer som skal brukes i forbindelse med utskrivning av pasienter fra institusjon i psykisk helsevern.

4. Beskrivelse av mandatet

Utvalget som regjeringen oppnevner for å undersøke de aktuelle drapene vil måtte avgrense sitt arbeid til å gjelde en kartlegging av tjenester og systemer, herunder de ulike deler av forvaltningen, som var involvert i eller som burde ha vært involvert i oppfølgingen av gjerningspersonene. Vurderingen av hvilke fag- og tjenesteområder som skal inngå i undersøkelsene, må blant annet gjøres på basis av faktainnhenting om forløpene gjerningspersonene gikk i gjennom før vedkommende tok liv. Utvalget vil selv måtte vurdere hvordan disse forløpene skal avgrenses i tid og rom på en måte som sikrer et både faglig forsvarlig og overkommelig datagrunnlag, i lys av utvalgets opp-

drag, disponible ressurser og tidsfrist. Utvalget skal avslutte sitt arbeid og avlevere sluttrapport innen 1. mai 2010.

4.1 Nærmere presisering av problemstillingene utvalget skal undersøke

4.1.1 Utvalget skal undersøke mulig svikt i systemer og forløp knyttet til mennesker med kjent psykisk lidelse og som har tatt liv, de siste fem år (fra 1.januar 2004 til 1. april 2009).

4.1.2 Utvalget skal redegjøre for de forhold som det mener har betydning for at gjerningspersonene kom i en situasjon hvor den psykiske lidelsen, og evt. medfølgende rusmiddelproblematikk, medvirket til at liv ble tatt.

4.1.3 Utvalget skal kartlegge og vise hvor i systemene og/eller forløpene eventuell svikt oppsto og beskrive hva som kjennetegner svikten, med henblikk på å lære av hendelsene.

4.1.4 Utvalget skal undersøke hvorvidt og evt. hvordan tjenestene og systemene har brukt erfaringene som ble gjort til å endre/forbedre senere praksis, herunder:

- hvilke erfaringer tragediene avstedkom og hvordan erfaringene ble brukt i ettertid
- hvorvidt/hvordan erfaringene ble omsatt i konkrete tiltak innen/imellom tjenestene
- hvorvidt/hvordan iverksatte tiltak er blitt evaluert og fulgt opp av de ulike tjenestene
- hvorvidt/hvordan problemstillinger aktørene eventuelt identifiserte på tvers av tjenestene/systemene ble fulgt opp som del av tjenestenes kvalitetsforbedrende arbeid

4.1.5 Utvalget skal spesielt undersøke og eventuelt vurdere følgende:

- hva slags oppfølging som ble gitt før personene ble alvorlig syke
- om det var forhold ved utskrivning som burde ha vært håndtert annerledes
- hvorvidt taushetsplikt mellom etater var til hinder for nødvendig informasjonsflyt
- hvorvidt det eksisterte ettervern/oppfølging i kommunen
- hvorvidt lovbestemmelsene for bruk av individuell plan ble fulgt
- hvordan mottaksforhold og oppfølging av gjerningspersoner med etnisk minoritetsbakgrunn har fungert

4.2 Beskrivelse av datakilder, metoder og juridiske rammer for utvalgets arbeid

4.2.1 Utvalget skal foreta en generell gjennomgang av tidligere utredningsarbeider, tilsynsrapporter og retningslinjer på området, og redegjøre for hvordan disse er fulgt opp.

4.2.2 Utvalget skal holde seg orientert om pågående arbeid i Justisdepartementet på området, herunder oppfølging av rapporten fra utredningsgruppen som har foretatt etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring (Mæland-gruppen) og en planlagt kartlegging av drapssaker i samarbeid mellom Justisdepartementet og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for helseregion Sør-Øst.

4.2.3 Utvalget skal gi en generell redegjørelse for eventuelle tiltak som er iverksatt i nordiske/enkelte europeiske land for å hindre at personer med kjent psykisk lidelse og evt. rusmiddelavhengighet tar liv.

4.2.4 Utvalget skal innhente opplysninger fra alle relevante deler av forvaltningen, herunder personer som kan besitte informasjon av betydning for arbeidet. Kilder kan være kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten (f.eks distriktspsykiatriske sentra, akuttavdelinger innen psykisk helsevern, tjenester innen rusbehandling m.v) tilsynsmyndigheter, politi, kommunale tjenester, NAV, barnevern, familievernkontorer, kriminalomsorgen og andre instanser/aktører. Utvalget skal også inkludere i sitt arbeid opplysninger fra Den rettsmedisinske kommisjon som kan være av betydning.

4.2.5 Et gjennomgående perspektiv hvor forløp og systemer sees i en helhetlig sammenheng, forutsettes lagt til grunn for utvalgets tilnærming og metode.

4.2.6 Utvalgets gjennomgang skal i den grad den direkte eller indirekte berører enkeltpersoners ansvarsforhold være i samsvar med de regler og prinsipper som blir lagt til grunn i rundskriv G-48175 fra Justisdepartementet, datert 4. mars 1975 om «Regler for granskingskommisjoner».

4.2.7 Utvalget skal i sin rapport ikke ta standpunkt til om det foreligger straffbare forhold, grunnlag for å kreve erstatning, eller grunnlag for andre sanksjoner.

4.2.8 De ulike taushetspliktbestemmelsene som finnes i lovgivningen i dag vil hindre utvalget i å få den informasjonen det vil kunne være behov for i vurderingen av de konkrete sakene. Instanser som det vil være aktuelt for utvalget å innhente informasjon fra vil være ulike deler av kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten (distriktpsychiatriske sentra, akuttavdelinger innen psykisk helsevern, tjenester innen rusbehandling m.v.), NAV, politiet, kriminalomsorgen, barnevern, familievernkontorer, skoler, tilsynsorganer, departementer mv. For at utvalget for gjennomgang av de ulike sakene skal ha tilstrekkelig grunnlag for sitt arbeid, er det nødvendig med tilgang til opplysninger som er underlagt taushetsplikt. Det skal ikke innhentes flere taushetsbelagte opplysninger enn det som anses nødvendig for å besvare de spørsmål mandatet reiser. Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang arbeid med å fremme forslag til lovendringer for Stortinget som unntar utvalget fra de ulike taushetspliktbestemmelsene, samt til later behandling av sensitive personopplysninger og unntar fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven kapittel VI.

4.2.9 Utvalgets leder skal føre liste over de personer som mottar taushetsbelagte opplysninger i forbindelse med utvalgets arbeid.

4.2.10 Utvalget har etter domstolsloven § 43 adgang til å begjære bevisopptak ved domstolene. Dette kan dels være aktuelt i tilfeller der forklaring ikke blir gitt, og til dels i tilfeller der forklaring for domstol av andre grunner kan tenkes å være hensiktsmessig.

4.2.11 Utvalget skal varsle Helse- og omsorgsdepartementet dersom det i løpet av undersøkelsesperioden avdekkes særlige kritikkverdige forhold som det er grunn til å anta at departementet ønsker å bli informert om, bl.a. for at departementet skal få mulighet til raskt å kunne iverksette nødvendige tiltak for å forebygge nye hendelser, uten å måtte avvente den endelige rapporten.

5. Sammenfatning av mandatet

På bakgrunn av ovenfor nevnte presiseringer av mandatet skal utvalget:

5.1 Med sikte på å lære av hendelsene, vurdere om svikt i systemer og forløp kan ha hatt betydning for at liv gikk tapt. Utvalget må vurdere om, i hvilken grad og eventuelt på hvilken måte slik svikt kan ha hatt betydning for at de aktuelle hendelser fant sted.

5.2 Gi råd om hvilke tiltak som bør iverksettes på tjeneste- og systemnivå for å forebygge at personer med alvorlig psykisk lidelse/rusmiddelavhengighet begår drap. Tiltakene kan være av faglig, juridisk, organisatorisk og eller/økonomisk art.

5.3 Undersøke mulige fellestrekk i sakene og vurdere hvilke funn som er av interesse for myndighetene med hensyn til videre utforming av politikk, tjenester og systemer på området.

5.4 I den utstrekning utvalget anser det mulig i forhold til disponibel tidsramme og ressurser, vurdere administrative, økonomiske og eller juridiske konsekvenser av rådene som gis.

Vedlegg 2

Definisjoner

Her er kort referert definisjoner av utvalgte begreper som utvalget har benyttet i rapporten. Flere av begrepene har også andre mulige definisjoner. Enkelte definisjoner er drøftet eller beskrevet i rapporten. Det vises til de aktuelle kapitlene. Hvis begrepet er knyttet til diagnoser henvises det til diagnosesystemet ICD-10.

ACT

«Assertive community treatment» (ACT) brukes som begrep på et behandlingsteam som er aktivt oppsøkende og som arbeider på tvers av nivåer og sektorer. De oppsøker brukerne der de lever – hjemme, i parker, på skole, i jobb eller andre steder. Brukerne får hjelp til å ta ansvar for bolig, medisiner, økonomi, kontakt med myndigheter og andre ting. Teamene gir tverrfaglig og tverrsektoriell behandling, som forutsetter at første- og andrelinjetjenester ytes og ses i sammenheng. Teamet kan bestå av psykiater, psykolog, sykepleiere, sosionom og andre yrkesgrupper. De forsøker å gi all hjelp og støtte som pasienten trenger i teamet, i stedet for å henvise brukeren til andre (jf. kapittel 7.6.4).

Agentsøk

Et søk fra politiet på en person eller en adresse i alle datasystemer som politiet har tilgang til samtidig. Dette kan for eksempel være politiets journal-systemer (PO, BL eller STRASAK) og våpenregistre.

Akutt rus

En diagnose på forgiftning/intoksikasjon (ICD-10 F1x.0) som innebærer en overdose rusmidler. De ulike symptomene og tegnene på rusbruk og akutt rusmiddelpåvirkning vil variere fra rusmiddel til rusmiddel, og fra person til person (jf. kapittel 7.2.1).

Alvorlig depressiv lidelse

Alvorlig grad av enten depressiv episode (ICD-10 F32.2-F32.3) eller tilbakevendende depressiv lidelse (F33.2-F32.3) (se under om depressiv lidelse). Både bipolar lidelse og alvorlig depresjon kan forekomme i kombinasjon med psykotisk symptomer (jf. kapittel 6.2.2).

Alvorlig psykisk lidelse

Det eksisterer mange ulike definisjoner av begrepet alvorlig psykisk lidelse. I rapporten er begrepet brukt om diagnosene: schizofreni, schizotyp lidelse, paranoid psykose, schizoaffektiv lidelse og andre psykoser (F20-F22, F24-F29), manisk og bipolar lidelse (F30-F31) og alvorlig depressiv lidelse (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) (jf. kapittel 4.1.3).

Alvorlig personlighetsforstyrrelse

Begrepet alvorlig personlighetsforstyrrelser brukes i rapporten om: paranoid, schizoid, dyssosial og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.0-F60.3) (jf. kapittel 4.1.3).

Amfetamin

Amfetamin og metamfetamin er syntetiske og kraftige sentralstimulerende midler. De brukes både til medisinsk behandling og som rusmidler. (Met)amfetamin kan tas intravenøst, spises, drikkes eller sniffes. Rusen varer betydelig lenger enn ved bruk av kokain. Rusdoser av amfetamin er i området 50–150 mg rent amfetamin og oppover. Til sammenligning er amfetamindoser som brukes i forbindelse med behandling av ADHD, i området 5–20 mg som enkeldose (jf. vedlegg 4).

AMK

Begrepet AMK-sentral omfatter sentraler med mottak av medisinsk nødnummer. AMK-sentralene skal håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand, skal prioritere, iverksette, gi medi-

sinsk faglige råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag, herunder varsle og videreformidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningssentralene, samt varsle andre AMK-sentraler som er berørt, og de skal styre og koordinere ambulanseoppdrag.

AUC

Area Under the Curve (AUC) er et statistisk begrep som sier noe om prediktiv styrke til en test. AUC kan variere mellom 0 og 1. AUC er definert som sannsynligheten for at en test vil vurdere en tilfeldig positiv hendelse høyere enn en tilfeldig negativ hendelse.

Benzodiazepiner

Benzodiazepiner er en omfattende gruppe medikamenter som brukes i behandling av angst, søvnløshet og epilepsi. Benzodiazepiner er også i stort omfang brukt som rusmidler. Eksempel på stoff i denne gruppen er diazepam (Valium®, Vival®) eller flunitrazepam (Rohypnol®) (jf. kapittel 7 og vedlegg 4).

Bipolar lidelse

Bipolar lidelse (ICD-10 F31) er karakterisert ved gjentatte (minst to) episoder der personens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Personen har perioder med hevet stemningsleie og økte energi og aktivitet (mani eller hypomani), og andre perioder med senket stemningsleie og redusert energi og aktivitet (depresjon). Noen få personer har kun maniske faser uten depressive faser mellom. Episodene kan variere sterkt i lengde, og debutalder kan variere fra barndom til alderdom (jf. kapittel 6.2.2).

BL

Basisløsninger (BL) er politi- og påtalemyndighetens elektroniske straffesaksbehandlingssystem hvor politiet registrerer informasjon når de iverksetter etterforskning. Overføring av informasjon til, og kommunikasjon mot, STRASAK skjer automatisk (jf. kapittel 4.1.2 og om STRASAK nedenfor).

Cannabis

Cannabis er ett av de mest brukte rusmidler i verden. Cannabis (hasjij, marihuana) inntas vanligvis ved å røyke, men kan også spises. Cannabis har i

hovedsak dempende virkning med lette hallusinatoriske egenskaper. 9-delta-tetrahydrocannabinol er hovedvirkestoffet i cannabis, men planten inneholder flere titalls mer eller mindre aktive stoffer som også kan bidra til effekten. Effekten utøves gjennom egne cannabinoide reseptorer på hjerneceller (jf. vedlegg 4).

Case studier

Dette er ofte artikler som presenterer et tilfelle som er vurdert nøyer (jf. vedlegg 3).

Depressiv lidelse

Depressiv episode eller tilbakevendende depressiv lidelse (ICD-10 F33) har ulike alvorlighetsgrader, fra mild til alvorlig. Symptomer er depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Andre vanlige symptomer er redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillitt, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om/utføring av selvskaade eller selvmord, søvnforstyrrelse og redusert appetitt. Stemningsleie pleier å være stabilt så lenge man har en depressiv periode. Debutalder er oftere senere enn ved bipolar lidelse (jf. kapittel 6.2.2).

Disposisjonelle faktorer

Individuell sårbarhet for å reagere. Sees ofte i kontrast til situasjonelle faktorer.

Dobbeltdiagnose

Sameksistens mellom to ulike medisinske diagnoser. I rapporten benyttes begrepet om kombinasjon av ruslidelse og annen psykisk lidelse (jf. kapittel 7.5). Se også begrepet samsykkelighet.

DPS

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) er en norsk modell for desentraliserte spesialiserte psykiske helsetjenester.

Drap

Det er mange ulike definisjoner av drap. Når det gjelder kriminalstatistikk i Norge, definerer både Kripos og Statistisk sentralbyrå (SSB) drap som brudd på straffeloven § 233 første og andre ledd, altså forsettlig eller overlagt drap (ikke uaktsomt

drap, forsøk på drap eller legemsbeskadigelse med døden til følge). I utvalgets rapport brukes begrepet noe utvidet, og inkluderer alle tilfeller der noen ved kriminell atferd har tatt en annen persons liv. Død i trafikken, uavhengig av årsak, er ekskludert fra begrepet. Ytterligere spesifikasjoner av hva som er inkludert i begrepet står i kapittel 4.1.1 og 4.1.2.

Dyssosial personlighetsforstyrrelse

Også kalt antisosial personlighetsforstyrrelse og kjennetegnes ved en person som tar lite hensyn til sosiale forpliktelser og normer. Ofte kan personen virke likegyldig ovenfor andres følelser. Voldsforskning har ofte konsentrert seg om personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse. En del studier undersøker psykopatiske trekk som ofte tilsvarer trekk hos personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse (jf. kapittel 6.2.3).

Ecstasy

Ecstasy er forkortelse for MetylenDioksiMetAmfetamin (MDMA) og er en betegnelse som benyttes på ulike derivater av amfetamin, som har hallusinogen effekt i tillegg til den sentralnervøse stimulerende effekten. Den akutte effekten av ecstasy er preget av økt eufori, energi og empati (jf. vedlegg 4).

EOS-utvalget

Stortingets kontrollorgan for etterretnings-, overvåkings- og sikkerhetstjeneste (EOS-utvalget) er et kontrollorgan som er oppnevnt av Stortinget for å føre kontroll med etterretnings-, overvåkings- og sikkerhetstjeneste som utøves av eller på vegne av offentlige myndigheter til beskyttelse av nasjonale sikkerhetsinteresser.

ICD-10

Verdens helseorganisasjon internasjonale diagnosesystem, hvor et kapittel (F) omhandler psykiske lidelser.

Innsatspersonell

Dette er politipersonell som bemanner blant annet de uniformerte patruljebilene og som inngår i politiets innsatsressurs. Politiets innsatspersonell deles i ulike kategorier basert på kompetanse og

kapasitet som Beredskapstroppen, livvaktjeneste, utrykningsenhetene, tjenestepersoner med 40 timers årlig opplæring og tjenestepersoner med tilpasset opplæring. De ressursene som i hovedsak benyttes til oppdrag i kategorien «sykdom, psykiatri» i politiet, er såkalte innsatsressurser. De har primærfokus på de løpende prioriterte akutte hendelsene i politidistriktet og utgjør i tillegg til løsning av disse prioriterte oppdragene, en viktig beredskapsressurs i distriktet (jf. kapittel 12 og vedlegg 6).

Integrert behandling

Kombinasjon av ulike behandlingselementer på ett sted. I rapporten brukes begrepet i forbindelse med behandling av personer som har en dobbeltdiagnose, både ruslidelse og annen psykisk lidelse. Begrepet brukes her både om organiseringen av de forskjellige tilbudene til pasienten i et helhetlig og koordinert behandlingsopplegg, og om behandling hvor man har fokus på både ruslidelsen og den alvorlige psykiske lidelsen innenfor det samme teamet av profesjonelle fagfolk (jf. kapittel 7.6.4).

Kjikkvadrat

Et statistisk begrep som benyttes for å se om forskjellen mellom det som observeres og det som var forventet ut fra en hypotese er signifikant. Kjikkvadratet er summen av forskjellene mellom hver observasjon og dens hypotetiske frekvens for hvert enkelt mulig svaralternativ, opphøyd i andre og delt på den hypotetiske frekvensen.

Komorbiditet

Se samsykelighet.

Kokain

Kokain er et naturlig forekommende, psykoaktivt sentralstimulerende stoff som utvinnes av bladene på kokaplantene. Kokain kan tas intravenøst, røykes, sniffes eller spises/drikkes. Rusen er kortvarig, bare av minutters varighet ved intravenøs bruk og enda kortere ved sniffing (jf. vedlegg 4).

KRÅD

Det kriminalitetsforebyggende råd er regjeringens spesialorgan for forebygging av kriminalitet og er administrativt knyttet til Justisdepartementet.

Kunnskapsoppsummeringer

Rapporter hvor forfatterne foretar oppsummeringer av kunnskapen innen et felt. De kan benytte både andre oversikter og enkeltstudier i sin vurdering (jf. vedlegg 3).

Mellombedømmer-reliabilitet

På engelsk kalt interrater reliability, betyr likheten i konklusjoner når forskjellige personer bruker et instrument/test/undersøkelsesmetode. Brukes til å finne ut om man får stabile resultater, uavhengig av hvem som utfører undersøkelsen. Kan variere fra 0 til 1, hvor 1 betyr at man får samme resultater uavhengig av hvem som utfører undersøkelsen.

Meta-studier

Litteratur som oppsummerer forskningslitteratur ved å benytte statistiske metoder for å kombinere resultater på tvers av enkeltstudier (jf. vedlegg 3).

Odds ratio

Odds ratio (OR) brukes ofte som effektmål i studier som sammenligner to ulike tiltak. Det brukes også som beskrivelse på forskjell i risiko for to ulike grupper (for eksempel forskjell i risiko for å utøve vold avhengig av om man har en ruslidelse eller ikke). En OR større enn en (>1) betyr at den gruppen man ser på (for eksempel gruppen med tiltak eller gruppen med en risikofaktor) har et større utfall enn sammenligningsgruppen. En OR mindre enn en (<1) viser at gruppen har færre utfall enn sammenligningsgruppen. En OR på 1 viser at det ikke er forskjell mellom gruppene.

Opiater

Stoffer som utvinnes av opiumsplanten: opium, morfin, heroin og kodein (jf. vedlegg 4).

Opioider

Samlebetegnelse for opiat og syntetisk fremstilte midler. De syntetiske midlene har lignende virkninger og bivirkninger som opiat, de mest kjente er metadon og buprenorfin (jf. vedlegg 4).

Oversiktsartikler

Artikler med oversikter over enkeltstudier hvor det kan mangle systematikk i hvordan studiene er

funnet og vurdert, og i hvordan resultatene sammenstilles (jf. vedlegg 3).

Personlighetsforstyrrelse

Samlet sett beskrives personlighetsforstyrrelser (ICD-10 F60-F69) som langvarige, rigide og lite funksjonelle affektive, atferdsmessige og kognitive mønstre som er motstandsdyktige mot endring, og som synes å uttrykke individets typiske livsstil og måte å forholde seg til seg selv og andre på. De representerer enten ekstreme eller betydelige avvik i måten et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler og særlig forholder seg til andre individer på. Evnen til fleksibilitet og tilpasning er så liten at den fører til subjektivt ubehag og/eller mellommenneskelige problemer for personen. De starter ofte i barne- eller sen ungdomsalder, og vedvarer inn i voksen alder (jf. kapittel 6.2.3).

Placebo

Et medikament eller en prosedyre som er tenkt ikke å ha noen reell terapeutisk verdi. Brukes ofte for å skille effekt av en behandling fra effekten av å tro på behandlingen.

PO

PO står for Politi Operativt system. Systemet ble utviklet av Politiets data- og materielltjeneste (PDMT) og fyller vaktjournalens funksjon. Systemet er operativt ved alle politidistrikter, og gir en fortløpende og døgnkontinuerlig oversikt over alle vesentlige forhold og utførelsen av polititjenesten på vedkommende sted. Alle hendelser, henvendelser, meldinger med videre loggføres, og de hendelsene politiet ønsker å følge opp blir gjort til oppdrag, som deretter tilordnes ressurser. Også planlagte oppdrag, som kjøring av fanger, og hendelser som politiet kjenner til, som veisperringer eller demonstrasjoner, legges inn i systemet. PO gir politiets operasjonsledelse en felles og kontinuerlig oversikt over situasjonsbildet innenfor et politidistrikt, med oversikt over alle eksisterende oppdrag, hvilken prioritet oppdraget har og om de er tilordnet ressurser og i så fall hvilke ressurser (jf. kapittel 12 og vedlegg 6).

Politiråd

Politiråd er en modell for tverretattlig samarbeid, og bygger langt på vei på erfaringene med SLT-modellens styringsgrupper (se SLT nedenfor),

med involvering og ansvarliggjøring av lokalpolitikere, kommunale etater og private aktører sammen med politiet. En forskjell er at politirådene har ansvar for innsatsen for alle innbyggere, uavhengig av alder, mens SLT har rettet oppmerksomheten mot barn og unge. Men den felles hovedtanke er at om det skal lykkes å redusere kriminaliteten, må samarbeidet styres og samordnes (jf. kapittel 12.1.2).

Prevalens

Forekomst av en gitt tilstand i en definert befolkning over en viss tid.

Psykisk lidelse

Det eksisterer mange ulike definisjoner av psykisk lidelse. I denne rapporten benyttes Verdens helseorganisasjons definisjon, det vil si alle lidelser inkludert i kapittelet om psykisk lidelse (F0-F99) i diagnosemanualen ICD-10. Det vil blant annet si at ruslidelser og personlighetsforstyrrelser er inkludert i begrepet psykisk lidelse i denne rapporten (jf. kapittel 4.1.3). Se imidlertid også definisjonen av «alvorlig psykisk lidelse» ovenfor.

Psykose

Begrepet psykose benyttes ofte som betegnelse på at en person har mistet virkelighetsoppfattelsen. Dette kan være: hallusinasjoner; vrangforestillinger eller selvhenføringsforestillinger; psykomotoriske forstyrrelser (økte eller nedsatt aktivitet); og en avvikende følelsesmessig tilstand. Det kan være mange ulike årsaker til at en person går inn i en psykose, hvor grunnlidelsen schizofreni kan være en mulig årsak. Det er også mulig å få akutte psykoser i forbindelse med plutselige belastninger eller traumer. En gruppe akutte belastninger som kan medføre psykose er akutt rusforgiftning, som kan medføre rusutløste psykoser. I mye av forskningslitteraturen skilles det ikke mellom schizofreni og psykoser (jf. kapittel 6.2.1).

P-verdi

Et statistisk begrep for sannsynligheten for at det man har funnet er tilfeldig. I rapporten defineres alle funn med en p-verdi lavere enn 0,05 som vesentlig (signifikant), det vil si at utvalget krever at man skal være minst 95 % sikre på at funnene ikke er tilfeldige.

Randomiserte kontrollerte forsøk

Randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) er eksperimentelle studier hvor behandlingsgruppe og kontrollgruppe velges tilfeldig ut (randomisering), forskjellen i behandlingsmetode må klart kunne beskrives, og metodene må bli systematisk gjennomført. Ideelt sett gjøres forsøkene dobbeltblindt, det vil si at verken forsøkspersoner eller forsøksledere vet hvem som er i hvilke grupper (jf. kapittel 7.6.3).

Ruslidelse

Begrepet ruslidelse er brukt i rapporten om lidelser relatert til alkohol og andre rusmidler (F10-F16, F18-F19). Ruslidelser er i rapporten inkludert i begrepet psykiske lidelser.

Rusmiddelavhengighet

En lidelse som kjennetegnes ved manglende kontroll over bruk av rusmidler og fortsatt bruk på tross av skadelige konsekvenser, der rusmiddelbruket prioriteres fremfor andre aktiviteter og forpliktelser (ICD-10 F1x.2) (jf. kapittel 7.2.3). Diagnosen kan stilles når tre eller flere av de følgende kriteriene har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året:

- sterk lyst, eller følelse av tvang, til å innta substansen
- problemer med å kontrollere inntaket av substansen (start og avslutning) og mengden
- fysiologisk abstinensstilstand (se abstinenser) som opptrer dersom bruken av substansen opphører eller reduseres, eller viser seg med karakteristisk abstinenssyndrom for den aktuelle substansen, eller gjennom bruk av samme eller beslektet stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer
- toleranseutvikling, slik at større doser må til for å gi samme effekt som tidligere (eksempler på dette er alkohol- eller opiatavhengige som daglig inntar doser som ville tatt livet av en ny bruker)
- økende likegyldighet overfor andre gleder og interesser, mer og mer tid brukes på å skaffe seg substansen, på å bruke den eller på å komme seg i form etter bruken
- substansbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser. Det må fastslås om brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over disse konsekvensene.

Rusmiddelmissbruk

I rapporten brukes begrepene skadelig bruk og rusmiddelmissbruk om samme fenomen (se om begrepet skadelig bruk nedenfor).

Samsykkelighet

Sameksistens (komorbiditet) mellom to ulike medisinske diagnoser. I rapporten brukes den om å ha to ulike psykiske lidelser samtidig. Se også begrepet dobbeltdiagnose.

Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig sinnslidelse som innebærer at personen har langvarige (mer enn en måned) symptomer på fordreide virkelighetsoppfattelser (ICD-10 F20). Dette kan være: oppfattelse av at deres tanker blir påvirket; vrangforestillinger vedrørende oppfattelse eller kontroll; hørselshallusinasjoner; upassende eller urealistiske vrangforestillinger; hallusinasjoner innen flere sanser; usammenhengende tanker; kataton atferd (lite/stiv bevegelse); negative symptomer (nedsatt aktivitet, for eksempel apati, avflatete følelser); betydelig og vedvarende endring i personlig atferd (for eksempel sosial tilbaketrekking eller interesseløshet) (jf. kapittel 6.2.1).

Screening

Masseundersøkelser. Undersøkelse av en definert befolkningsgruppe, for eksempel gravide, for å avdekke sykdom eller økt risiko for sykdom.

Skadelig bruk (av rusmidler)

Skadelig bruk av en psykoaktiv substans er en diagnose, og innebærer at stoffet brukes på en måte som gir helseskade (ICD-10 F1x.1). Dette kan være både somatiske (for eksempel hepatitt etter injeksjoner, eller leverskade etter inntak av alkohol) og psykiske helseskader (depresjoner eller angsttilstander etter bruk av cannabis eller benzodiazepiner). Det defineres ikke som skadelig bruk at rusmiddelinntaket får negative sosiale konsekvenser (problemer med familie, på arbeidsplass eller ved arrestasjoner) (jf. kapittel 7.2.2).

SLT

Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak (SLT), er en modell for å samordne det kriminalitetsforebyggende arbeidet blant barn og unge. Målet er å få mer ut av allerede igangsatte tiltak ved at forskjellige aktører støtter og utfyller hverandres arbeid (jf. kapittel 12.1.2).

STRASAK

STRASAK er et register for behandling av straffesaker, og fungerer som en straffesaksjournal i form av registrering og oppfølging av anmeldelser og undersøkelsessaker (jf. kapittel 4.1.2).

Systematiske oversiktsartikler

Artikler hvor forfatterne gir oversikter over enkeltstudier, men ikke nødvendigvis foretar statistiske beregninger på tvers av studiene. Systematiske oversiktsartiklene bruker systematiske metoder for å finne, kritisk vurdere, og sammenstille resultater av enkeltstudiene (jf. vedlegg 3).

Vedlegg 3

Litteratursøk psykisk helse og drap

1 Avgrensning

Utvalgets mandat omfatter flere problemstillinger knyttet til ulike saksområder. Et hovedspørsmål som ligger under flere av mandatets punkter, er hvilken sammenheng det er mellom psykiske lidelser og drap. Det ble derfor foretatt et strukturert litteratursøk for å innhente kunnskap om dette temaet.

I dette kapittelet går vi gjennom hvordan litteratursøket er gjort, og beskriver den litteraturen som er funnet. Konklusjonene som utvalget har trukket basert på litteratursøket, er oppsummert i kapittel 6. Litteraturen er også brukt som grunnlag for utvalgets råd i de ulike kapitlene.

På grunn av stramme tidsrammer ble det valgt å avgrense litteratursøket til de mest tilgjengelige kildene. Det vil blant annet si at utvalget har konsentrert seg om engelskspråklig og norskspråklig litteratur hvor fulltekst er elektronisk tilgjengelig. Det betyr blant annet at man konsentrerte seg om tidsskriftartikler, mens søk etter bøker har blitt nedprioritert. Da det ligger utenfor utvalgets rammer å foreta omfattende litteraturanalyser, for eksempel ved bruk av metaanalytiske metoder, har utvalget fokusert på søk etter litteratur som oppsummerer kunnskapen på feltet.

Hovedfokuset i litteratursøket og kunnskapsoppsummeringen har vært sammenhengen mellom psykisk lidelse og drap. Under litteratursøket kom det frem litteratur på tilstøtende temaer som er viktig for utvalget. Denne litteraturen har også vært med på å påvirke utvalgets konklusjoner, og et utvalg av denne litteraturen presenteres også.

2 Metode

2.1 Innledning

Formålet med litteratursøket var innen utvalgets tidsrammer å finne både flest mulige, og de mest sentrale, av de oversiktene som eksisterer over undersøkelser innen temaet «psykisk lidelse og drap». Det viste seg raskt at det var et begrenset

antall oversiktsartikler, og i tillegg var det blitt publisert store enkeltundersøkelser etter publiseringen av oversiktsartiklene. Det ble derfor inkludert også en del enkeltundersøkelser i utvalgets gjennomgang.

2.2 Internasjonale artikler

Det ble foretatt strukturert søk på følgende databaser:

- EMBASE
- Ovid MEDLINE (R) In-process & other non-indexed citations and Ovid MEDLINE (R)
- PsycINFO
- Alle EBM Reviews – Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CMR, HTA, og NHSEED
- ERIC
- International Bibliography of the Social Sciences
- Scholar.google.no

Det ble benyttet tre søkeord for drap, som ble koblet med 17 søkeord for psykisk lidelse. Søkeordene måtte være enten i sammendraget, i tittelen, eller i innholdsfortegnelsen, være nøkkelord eller være lagt inn som etoverskriftstema (thesaurusord). Følgende søkeord ble benyttet (antall treff på søkeord i parentes):

- Drap (totalt 29 672 treff):
 - Murder (9593)
 - Homicide (24 142)
 - Serial homicide (168)
- Psykisk lidelse (totalt 674 848 treff):
 - Schizophrenia (248 437)
 - Bipolar disorder (57 795)
 - Personality disorder (37 718)
 - Personality problems (1631)
 - Psychosis (92 354)
 - Neurosis (34 965)
 - Borderline states (4332)
 - Mental disorder (11 883)
 - Psychiatric patients (49 286)
 - Psychiatry (137 137)
 - Insanity (6054)

- Mental Illness (44 469)
- Nervous Breakdown (198)
- Psychiatric disorder (14 212)
- Mentally ill offenders (2911)
- Psychopathology (75 164)
- Psychiatric symptoms (21 392)

Kombinasjon av drap og psykisk lidelse ga 3736 treff. Det ble så benyttet følgende avgrensninger:

- Peer reviewed tidsskrift
- Review artikkel
- Publiseringsår fra og med 1995 til uke 27 i 2009 (tidspunktet for søket)
- Bare artikler med elektronisk tilgjengelig sammendrag
- Bare artikler på engelsk
- Ikke artikler som bare beskriver enkeltcase

Det sto da igjen 960 artikler. Da de ulike databasene hadde ulike begrensninger i søkemuligheter, var det noe varierende inklusjons- og eksklusjonskriterier. Etter gjennomlesing av sammendragene ble 100 artikler skrevet ut eller innhentet fullversjon av.

Det ble også tatt kontakt med fagmiljøer og fagpersoner som anbefalte noen flere artikler, spesielt artikler publisert etter at søket ble foretatt. I noen tilfeller ble det også innhentet litteratur som sto i referanselister.

2.3 Norsk litteratur

Det ble foretatt tilsvarende litteratursøk i norske og nordiske databaser av Departementenes Fellesbibliotek for å fange opp norsk litteratur. Dette var et omfattende søk på tvers av ulike databaser, som skulle fange opp både artikler, bøker, offentlige dokumenter, avhandlinger og rapporter. Det ble benyttet tilsvarende søkeord på norsk som dem som ble benyttet ved det internasjonale litteratursøket, det vil si en kombinasjon av søkeord drap/mord med 17 ulike begreper for psykiske lidelser. Det ble imidlertid ikke satt tilsvarende eksklusjonskriterier, da utvalget ønsket å fange opp et bredest mulig spekter av norsk litteratur om temaet. For å unngå for omfattende materiale å gå gjennom innen utvalgets tidsfrister har utvalget ekskludert blant annet avhandlinger på hovedfagsnivå og lavere. Man har også ekskludert artikler skrevet i dagspressen eller lignende steder.

2.4 Vurdering av metodisk kvalitet

Litteraturen ble gruppert i henhold til omfang og kvalitet. Grovt sett ble det benyttet følgende rangering av litteraturen:

1. Metastudier: Metastudier benytter statistiske metoder for å kombinere resultater på tvers av enkeltstudier.
2. Systematiske oversiktsartikler: Dette er artikler hvor forfatterne gir oversikter over enkeltstudier, men ikke nødvendigvis foretar statistiske beregninger på tvers av studiene. Systematiske oversiktsartikler bruker systematiske metoder for å finne, kritisk vurdere og sammenstille resultater av enkeltstudiene.
3. Oversiktsartikler: Dette er oversikter over enkeltstudier hvor det kan mangle systematikk i hvordan studiene er funnet og vurdert, og i hvordan resultatene sammenstilles.
4. Kunnskapsoppsummeringer: Dette er rapporter hvor forfatterne foretar oppsummeringer av kunnskapen innen et felt. De kan benytte både andre oversikter og enkeltstudier i sin vurdering.
5. Enkeltstudier: I utgangspunktet vil enkeltstudier vektlegges mindre enn sammenstillinger av flere studier. I noen tilfeller var imidlertid enkeltstudiene av en såpass sentral betydning for kunnskapsutviklingen at de ble tatt med i utvalgets kunnskapsoppsummering. Dette var som oftest begrunnet i at studien var metodisk vesentlig bedre enn andre studier. Det var også temaer der det ikke eksisterte gode kunnskapsoppsummeringer eller lignende. I noen tilfeller ble studiene besluttet inkludert fordi de var sammenlignbare med utvalgets gjennomgang, for eksempel fordi studien var foretatt i Norge eller var foretatt på samme måte som utvalgets gjennomgang er foretatt.
6. Casestudier: Dette er ofte artikler som presenterer et tilfelle som er vurdert nøyere. Slike studier er, med unntak av en omfattende doktoravhandling, ekskludert fra utvalgets litteratursøk.

Det har innen utvalgets rammer ikke vært mulig å vurdere kvaliteten på all litteraturen på en mer strukturert og detaljert måte. I beskrivelsen av litteraturen under er det imidlertid tatt med noen kommentarer på utvalgets vurderinger. På grunn av utvalgets knappe tidsramme har utvalgets kommentarer og vurderinger av en del av litteraturen måttet gjøres kortere og mer summarisk enn det man ideelt hadde ønsket.

2.5 Begrensninger ved metoden

Litteratursøk og kunnskapsoppsummering inneholder flere trinn med ulike tolkningsmuligheter, blant annet søkestrategi, inklusjonskriterier, eksklusjonskriterier, kritisk vurdering av hvert sammendrag, sammenstilling av resultatene og konklusjoner i forhold til resultatene. På grunn av utvalgets rammer har mesteparten av dette arbeidet blitt foretatt av én person. Utvalget har imidlertid gått gjennom de utvalgte studiene og sammenholdt med konklusjonene.

På grunn av den begrensede tiden er antall datakilder begrenset i forhold til det slike litteratursøk ofte innhenter litteratur fra. Det er sannsynlig at det eksisterer litteratur på temaet som ikke er kommet med i kunnskapsoppsummeringen. Så lenge litteratursøket har fokusert på artikler som oppsummerer kunnskapen (review-artikler), er det mulig at det er viktige enkeltstudier som ikke er med i litteraturen som er funnet. Dette vil for eksempel gjelde på temaer hvor det ikke foreligger gode oversiktsartikler, og studier som er publisert etter siste kunnskapsoppsummering. Utvalget har imidlertid inntrykk av at den litteraturen som er funnet, er representativ for kunnskapsstatus på hovedtemaet, som er psykisk lidelse og drap.

Et tredje begrensende moment er at utvalget hovedsakelig har forholdt seg til kunnskapsoppsummeringer, uten at utvalget har innhentet alle enkeltstudier som oppsummeringene baserer seg på. Det vil si at utvalget må stole på forfatterens (det vil si forfatterne av oppsummeringene) vurderinger av enkeltstudier.

2.6 Organisering av presentasjonen av litteraturen

Utvalgets litteratursøk var hovedsakelig bygget på litteraturoversikter over sammenheng mellom psykisk lidelse og drap. Det er dermed noe tilfeldig hvilke enkeltstudier om dette temaet som er med i presentasjonen, og oversikten over enkeltstudier om dette temaet er langt fra utfyllende. Av samme årsak er det noe tilfeldig hvilke studier som er med om tiltak og andre temaer.

På tross av disse svakhetene er det likevel valgt å ta med informasjon om de studiene som utvalget har gått gjennom.

Litteraturen er inndelt på følgende temaer:

- Sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold
- Studier av drap i Norge
- Tiltak

- Andre studier

3 Oversikt litteratur

3.1 Sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Hovedfokus for litteratursøket var å finne litteratur som omhandlet sammenhengen mellom psykiske lidelser og drap. Da det var lite litteratur som omhandlet drap, ble også litteratur som omhandler alvorlig vold, inkludert i oppsummeringen.

Etter gjennomgang av litteraturen har utvalget inntrykk av en endring i forskningslitteraturen. De eldre artiklene angir ofte at personer med psykiske lidelser var overrepresentert blant voldsutøvere. De nyere artiklene har gått videre og tar oftere hensyn til at personer med psykiske lidelser er overrepresentert blant personer med andre risikofaktorer. Det vil si at det er hovedsakelig de nyeste enkeltstudiene som har tatt hensyn til andre risikofaktorer i sine analyser. Oversikten under kan derfor gi et misvisende inntrykk, da de inkluderer flere eldre artikler hvor det ikke er tatt hensyn til andre risikofaktorer i samme omfang.

Det er en forskningsgruppe i England som har publisert mange av rapportene og artiklene som eksisterer på temaet.¹ Olsenuutvalget har derfor tatt utgangspunkt i deres metode i utvalgets gjennomgang av drapssaker i Norge. Utvalget har også tatt utgangspunkt i mange av deres funn ved vurdering av hvilke råd utvalget skulle gi. Oversikten over enkeltstudier (tabell 3.5) har derfor med flere av deres rapporter enn det som kom frem i det opprinnelige litteratursøket.

Litteraturen om sammenhenger mellom psykisk lidelse og drap presenteres i en rekkefølge som tilsvarer utvalgets rangering av litteraturen. Det vil si at litteraturen presenteres i følgende rekkefølge: metastudier (tabell 3.1), systematiske litteraturoversikter (tabell 3.2), litteraturoversikter (tabell 3.3), kunnskapsoppsummeringer (tabell 3.4) og enkeltstudier (tabell 3.5). Innen hver kategori er litteraturen presentert alfabetisk. I noen tilfeller har utvalget ikke inngående vurdert om artiklene er usystematiske litteraturoversikter eller kunnskapsoppsummeringer, og det vil derfor kunne være noe tilfeldig hvilken kategori angjeldende artikler presenteres under.

1. National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness

Tabell 3.1 Oversikt over metastudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Fazel & Danesh, 2002)	Metastudie av alvorlig psykisk lidelse hos innsatte i fengsler i vestlige land.	62 studier av totalt 23 000 fanger	4 % hadde psykisk lidelse, 12 % alvorlig depresjon og 47 % (menn)/21 % (kvinner) hadde antisosial personlighetsforstyrrelse.	God kvalitet, og artikkelen er ofte referert til.
(Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, & Martin Grann, 2009)	Metastudie av schizofreni og vold.	20 studier	Rus forklarte den økte risikoen for vold av schizofrene. Risikoen for drap var høyere hos personer med psykoser enn normalbefolkningen, selv etter kontroll for rusmisbruk.	God kvalitet.
(Large & Nielssen, 2008)	Metastudie av sammenhengen mellom ubehandlet psykose og andel drap begått av personer med psykose før oppstart av behandling.	13 studier av andel pasienter med psykoser som begikk drap, matchet med studier av ubehandlet psykose i samme land.	I land med lengre ventetid for behandling for psykose var det høyere andel av pasienter som drepte før de fikk behandling.	God kvalitet.
(Large, Smith, & Nielssen, 2009)	Metastudie av drapsrate av personer med schizofreni vs. drapsrate i befolkning.	18 studier	6,5 % av alle gjerningspersoner hadde schizofreni. Det var en veldig sterk sammenheng ($r = 0.87$) mellom antall drap generelt og antall drap foretatt av schizofrene. Det vil si at tiltak bør rettes mot drap generelt heller enn mot drap begått av schizofrene, det vil si å bedre sosiale forhold generelt, redusere rusmisbruk osv.	God kvalitet.

Tabell 3.1 Oversikt over metastudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Nielssen mfl, 2009)	Metastudie om drap begått av fremmede med en psykotisk lidelse.	7 studier	Drap av fremmede med psykose er ekstremt sjelden (1 til 14,3 millioner).	Få studier, ellers tilfredsstillende kvalitet på metaanalysen. Bruker en liten studie til å beskrive problematikken mer i detalj.
(Tiihonen, 1995)	Metastudie/analyse av risikotall for drap begått av personer med psykiske lidelser.	4 nordiske studier	Finner høy risiko for drap av personer med alkoholavhengighet og personlighetsforstyrrelse, personer med psykoser og personer som tidligere har utøvd vold.	Lav kvalitet. Få studier, bruker statistikk som er kritisert av andre, og det er mulig at studien har for høye odds ratio tall. Tar ikke hensyn til andre risikofaktorer.

Tabell 3.2 Oversikt over systematiske oversiktsartikler om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Bjørkly, 2002b)	Systematisk litteraturoversikt om sammenhengen mellom vrangforestillinger og vold.	26 studier	Det virker som følge-svanvidd øker risikoen for vold, noe som kan øke hvis det samtidig foreligger emosjonelt stress. Følelse av manglende kontroll av sine tanker kan være medvirkende faktor.	God kvalitet. Systematisk gjennomgang og presentasjon.
(Bjørkly, 2002a)	Systematisk litteraturoversikt om sammenheng mellom hallusinasjoner og vold.	17 studier	Det ser ikke ut som det å høre stemmer øker voldsrisikoen. Stemmer som beordrer til vold, kan øke risikoen. Det er vanskelig å vite om det er en økt risiko ved kombinasjon av hallusinasjoner og vrangforestillinger.	God kvalitet. Systematisk gjennomgang og presentasjon.

Tabell 3.2 Oversikt over systematiske oversiktsartikler om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Bjørkly, 2006)	Systematisk litteraturoversikt om sammenhengen mellom sykdomsinnsikt hos personer med psykiske lidelser og vold.	9 studier	Det er en mulig sammenheng, men styrken av den og årsaken til den er fremdeles usikkert.	God kvalitet. Systematisk gjennomgang og presentasjon.
(Grann mfl, 2006)	Systematisk litteraturoversikt om voldsrisikovurderinger.	37 studier	Risikovurderinger for menn kan forutsi bedre enn tilfeldighetene om fremtidig voldshandlinger (presisjon på maksimalt 70–75 %). Det mangler dokumentasjon på at man klarer å forutse tilsvarende for kvinner. Det mangler også dokumentasjon på at man klarer å forutsi voldshandlinger i løpet av nærmeste fremtid (nærmeste ukene). Som oftest er forutsigelsen om de nærmeste to årene. Det mangler forskning på en del områder, spesielt om hvilke tiltak som kan settes inn.	Omfattende gjennomgang av litteraturen som tar hensyn til både metodiske problemer, statistiske problemer og problemer med å generalisere på tvers av ulike grupper.
(Joyal, Dubreucq, Gendron, & Millaud, 2007)	Systematisk litteraturoversikt med temaet alvorlige psykiske lidelser og vold.	22 studier	De fant en høyere risiko for at personer med alvorlig psykisk lidelse, spesielt personer med schizofreni (også uten alkohol/rusmisbruk), foretar voldshandlinger.	God kvalitet, satt kvalitetsbegrensning på hvilke studier de inkluderte.

Tabell 3.2 Oversikt over systematiske oversiktsartikler om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Newman & Ghaziuddin, 2008)	Systematisk litteraturoversikt om sammenhengen mellom voldelig kriminalitet, Asperger syndrom og andre samtidige lidelser.	17 studier	Det var hovedsakelig studier av enkeltsaker. I de fleste beskrevne casene (84 %) hadde pasienten sannsynligvis andre psykiske helselidelser i tillegg til Asperger syndrom.	God kvalitet og viser mangel av generaliserbar forskningslitteratur på området.
(Woodward, Nursten, Williams, & Badger, 2000)	Systematisk litteraturoversikt med temaet psykiske lidelser og drap.	28 studier	Konkluderer med at det er sammenheng mellom mord og psykiske lidelser, spesielt med schizofreni, antisosial personlighetsforstyrrelse og alkohol/rusmisbruk. Kvaliteten på studiene er imidlertid ikke gode nok til å konkludere om årsaksretninger og styrker, og det er fortsatt vanskelig å predikere risiko for mord.	God kvalitet.

Tabell 3.3 Oversikt over oversiktsartikler om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Asnis, Kaplan, Hundorfean, & Saeed, 1997)	Litteraturoversikt om vold og drap av personer med psykiske lidelser	Konkluderer med at mental lidelse (spesielt psykose), rusmisbruk, samsykelighet og suicidale handlinger er assosiert med høyere risiko for drap.	Middels kvalitet. Omfattende, men usystematisk eldre litteraturgjennomgang.
(Fountoulakis, Leucht, & Kaprinis, 2008)	Litteraturgjennomgang om personlighetsforstyrrelser og vold.	De konkluderer med at spesielt antisosial personlighetsforstyrrelse og borderline, i tillegg til rusmisbruk, er risikofaktorer. Intelligens ser ikke ut til å bety noe. Det er bare funnet små sammenhenger mellom neurobiologi og personlighetsforstyrrelser.	Middels kvalitet. Gjennomgår mye av litteraturen på feltet. Usystematisk metode for gjennomgang og vurdering av resultater og konklusjoner.
(Rasmussen & Levander, 2002)	Norsk oversiktsartikkel/oppsummeringsartikkel. Går gjennom temaer om sammenhengen mellom psykiske helseproblemer (med fokus på schizofreni) og vold/drap.	Schizofreni har liten prediksjonsverdi for fremtidig vold sammenlignet med antisosiale trekk, tidligere voldsepisoder og misbrukerproblematikk. Alkohol- og stoffmisbruk øker sannsynligheten for vold blant personer med schizofreni mer enn blant mennesker uten slik lidelse.	Kort artikkel med fokus på personer med schizofreni. Henviser mye til nordiske undersøkelser. Har ikke systematisk gjennomgang av litteraturen.
(Valenca & De Moraes, 2006)	Litteraturoversikt om sammenhengen mellom drap og psykiske lidelser.	Det konkluderer med at det er en sammenheng mellom mentale lidelser og drap, men årsaksretningene er usikre. Den største gruppen av gjerningspersoner med psykiske lidelser har en kombinasjon av personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk.	Middels kvalitet. Relativt omfattende og spesifikk på utvalgets tema, men usystematisk måte å sammenstille og vurdere resultatene på.

Tabell 3.4 Oversikt over kunnskapsoppsummeringer om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Brooke, 2000)	Kunnskapsoppsummering om artikler publisert fra mai 1999 til mai 2000 om epidemiologi og samsykelighet i rettspsykiatri.	Poengterer rusmisbruk, personlighetsforstyrrelser og schizofreni som risikofaktorer.	Begrenset gjennomgang av artikler.

Tabell 3.4 Oversikt over kunnskapsoppsummeringer om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Hartvig, 2007)	Kunnskapsoppsummering om ADHD, antisosiale trekk og kriminalitet. Drøfter eventuelle likhetstrekk mellom ADHD og antisosial personlighetsforstyrrelse.	Disse diagnosene har noen likhetstrekk, men også forskjeller. anbefaler at personer med en kombinasjon av ADHD og antisosial personlighetsforstyrrelse kan motta tilbud om farmakologisk behandling, men under god oppfølging.	Utvalgt litteratur om temaet.
(Hiday, 2006)	Kunnskapsoppsummering om forskjeller mellom forhøyet risiko versus årsaksfaktor for psykiske lidelser.	Drøfter at metodeproblemer i undersøkelser har tidligere gjort at sammenhengen mellom psykiske helseproblemer og vold har blitt overdrevet fordi studiene ikke har kontrollert for alle andre faktorer som påvirker risikoen for vold. Hun presenterer modell for risiko for vold som inkluderer en del faktorer.	God drøftelse ved bruk av mange referanser.
(Leach, Hardy, & Dinwiddie, 1998)	Oppsummeringsartikkel med drøftelse av eventuell sammenheng mellom psykiske lidelser og vold.	Poengterer at rusmisbruk medierer sammenhengen mellom psykiske lidelser og vold, spesielt når det gjelder affektive lidelser, men også for pasienter med schizofreni.	Kort artikkel. Ikke systematisk gjennomgang, mye drøftelse.
(Moskowitz, 2004)	Oppsummeringsartikkel om dissosiative lidelser og drap.	Drøfter og viser delvis at ulike typer av dissosiativ lidelse kan ha sammenheng med drap.	Hovedsakelig en drøftende artikkel med mye referanser. Ikke systematisk litteratursøk eller gjennomgang.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Andreasson, Holder, Norström, Österberg, & Rossow, 2006)	Sammenligning av alkoholrelaterte konsekvenser av alkoholpolitiske endringer med det som var predikert.	Analyse av rater i Sverige i perioden 1950–2002.	Ikke sammenheng mellom økt alkoholbruk og drap i Sverige i perioden 1994–2002.	Populasjonsstudie og analyse av konsekvenser av endring av prispolitikk på alkohol. Ikke kontrollert for andre faktorer i perioden.
(Brennan, Mednick, & Hodgins, 2000)	Fødselskohort-studie av sammenhengen mellom arrestasjoner for vold og sykehusinnleggelse for mental lidelse.	358 180 personer født i 1944–1947 i Danmark	Schizofreni og organisk psykose hadde sammenheng med vold, også etter kontroll for rusmisbruk. Affektiv lidelse hadde ikke sammenheng med vold etter kontroll av rusmisbruk.	Meget stor studie. Kontrollerte for et begrenset antall risikofaktorer (demografiske variabler, rusmisbruk og personlighetsforstyrrelser).
(Elbogen & Johnson, 2009)	Analyse av sammenheng mellom psykiske lidelser og vold, inndelt i schizofreni, bipolar lidelse, alvorlig depresjon og ruslidelse, og samsykelighet med ruslidelse. Longitudinell.	34 653 personer, representativt utvalg av befolkningen i USA	Ingen av de alvorlige psykiske lidelsene var i seg selv prediktive for senere voldshendelser. Ruslidelse, enten alene eller sammen med alvorlig psykisk lidelse, var prediktiv for senere voldshendelser.	Meget god metodisk kvalitet. Longitudinelt, representativ kontrollgruppe og kontrollert for mange risikofaktorer.
(Eronen, Hakola, & Tiihonen, 1996)	Gjennomgang av drap og psykiske lidelser.	693 drap i Finland.	Schizofrene hadde 6–8 ganger høyere risiko for å begå drap, og de med antisosial personlighetsforstyrrelse 10–50 ganger høyere risiko enn de uten slike problemer. Det var ikke høyere risiko for personer med affektive forstyrrelser, angst, dystymia eller psykisk utviklingshemning.	Kort, men god artikkel med en del detaljinformasjon om ulike psykiske lidelser. De har bare kontrollert for alder i analysene. Analysene er også kritisert for å bruke baserater fra USA, og at de får for høye risikorater for de psykisk syke.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Fazel, Långström, Hjern, Grann, & Lichtenstein, 2009)	Stor longitudinell studie av hvilken risiko personer med schizofreni har for å utøve vold sammenlignet med et tilfeldig utvalg av befolkningen ellers og med sine egne søsken.	8003 personer med schizofreni sammenlignet med 80 025 personer uten schizofreni og 8123 søsken av personene med schizofreni i Sverige fra 1973 til 2006.	Personer med schizofreni hadde dobbelt så høy risiko for å ha en voldsdømme på seg ved oppfølging i forhold til befolkningen generelt, men dette var hovedsakelig relatert til ruslidelse. Søsken uten schizofreni hadde også høy risiko for voldsdømme, noe som tyder på en familiær faktor (genetisk eller miljøavhengig) som kan forklare noe av sammenhengen mellom schizofreni og vold.	God og omfattende studie. Kontrollert for et begrenset antall risikofaktorer (kjønn, alder, inntekt, sivilstatus, immigrasjonsstatus, ruslidelse og familiefaktor).
(Gottlieb, Gabrielsen, & Kramp, 1987)	Gjennomgang av alle rettspsykiatriske vurderinger av personer siktet for drap, med sammenligning av personer med og uten psykose.	263 rettspsykiatriske erklæringer fra 1959 til 1983 i København.	De fant at 23 % var psykotiske på gjerningstidspunktet. De psykotiske skilte seg ut fra de andre ved å være eldre, hadde sjeldnere stoffmisbruk og var oftere ofre innen familien.	Ikke kontrollert for andre risikofaktorer.
(Hartvig & Kjelsberg, 2009)	Gjennomgang av statistikk for døgnplasser i psykiatrien, innsatte i fengsel og kriminalstatistikken.	Norge 1930–2004.	Når døgnplasser gikk ned, gikk kriminalitet/vold og innsatte i fengslene opp. De drøfter at dette bare har en begrenset årsaks-sammenheng.	Ikke kontrollert for annet enn befolkningstall i analysene, noe de tar opp i drøftelsen.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Hayes, Nielssen, Sullivan, Large, & Bayliff, 2007)	Drøftelse av og studie om risiko for drap i tidlig utviklingsfase av psykose.	93 drap begått av 88 personer med psykotisk lidelse i perioden 1993–2002 i New South Wales.	De finner forhøyet risiko for å begå drap i tidlig utviklingsfase av psykose.	Ikke kontrollert for andre faktorer i analysene. Baserer seg delvis på egen studie og delvis på usystematisk litteraturoversikt.
(Hodgins, 1992)	Kohortstudie frem til de var 30 år gamle. Koblet informasjon om sykehusinnleggelse innen psykisk helsetjeneste og kriminalregister.	14 401 personer fra Sverige	Personer med alvorlig psykisk lidelse hadde forhøyet risiko (4 til 27 ganger så høy) i forhold til friske personer til å utøve vold. Rusmisbruk var en bidragende faktor. Personer med psykisk utviklingshemning hadde tilsvarende forhøyet risiko.	Kohortstudie med lite frafall. Kontrollert bare for et fåtall risikofaktorer (alder, foreldre mottatt sosialstønad, ruslidelse).
(Kjelsberg & Friestad, 2009)	Oppfølgingsstudie 15–33 år etter at pasienter har vært innlagt i psykisk helsetjeneste som ungdom. Koblet pasientregister mot kriminalregister.	1095 pasienter innlagt på Statens senter i Oslo i perioden 1963–1981.	Psykoaktivt rusmisbruk og dårlig impuls kontroll var prediktorer for senere vold. Atferdsproblemer i ungdomstiden var prediktor for menns, men ikke for kvinners, senere voldsbruk. Menn med/uten vold var mer forskjellig enn kvinner med/uten vold. Menn utviklet voldsbruket tidligere og hadde en lengre kriminalhistorie enn menn som ikke hadde voldsproblemer.	Longitudinelt, retrospektivt design, men med lite frafall. Refererer tilbake til syv underartikler fra studien som tar opp momenter rundt utvikling av atferdsforstyrrelser og kriminalitet.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Kolseth, 2009)	Om omorganiseringen av akuttpsykiatrien på Ullevål sykehus etter trikkedrapet.		Omorganiseringen blir beskrevet som vellykket.	
(Kramp & Gabrielsen, 2009)	Kobling av dataregistre over ulike former for kriminalitet og bruk av sykehussenger for å evaluere effekt av endrede behandlingsstrukturer på tvers av ulike distrikter.	Dataregistre i Danmark for 1980–1997	Antall alvorlig kriminalitet, og drap, økte i årene med nedgang i antall sykehussenger. Det var ikke tilsvarende sammenheng med voldshandlinger. Det var ikke sammenheng mellom antall drap og polikliniske psykiske helsetjenester.	Har kontrollert for en del faktorer.
(Laajasalo & Häkkänen, 2004)	Undersøkelse av drapspersoner tilhørende 5 diagnosegrupper med hensyn på 90 bakgrunnsfaktorer.	182 gjerningspersoner i Finland 1989–2001.	Viser at tidlig intervensjon for familier med spesifikke problemer kan være viktig. Viser også at tilpasset behandling er viktig.	Omfattende datainnsamling og analyse av mange viktige faktorer, spesielt med hensyn på forskjeller mellom diagnosegrupper med hensyn på bakgrunnsvariabler. Hadde uheldigvis ikke kontrollgruppe med personer som ikke begikk drap, og dermed begrenset mulighet til å analysere årsaker til drap.
(Laajasalo & Häkkänen, 2005)	Undersøkelse av drapspersoner med schizofreni. Sammenlignet dem som var tidlig kriminelle (før 18 år), med dem som utviklet kriminalitet senere.	109 gjerningspersoner i Finland 1983–2002.	Atferdsproblemer og kontakt med det psykiske helsevern i barndommen var mer vanlig blant dem som var tidlige kriminelle.	God beskrivelse av gjerningspersonene.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Lindqvist, 1986)	Gjennomgang av rettspsykiatriske erklæringer til gjerningspersoner som har utøvd drap.	64 drapspersoner i Nord-Sverige i perioden 1970–1981.	Bare fire hadde ikke rusmisbruk eller diagnose på psykisk lidelse. 36 hadde rusmisbruk, 10 hadde personlighetsforstyrrelser, og 34 hadde diagnose på andre psykiske lidelser.	Det er mye detaljert informasjon i artikkelen. Analysene tar ikke hensyn til flere risikofaktorer.
(Lögdberg, Nilsson, Levander, & Levander, 2004)	Analyse av levevilkår for personer med schizofreni koblet mot en undersøkelse av frykt i befolkningen for kriminalitet.	1344 personer med schizofreni i en befolkning på cirka 250 000 personer i Malmö.	Viste at personer med schizofreni oftere bodde i disorganiserte deler av byen (de områder i byen med mest kriminalitet).	Har kontrollert for noen samfunnsmessige faktorer, men ikke kontrollert for andre faktorer relatert til personene med schizofreni.
(Monahan mfl, 2001) og (MacArthur Research Network on Mental Health and the Law, 2005)	«MacArthur violence risk assessment study» analyserte hvilke risikofaktorer som predikerte vold 20 uker etter utskrivning.	1136 tidligere inneliggende pasienter i USA	Risikofaktorene var alder, kjønn, manglende arbeid, tidligere arrestasjoner, mishandlet som barn, fars rusmisbruk, alder ved fraflytting fra hjemmet, antisosial personlighetsforstyrrelse eller schizofreni, rusmisbruk, sinnekontroll, voldelige fantasier, bevissthetstap, ufrivillighet.	En mye referert studie. Har vært viktig for utvikling av verktøy for vurdering av voldsrisiko.
(Monahan mfl, 2005)	Brukte risikoverktøyet utviklet etter MacArthur-studien til å predikere vold 20 uker etter utskrivning.	157 pasienter	MacArthur Violence Risk Assessment Study, hvor de viser at de kan korrekt predikere vold for 76 % (når kun analyserer lav og høy risikogruppe), med ROC på 0.70. Det var lavere validitet enn når man utviklet verktøyet.	Middels kvalitet. Endelig utvalg var bare cirka 10 % av opprinnelige pasienter. Valgte bare ut dem med lav og høy risiko.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Munro, 2004)	Drøfter endring i UK om undersøkelser etter drap av person med psykisk lidelse.		Drøfter hvordan det kan sikres at man bruker informasjonen, ikke til å dømme helsearbeidere, men til å utvikle bedre hjelpesystemer. Det vil si hvordan undersøkelsesmetodene kan gå fra å skulle finne årsaker til drapet (feil hos helsepersonell) til å finne symptomer på feil i systemene (systemfeil).	Ikke systematisk litteraturoversikt, god drøftelse.
(Nijman, Cima, & Merckelbach, 2003)	Sammenlignet informasjon i journaler om rettspsykiatriske pasienter med psykose og pasienter uten psykose, med hensyn på voldelig atferd.	111 rettspsykiatriske pasienter med psykose og 198 pasienter uten psykose i Tyskland/Nederland.	De psykotiske hadde oftere utført voldelig handlinger. 30 % hadde drept andre, men i alle tilfellene var dette noen de kjente. De psykotiske som hadde begått drap, hadde færre tidligere arrestasjoner, senere start av kriminalitet og var sjeldnere rusavhengig enn psykotiske som ikke hadde drept noen.	Mange bivariate tester, uten kontroll av andre variabler.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Nordström, Dahlgren, & Kullgren, 2006)	Undersøkelse av drapspersoner med schizofreni med utgangspunkt i rettspsykiatriske erklæringer.	Alle (48) drapspersoner i Sverige med schizofreni mellom 1992 og 2000.	I 54 % av tilfellene var drapet koblet til vrangforestillinger eller hallusinasjoner, og oftere når offeret var familie. Ni gjerningspersoner drepte ukjente. 79 % hadde vært kjent av psykiske helsetjenester, mens 33 % hadde pågående behandling. Av de 48 % som sto på antipsykotisk medisin, var det bare to som faktisk brukte medisinen. De som hadde drept eget familiemedlem, brukte sjelden rus og var sjelden tidligere straffet for vold.	Hovedsakelig beskrivelse av gruppen. Ikke multivariate analyser der andre faktorer kontrolleres for.
(Putkonen, Collander, Honkasalo, & Lonnqvist, 1998)	Undersøkelse av rettspsykiatriske erklæringer til kvinnelige drapspersoner/drapsforsk.	132 gjerningspersoner i Finland 1982–1992.	28 % hadde psykose, 44 % alkoholisme og 72 % personlighetsforstyrrelse (med god spesifisering av type). Komorbiditet var vanlig. De fleste (61 %) hadde tidligere mottatt psykiatrisk behandling.	Detaljert informasjon om ulike personlighetsforstyrrelser. Rent beskrivende studie.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Rasmussen & Levander, 1996a, 1996b, 1996c)	Undersøkelse av personer innlagt på sikkerhetsavdeling i sykehus.	94 personer innlagt i løpet av perioden 1987–1993, hvorav 93 pasienter var innlagt under tvang.	Fant fem forskjellige typer kriminalitet/aggresjonsmønstre, hvorav ett var drapsrelatert. Fant at individuelle heller enn situasjonelle faktorer predikerte vold. Fant at høy andel av personene hadde psykopatiske trekk, også blant personer med schizofreni.	Omfattende og detaljert kartlegging, lite antall pasienter studert mens de var innlagt under tvang.
(Räsänen mfl, 1998)	Prospektiv kohortstudie til personene var 26 år.	11 017 personer i Finland.	De fant at personer med schizofreni og rusmisbruk hadde 25 ganger høyere risiko for å foreta voldelig kriminalitet enn friske. De med schizofreni uten rusmisbruk hadde bare fire ganger så stor risiko (og ikke signifikant). De med andre psykoser hadde åtte ganger så høy risiko som de friske. Ingen pasienter med schizofreni uten rusmisbruk gjentok volden, mens risikoen var større for gjentakelse når de hadde rusmisbruk.	Prospektiv og omfattende studie med lite frafall. De tar uheldigvis ikke hensyn til andre risikofaktorer i analysene.
(Rossow, 2001)	Analyse av sammenhengen mellom endring av alkoholforbruk og endring av drapsrate	14 europeiske land i perioden 1950–1995.	Viser sammenhengen mellom alkoholsalg og mordrate, spesielt i Nord-Europa, for menn og for ølsalg.	Omfattende database og analyse. Stor variasjon mellom land og over tid.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Rumgay & Munro, 2001)	Omfattende teoretisk drøftelse av hva som kan få hel-sepersonell til å virke insensitive overfor personer som trenger hjelp, og tilmed nekte dem hjelp.	Tar utgangspunkt i 40 publiserte rapporter etter drap.	Hjelpeløshet og manglende behandlingsalternativer kan være viktige faktorer.	Teoretisk drøftelse.
(Soyka, Morhart-Klute, & Schoech, 2004)	Oppfølgingsstudie av pasienter med schizofreni 7–12 år etter utskriving fra sykehus. Kobling av pasientregister og kriminalregister.	1705 pasienter i Tyskland som ble behandlet i perioden 1990–1995.	13 % hadde blitt dømt. Menn var overrepresentert. 3 % hadde blitt dømt for fysisk skade av andre. Fem personer hadde forsøkt å gjennomføre eller gjennomført mord. De konkluderer med at dette er høye voldsrater.	Detaljert informasjon om type kriminalitet utført av personer med schizofreni sammenlignet med befolkningen ellers. Har ikke kontrollert for risikofaktorer i analysene.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. Her er et utvalg av referanser fra studien: Artikler: (Appleby, 2000; Flynn mfl, 2009; Meehan mfl, 2006; Rodway mfl, 2009; Shaw, Hunt, mfl, 2006; Shaw, Hunt, mfl, 2006; Shaw mfl, 2004; Swinson & Shaw, 2007) Rapporter: (The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness, 1999, 2001, 2006, 2008a, 2008b)	Longitudinelt pågående studie. Forskningsbasert nasjonal studie av alle drap og selvdrap. Har spesielt fokus på personer med psykiske helseproblemer og sender ut spørreskjema til helsepersonell i alle saker der personer som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse begår drap eller selvdrap.	5808 drap i England/Wales i perioden 1997–2006. Også startet tilsvarende studie i Skottland. Studien er pågående, og antallet øker derfor hvert år.	Svært mange rapporter og artikler med beskrivende informasjon om drap begått av personer med psykiske helseproblemer. De har blant annet funnet at 29 % av pasienter som drepte, hadde vært hos psykisk helse-tjeneste siste uken. Ved siste kontakt var 88 % vurdert til å ha liten risiko. De har vurdert at 14 % av pasientrelaterte drap kunne vært forhindret. Disse drapene var høyt relatert til svikt i hjelpetilbudene. Deres anbefalinger er blant annet økt bruk av helse-tjenester for risiko-grupper, intensivert reaksjon når tiltak ikke fungerer, endre holdninger til muligheter for prevensjon, og etablering av ekspertise for behandling av personer med dobbeltdiagnose rus – mental lidelse.	Så lang utvalget vet, er dette den største longitudinelle studien av drap som er gjennomført. Studien er pågående. Det har hittil manglet kontrollgrupper, og de har derfor hatt problemer med å analysere årsaker til drap (vanskelig å kontrollere for bakgrunnsvariabler). De har analysert endringer i totalt antall drap og selvdrap etter at nasjonale tiltak har blitt satt inn. De baserer seg bare på informasjon fra sentralt register og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Swanson, Holzer III, Ganju, & Jono, 1990)	Analyse av sammenheng mellom ulike typer psykiske lidelser og vold i et representativt utvalg av personer fra utvalgte steder i USA.	10 059 personer, representativt utvalg av personer fra utvalgte steder i USA	De med ruslidelse hadde dobbelt så høy risiko for vold som personer med schizofreni. Multivariat analyse fant en vesentlig interaksjonseffekt mellom ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse. Risiko for vold økte med antall psykiske lidelser.	Klassisk studie av god kvalitet. Funn fra denne studien (ECA) er ofte referert i andre artikler. Ikke longitudinell. Bare selvrappotering.
(Szmukler, Thornicroft, Holloway, & Bowden, 1999)	Sammenligner endring av andel drap begått av personer med mentale helseproblemer med endring i antall sykehussenger.	Nasjonal statistikk i England i perioden 1987–1997	Fant at andel drap foretatt av personer med mentale helseproblemer var stabil på tross av senkning av antall sykehussenger i England.	En del feilkilder er drøftet i artikkelen og viser hvor vanskelig det er å komme frem til entydige svar om sammenheng sykehussenger og drap.
(Taylor & Gunn, 1999)	Sammenligner mordstatistikk med andel foretatt av personer som ble vurdert til å være psykotiske.	Drapsstatistikk i England og Wales 1957–1995.	Fant en nedgang i andel drap foretatt av personer med psykoser.	Kobling av nasjonal registerinformasjon. Bruker en juridisk definisjon av psykisk helse som kan ha forandret seg over tid. Har ikke kontrollert sammenhengen for andre faktorer, for eksempel at antall drap totalt har økt i samme periode eller befolkningsstørrelse.

Tabell 3.5 Oversikt over utvalgte enkeltstudier om sammenhenger mellom psykiske lidelser og drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Wahlund & Kristiansson, 2006)	Undersøkt retts-psykiatriske erklæringer for drapsmenn med enten autisme eller antisosial personlighetsforstyrrelse (enten impulsiv eller kontrollert).	35 drapsmenn i Sverige 1996–2001	De fant forskjeller i familiebakgrunn og drapsmetode.	Et lite antall som er analysert retrospektivt.
(Watanabe, 2005)	7 års oppfølging av personer med mentale helseproblemer som gjorde alvorlig kriminalitet (hovedsakelig voldelig), og deres risiko for gjentakelse.	1108 personer med mentale lidelser som begikk kriminalitet i 1994, fulgt opp med hensyn på gjentakelse i perioden 1995–2001 i Japan. 67 som gjentok alvorlig kriminalitet ble så sammenlignet med ikke gjentakere.	Risikofaktorer for gjentakelse av kriminalitet var stort antall tidligere kriminelle handlinger, rusmisbruk, personlighetsforstyrrelse, psykisk utviklingshemning, emosjonell forstyrrelse og mangel på fast bopel. Når kriminalitet kom før psykiske helseproblemer, var de psykiske helseproblemene oftest rusrelaterte. Når psykiske helseproblemene kom før kriminaliteten, var de psykiske helseproblemene oftest schizofreni.	Longitudinelt design hvor de kontrollerer for fem bakgrunnsfaktorer i analysene. En god studie, men med begrenset antall personer i noen av analysene.

3.2 Studier av drap i Norge

Det er i tabell 3.6 tatt inn en oversikt over enkeltstudier av drap i Norge. Selv om utvalget ikke har funnet andre studier av drap i Norge, er det mulig

at dette eksisterer. Utvalget har i sin gjennomgang ekskludert en del hovedoppgaver og mellomfagsoppgaver på temaet drap i Norge. Det henvises også til oppsummering av studier av drap i Norge i kapittel 3.

Tabell 3.6 Enkeltstudier av drap i Norge

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Bødal & Fridhov, 1995)	Rapport om personer dømt for drap eller drapsforsøk til fengsel i tre år eller mer. Også fulgt de opp etter løslatelse og sett på gjentakelsesfare. Informasjon fra strafferegister, rettsbøker, rettspsykiatriske erklæringer og fullbyrdelsesjournaler fra fengslene.	250 gjerningspersoner i perioden 1980–1989.	Inndeler de dømte i 6 grupper som skiller mellom de med mange dommer og debutanter, og som skiller i aldersgrupper og mellom kjønnene og mellom utlendinger/nordmenn. Poengterer at det var jevnt økende antall drap fra mellomkrigstiden og frem til rapportens avleggelse.	Lang og detaljert beskrivelse av alle som ble dømt. Ingen kontrollgruppe, og dermed heller ikke analyser som tar hensyn til bakgrunnsfaktorer. Lite informasjon om psykisk helse. Ekskluderte personer som ikke ble dømt til tre år eller mer i fengsel, for eksempel rene sikringsdømte.
(Christensen, 1956)	Gjennomgang av alle drap begått av menn.	124 drapsmenn i perioden 1930 – 1954.	33 var sinnssyke, 53 hadde mangelfullt utviklede eller varige svekkede sjelsevner, og 7 hadde bevissthetsforstyrrelser. 29 % var tidligere straffet, og 39 % var alkoholpåvirket. I 18 av sakene var ofre fremmede. Han konkluderte med at patologisk sjeleliv er en meget viktig faktor.	Middels kvalitet. Ingen sammenligningsgruppe. Begrenset informasjon om personenes psykiske helse.

Tabell 3.6 Enkeltstudier av drap i Norge

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Giertsen, 1988)	Gjennomgang av rettsmedisinsk sakkyndigerklæring og dom der det var forbrytelse med døden til følge	140 dødsfall på vestlandet i perioden 195–1984, hvorav 82 av utøverne ble funnet skyldige, hvorav 19 ble dømt for drap etter § 233.	Det ble funnet at 6,4 % ble ansett som sinnssyk på gjerningstidspunktet. Cirka 75 % av forøverne hadde vært påvirket av alkohol ved disse voldshandlingene. Både ved legemsfornærmelse, legemsbeskadigelse og ved drap var omtrent halvparten gjerningspersonene tidligere mottatt straffereaksjoner for vinnings- og voldsforbrytelser.	Det mangler sammenligningsgrupper. Svært lite informasjon om psykisk helse.
(Giertsen, 2000)	Omfattende kvalitativ doktoravhandling om en drapsmann som er intervjuet.	1 drapsmann	Gir gjennom detaljert beskrivelse av en drapsmann godt innsyn i hvor komplekst årsaksforhold til drap kan være.	Omfattende beskrivelse av en gjerningsperson. Ikke generaliserbare funn.

Tabell 3.6 Enkeltstudier av drap i Norge

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Statens helse-tilsyn, 2010)	Systematisert gjennomgang av alle saker der Helsetilsynet i fylkene hadde behandlet saker der personer med psykisk lidelse hadde begått drap.	22 hendelser i perioden fra 1. januar 2004 til 3. april 2009.	I fire saker der voldshandlinger og truende atferd kom frem av journalen, var det ikke gjennomført strukturerte risikovurderinger for vold, som anbefalt av Helsedirektoratet. Ingen av pasientene ble spurt av sine behandlere om de hadde tilgang til våpen eller andre farlige gjenstander. I de fleste tilfellene var behovet for samarbeid mellom fastlege, kommunale tjenester og andre tjenesteytere godt ivare tatt.	Begrenset antall saker med mulighet for skjevt utvalg. Ingen sammenligningsgruppe. Ikke mulighet for kontroll av risikofaktorer.

Tabell 3.6 Enkeltstudier av drap i Norge

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Noreik & Gravem, 1993)	Gjennomgang av rettspsykiatriske erklæringer vedrørende personer dømt for drap eller drapsforsøk. Sammenligner personer vurdert som sinnssyke mot dem som ikke ble vurdert som sinnssyke.	71 drapspersoner vurdert som sinnssyke sammenlignet med 411 ikke sinnssyke i perioden 1980–1989.	60 % av sinnssyke var schizofrene, og 17 % var paranoid psykotiske. Alkohol/rusmisbruk var lavere hos sinnssyke enn andre drapspersoner. Det var også mer drap innen familien (67 %) for sinnssyke enn andre (32 %). For de fleste var drapet psykotisk motivert. Nær 1/3 av drapsmennene fikk psykofarmakabehandling på drapstidspunktet. Hos 9 % ble behandlingen ikke gjennomført og glapp. Fire av fem sinnssyke drapsmenn ble idømt sikring, og da oftest sikring etter § 39 a-f i inntil 10 år.	Middels kvalitet. Sammenlignet på tvers av 2 grupper gjerningspersoner. Ikke kontrollert for andre risikofaktorer.

Tabell 3.6 Enkeltstudier av drap i Norge

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(<i>Rasmussen-utvalget, 1998</i>)	Rasmussenutvalgets rapport. Gjennomgang av rettspsykiatriske erklæringer for personer siktet etter straffeloven § 233 og funnet strafferettslig utilregnelige.	26 gjerningspersoner, herav 14 saker der det var dødsfall i perioden 1994–1996.	De påpekte at psykisk helsevesen kanskje ikke hadde vært flink nok til å fange opp behandlingsbehov og farlighet hos gruppen som hadde avsluttet behandlingen. Manglende registrering av pårørendes bekymringer vil kunne oppfattes som systemsvikt. De foreslo blant annet satsing på bedre kommunikasjon mellom ulike nivåer i behandlings- og omsorgsapparatet.	Kvantitativ vinklede resultater basert på lite antall saker. Ingen sammenligningsgruppe. Ikke kontroll av andre risikofaktorer.
(Rognum, 1985)	Gjennomgang av rettsmedisinske obduksjonsrapporter av drapsofre, hovedsakelig på Østlandet.	158 gjerningspersoner tilsvarende cirka halvparten av alle drap i Norge i 2 femårsperioder, 1960–64 og 1979–1983.	Konkluderer med cirka dobling av drapshyppighet, at de skjer oftere med kniv/skytevåpen, de fleste ofrene er fremdeles i familie/bekjent med offeret, fyllekrangel var vanligste årsak, nytt var andre rusrelaterte drap.	Middels kvalitet. Ingen analyse hvor bakgrunnsvariabler er tatt hensyn til. Ingen informasjon om gjerningspersonenes psykiske helse.

Tabell 3.6 Enkeltstudier av drap i Norge

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Røstad, 1982)	Gjennomgang av ankesaker behandlet av Høyesterett angående drap begått av menn.	55 ankesaker i perioden 1970–1979.	55 % av drapsmennene var tidligere straffedømt. Flere av drapsmennene hadde hatt problematisk oppvekst, en rekke av de drapsdømte hadde påvist markante avvik i karakter og følelsesliv, og en ikke ubetydelig andel hadde hatt alvorlige alkoholproblemer.	Har bare med en utvalgt gruppe av saker. Ingen sammenligningsgruppe. Ikke kontrollert for ulike risikofaktorer.

3.3 Studier av tiltak mot drap og alvorlig vold

Det finnes mye litteratur som evaluerer tiltak som er satt inn for å forebygge fremtidige voldshendelser, inklusive drap. Utvalget har blant annet gått gjennom mer enn 40 norske offentlige dokumenter som gir ulike anbefalinger om tiltak for å motvirke vold. Utvalget har også gått gjennom cirka 40 internasjonale litteraturstudier om effekten av tiltak.

Det presenteres her et utvalg av de studier som utvalget har funnet som oppsummerer kunnskap om effekten av ulike tiltak. Igjen vil utvalget minne om at litteratursøket hadde utgangspunkt i å innsamle informasjon om sammenhengen mellom psykisk lidelse og drap, og det er derfor noe tilfeldig hvilken litteratur om tiltak som er med i dette vedlegget. Det har ikke vært mulig innenfor utvalgets rammer å foreta systematiske litteratursøk for evaluering av tiltakene.

Tabell 3.7 Studier om effekten av tiltak mot drap og vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(NOU 2003:4)	Omfattende kunnskapsoppsummering om effekten av tiltak på rusmiddelfeltet.	Baserer seg hovedsakelig på to litteraturstudier, men gjorde også omfattende litteratursøk selv.	For omfattende temaer til å ha resymé her.	Systematisk litteratursøk vedrørende mange tiltak innen rusmiddelfeltet. Meget høy kvalitet i forhold til omfanget av temaer.
(Brofoss & Larsen, 2009)	Sluttrapport om evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse	20 delprosjekter, med 69 delrapporter 2001–2009 i Norge	For omfattende konklusjoner til å ha resymé av det her.	Omfattende gjennomgang hvor ulike metoder er benyttet, og svært mange vinklinger er analysert.

Tabell 3.7 Studier om effekten av tiltak mot drap og vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Brookman & Maguire, 2004)	Kunnskapsoppsummering om mulige tiltak for å senke drapsraten i Storbritannia. Har eget kapittel om alkoholrelaterte drap med forslag til tiltak. Eget kapittel om psykiske helseproblemer og drap.		Det er lite dokumentasjon på direkte årsaksforhold mellom psykiske lidelser og drap, og det er en liten andel av drapene som foretas av personer med psykiske helseproblemer. Størst risikofaktor er personlighetsforstyrrelse og rus. Anbefalinger går blant annet ut på sikring av informasjonsflyten, trening av spesialister og sikring av at pasienter tar anbefalt medisin. Det er også lister med anbefalinger av fremtidig forskning.	Omfattende, men noe usystematisk gjennomgang, men tar opp mange temaer.
(Center for substance abuse treatment, 2005)	Omfattende veileder om rusbehandling av innsatte i USA.			Meget omfattende veileder med mye dokumentasjon.
(Chan mfl, 2004)	Omfattende review og metaanalyse fra USA om vold hos ungdom. Ser både på årsaker til vold, samvariasjon mellom årsaksfaktorer, effektivitet av intervensjoner på vold og andre faktorer, og hvilken forskning bør prioriteres fremover.	265 artikler	De fant bare kjønn (gutter) å være en fast risikofaktor for vold. De fant ikke forskjeller mellom ulike intervensjoner. De etterlyser mer metodiske forskningsprogrammer og samarbeid mellom forskningsmiljøer.	Veldig omfattende og god kvalitet på metodikk og analyser. Godt funderte konklusjoner.

Tabell 3.7 Studier om effekten av tiltak mot drap og vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Cherniak, Grant, Mason, Moore, & Pellizzari, 2005)	Veileder om vold i nære relasjoner i Canada. Det er en kombinasjon av kunnskapsoppsummering og veileder.		Veilederen gir en god oppsummering både av prevalens, konsekvenser og effekter av tiltak vedrørende vold mot kvinner i nære relasjoner. Den gir klare anbefalinger på ulike nivåer, klinisk og systemisk.	Ikke systematisk gjennomgang av litteraturen, men gir en god oversikt over temaet med mange referanser.
(Finkelhor & Jones, 2006)	Kunnskapsoppsummering om mulige årsaker til en nedgang i barnemishandling (og mord av barn) fra 1992 til 2004 i USA.		Han konkluderer spesielt med at økonomisk fremgang, sosiale hjelpetiltak og medisinsk behandling har vært viktige faktorer.	En god og omfattende (32 sider) gjennomgang av en anerkjent forfatter.
(Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007)	Omfattende metaanalyse (Campbell systematic reviews) for vurdering av kognitive atferdsterapeutiske programmers effektivitet på kriminelle.	58 studier	Konkluderer med at slike programmer senker gjentakelsesrisikoen for tidligere kriminelle, fra 40 % til 30 % gjentakelsesrisiko i gjennomsnitt. Størst effekt var det for grupper med høy gjentakelsesrisiko, der behandlingsprogrammet ble godt implementert og behandlingen inkluderte sinnekontroll og interpersonlige problemløsningsmetoder.	Høy kvalitet på studien.

Tabell 3.7 Studier om effekten av tiltak mot drap og vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Mazerolle, Soole, & Rombouts, 2007)	Omfattende metaanalyse (Campbell systematic reviews) av ulike metoder fra politiet i forhold til rus.	14 studier	De konkluderer med følgende rekkefølge i effektivitet: 1) Tverretatlige problemfokuserende tiltak. 2) Generelle tiltak (community policing, som for eksempel generelt tverrfaglig samarbeid i lokalsamfunnet). 3) Tiltak rettet mot hotspots. 4) Standard polititiltak som patruljering og uttrykning som ikke er geografisk fokusert.	Høy kvalitet, men få studier på så komplekse problemstillinger.
(Milton mfl, 2006)	Forslag til tiltak i Sverige for å bedre psykiske helsetjenester etter drap på blant annet Anna Lindh.		Etter mange delutredninger kom denne SOU-en med mange forslag, blant annet til lovendringer. Har mange likhetstrekk med målsetningen til Olsenuutvalget.	Baserer seg på mange delutredninger med varierende kvalitet.
(Mitchell, Wilson, & MacKenzie, 2006)	Omfattende metaanalyse (Campbell systematic reviews) av effekt av tvangsbehandling av rusproblemer på kriminell atferd.	53 studier	Boot camps og tvangsinnleggelser hadde liten effekt. Gruppebaserte behandlingstilbud var mest effektivt, spesielt i kombinasjon med standard oppfølging etter utskriving. Samtaleprogrammer var effektive i forhold til å forhindre gjentakelse av kriminalitet, men ikke i forhold til rusmisbruk.	Høy kvalitet.

Tabell 3.7 Studier om effekten av tiltak mot drap og vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Petrosino, Turpin-Petrosino, & Buehler, 2003)	Metaanalyse (Campbell systematic reviews) for vurdering av «scared straight»-programmets effekt på ungdommers atferdsproblemer.	9 studier	De konkluderer med at slike programmer er mer skadelige enn nyttige.	Høy kvalitet.
(Piquero, Farrington, Welsh, Tremblay, & Jennings, 2008)	Omfattende metaanalyse (Campbell systematic reviews) for vurdering av familie-/foreldretreningsprogrammets effekt på antisosial atferd på små barn.	55 studier	Programmene viste seg effektive i forhold til å redusere barns atferdsproblemer, og effektene var robuste på tvers av kontekst, tidsperiode osv. Det var også indikasjoner på at effektene vedvarer inn i ungdomsalder og voksenalder, men mer forskning trengs om dette.	Høy kvalitet.
(Swartz, Steadman, & Monahan, 2009)	Stor rapport fra New York hvor de evaluerer tvungen «community based» behandling for voldelige personer med psykiske helseproblemer.	Multimetode, med ulike respondenter, inklusive svar vedrørende 5634 personer som mottok slik behandling.	De konkluderer med at tvangen (domstolsbestemt behandling) ikke hadde negative konsekvenser (sett fra for eksempel pasientenes side), og viste god effekt når behandlingen var langsiktig i forhold til frivillige programmer, for eksempel på risiko for å bli arrestert.	Omfattende evaluering av slik behandling. Ulike metoder er benyttet. Det vil si at det både gis oversiktlig og generaliserbar informasjon, og dybdeinformasjon som kan gi en bedre forståelse av problemstillingene.

Tabell 3.7 Studier om effekten av tiltak mot drap og vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Tolan, Henry, Schoeny, & Bass, 2008)	Omfattende metaanalyse (Campbell systematic reviews) for vurdering av mentoring-programmers effektivitet i forhold til ungdommers atferdsproblemer og tilhørende problemer. Mentoring betyr samhandling mellom 2 personer med ulik makt/betydning der den ene kan lære av den andre, men hvor samhandlingen ikke er definert som behandling eller lignende.	39 studier	De konkluderte med at mentoring har effekt både på atferdsproblemer, aggresjon, rusmisbruk og skolefungering. Det var størst effekt når mentoren var motivert av profesjonell utvikling, og der relasjonen innebar en emosjonell støtte for mottaker.	Høy kvalitet.
(Wilkinson & Pickett, 2006, 2007)	Systematisk litteraturoversikt og kunnskapsoppsummering om sammenhengen mellom inntektsfordeling og sosiale/helsemessige problemer.	155 studier, inklusive 25 studier av drap, og kunnskapsoppsummering	De fant at land med små forskjeller også har mindre problemer innen områder som helse, sosiale vilkår, rasisme osv. 24 studier viste tilsvarende sammenheng mellom risiko for drap og økonomiske forskjeller, mens en studie ikke viste slik sammenheng.	Omfattende litteraturgjennomgang, med blant annet fokus på antall drap.

Tabell 3.7 Studier om effekten av tiltak mot drap og vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Wilson & Lipsey, 2006)	Omfattende metaanalyse (Campbell systematic reviews) av effekten av skolebaserte intervensjonsprogrammer, som baserer seg på sosial informasjon prosess, på aggressiv atferd.	73 studier	Programmene viste en liten, men positiv effekt. Effekten ville i gjennomsnitt for eksempel senke andel elever som har vært i slåsskamp fra 15 % til 8 %. Tiltak med stor intensivitet, som var relatert til forskning, og som ikke hadde store implementeringsproblemer fungerte best.	Høy kvalitet.

3.4 Andre studier

I forbindelse med litteratursøket kom det frem litteratur på områder som har vært viktige i utvalgets arbeid, men som ikke naturlig hører med i oversiktene ovenfor. Informasjon om slik litteratur er inkludert her. Litteratur om temaer som er omtalt i

egne kapitler, er i liten grad tatt med her, fordi litteraturen beskrives mer omfattende i de spesifikke kapitlene. Dette gjelder temaene rus (kapittel 7 og vedlegg 4 og 5), risikovurderinger (kapittel 9), individuell plan (kapittel 13) og flyktninger/mottak (kapittel 14).

Tabell 3.8 Andre studier som omhandler drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier, personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Aitken, Oosthuizen, Emsley, & Seedat, 2008)	Kunnskapsoppsummering om massedrap.		Det er tilnærmet umulig å predikere hvem som blir masse-morder. Massemediene fokuserer mer på psykisk helse og psykose enn forskningen tilsier at det er grunnlag for.	Usystematisk kunnskapsoppsummering, men med dokumenterte konklusjoner.

Tabell 3.8 Andre studier som omhandler drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier, personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Bjørkly & Waage, 2005)	Systematisk litteraturoversikt om personer som dreper igjen etter løslatelse for drap.	11 studier	Personlighetsforstyrrelser og rusavhengighet var mest vanlige diagnoser. Mer forskning må til for å kunne skille dem som gjentar drap fra andre som ikke gjør det.	Systematisk gjennomgang av den noe manglende forskningslitteraturen på området.
(Crespi & Rigazio-DiGilio, 1996)	Litteraturgjennomgang om drap begått av ungdommer, og deres familieforhold		Svært lite forskning foretatt om sammenhengen mellom familiefaktorer og drap begått av ungdom.	Usystematisk litteraturoversikt.
(Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz, & Bolduc, 1998)	Longitudinell studie over 30 måneder om risikofaktorer for vold i nettverket til personer med schizofreni.	169 pasienter med schizofreni i North Carolina 1986–1988.	Så at mødre som lever med voksne barn med schizofreni kombinert med rusmisbruk, hadde størst risiko for å oppleve vold. Risikofaktorer var å være nær familiemedlem, mer tid i samme hjem, og om pasienten var økonomisk avhengig av familien. De som hadde mest kontakt med hjelpeapparatet, hadde minst risiko for å utøve vold mot familiemedlemmer.	Multivariat analyse der flere faktorer er tatt hensyn til. Hadde ikke kontrollgruppe, og kan dermed ikke si om tilsvarende gjelder også personer som ikke har schizofreni.

Tabell 3.8 Andre studier som omhandler drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier, personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Francis & Soothill, 2000)	Oppfølgingsstudie 21 år etter av personer dømt for seksualforbrytelser.	7442 personer dømt for seksuell forbrytelse i 1973 i England/Wales.	19 av personene var blitt dømt for drap 21 år senere. Dette tilsvarer 1:400 mens det var 1:3000 av den generelle mannlige befolkningen som var dømt for drap i samme perioden. Det var ikke forskjell mellom pedofile og andre utøvere.	Ikke kontrollert for flere bakgrunnsvariabler samtidig. Ingen direkte kontrollgruppe, og derfor ikke kontrollert for alternative årsaksforklaringer.
(Friedman & Resnick, 2007)	Litteraturoversikt over temaet drap på egne barn foretatt av mødre.	43 studier	Foreslår klinisk vurdering av risiko tilsvarende det som gjøres av suicidalitetsvurderinger, men rettet direkte mot risikofaktorer for drap av sine barn.	Kort, ikke systematisk, men likevel omfattende litteraturoversikt.
(Goedhard mfl, 2006)	Systematisk litteraturoversikt over medisinsk behandling i forhold til aggressiv atferd hos voksne.	35 randomiserte kontrollerte studier	Svak effekt av antipsykotiske, antidepressive, anticonvulsants, og Beta-adrenergic-blokkere ble funnet. Atypiske antipsykotiske virket bedre enn typiske antipsykotiske. Grunnet store forskjeller i forskningsmetode er det vanskelig å sammenligne de ulike studiene.	Meget systematisk og oversiktlig studie.
(Harris, Hilton, Rice, & Eke, 2007)	Registerdata analysert med hensyn på saker der foreldre eller steforeldre har drept barn.	378 drap i Canada	Fant kjønnsforskjeller. Viser at teori om biologisk seleksjon og foreldres investering i barn kan stemme.	Begrenset hvilke andre faktorer de kunne kontrollere for.

Tabell 3.8 Andre studier som omhandler drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier, personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Healy, Herxheimer, & Menkes, 2006)	Systematisk litteraturoversikt som studerer om anti-depressive medisiner kan gi økt risiko for aggresjon.	Baserer seg på komplett litteraturoversikt over randomiserte kontrollerte studier mottatt fra firmaene som produserer medisinene.	Fant at det er mulig at antidepressiva kan øke risikoen for vold for noen undergrupper. Drøfter funnene opp mot rettslige konsekvenser	Noe usikkert hvordan uttak av studier er gjort.
(Hillbrand & Cipriano, 2007; Hillbrand, Alexandre, Young, & Spitz, 1999)	To usystematiske litteraturoversikter om drap på sine egne foreldre.		Cirka 2 % av drap er på egne foreldre. Gjerningspersonene kan muligens deles inn i to hovedgrupper. 1) Personer med psykisk lidelse eller antisosial ungdom som drepte mishandlende foreldre. 2) Voksne med alvorlig psykisk lidelse som drepte sine foreldre. De fant lite forskning på slike drap. Foreslår ulike forskningsmetoder og forskningsspørsmål.	Usystematisk gjennomgang av litteraturen.
(Holcomb, 2000)	Systematisk litteraturoversikt om drap på sin mor.	25 casebeskrivelser og 10 beskrivende studier.	Det er få/ingen omfattende studier på temaet.	God gjennomgang av epidemiologi. Noe teorigjennomgang.
(James mfl, 2007)	Gjennomgang av alle tilfeller av angrep på politikere i Europa i en periode.	24 angrep, hvorav 5 drap, i Europa 1990–2004.	De fleste gjerningspersonene hadde psykiske lidelser og ga varsel om hva de skulle gjøre.	Meget omfattende og detaljert gjennomgang. Grunnet lite antall er det usikkert om mulighet for generalisering av funnene og ikke mulighet for kontroll av andre faktorer, er artikkelens konklusjoner hovedsakelig beskrivende.

Tabell 3.8 Andre studier som omhandler drap/vold

Forfatter/referanse	Beskrivelse av studien	Antall studier, personer	Resultater/konklusjoner	Kommentarer vedrørende kvalitet
(Meloy, 2003)	Kort systematisk oversiktsartikkel om sammenhengen mellom stalking og vold.	7 studier	Viser at stalking ofte har voldelig utfall, fra 27 % til 76 % av tilfellene. Ved stalking av tidligere partner er det fra 55 % til 89 % som ender i voldelig angrep.	En kort artikkel hvor det ikke kommer klart frem hvordan man har funnet eller vurdert studiene.
(Stroud & Pritchard, 2001)	Litteraturoversikt om barnedrap.		Konkluderer med at barnedrap skjer hovedsakelig i familier. To grupper med risiko når det gjelder personer med psykiske lidelser: akutt mental sykdom eller psykopati, alternativt interaksjon mellom personlighetsforstyrrelse, depresjon og psykososialt stress.	God, men usystematisk litteraturoversikt. Det har imidlertid kommet enkeltstudier de senere årene som utfyller temaet.

4 Referanser

- Aitken, L., Oosthuizen, P., Emsley, R., & Seedat, S. (2008). Mass murders: Implications for mental health professionals. *Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 261–269.
doi:http://dx.doi.org/10.2190/PM.38.3.c
- Andreasson, S., Holder, H. D., Norström, T., Österberg, E., & Rossow, I. (2006). Estimates of harm associated with changes in Swedish alcohol policy: results from past and present estimates. *Addiction*, 101(8), 1096–1105.
doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01485.x
- Appleby, L. (2000). Safer services: conclusions from the report of the National Confidential Inquiry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(1), 5–15.
- Asnis, G. M., Kaplan, M. L., Hundorfean, G., & Saeed, W. (1997). Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 405–424.

- Bjorkly, S. (2002a). Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 605–615.
- Bjorkly, S. (2006). Empirical evidence of a relationship between insight and risk of violence in the mentally ill – A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 11(4), 414–423.
- Bjorkly, S., & Waage, L. (2005). Killing Again: A Review of Research on Recidivistic Single-Victim Homicide. *Journal of Forensic Mental Health*, 4(1), 99–106.
- Bjorkly, S. (2002b). Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 1. Delusions. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 617–631.
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 494–500.

- Brofoss, K. E., & Larsen, F. (2009). *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009)*. Oslo: Forskningsrådet. Hentet fra <http://www.fylkesmannen.no/hoved.aspx?m=144&amid=2733249>
- Brooke, D. (2000). Epidemiology and comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, 13(6), 553–556. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00001504-200011000-00014>
- Brookman, F., & Maguire, M. (2004). Reducing homicide: a review of the possibilities. *Crime, law and social change*, 42(4–5), 325–403.
- Bødal, K., & Fridhov, I. M. (1995). *Det gjelder drap: En rapport om 250 personer dømt for drap eller drapsforsøk i perioden 1980–1989*. (Rapport nr 2). Dokumentasjon & Debatt. Kriminalomsorgens utdanningssenter.
- Center for substance abuse treatment. (2005). Substance abuse treatment for adults in the criminal justice system. *SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols*, (44).
- Chan, L., Kipke, M. D., Schneir, A., Iverson, E., Warf, C., Limbos, M. A., & Shekelle, P. (2004). Preventing violence and related health-risking social behaviors in adolescents. *AHRQ Evidence reports and summaries*, (107).
- Cherniak, D., Grant, L., Mason, R., Moore, B., & Pellizzari, R. (2005). Intimate partner violence consensus statement. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 27(4), 365.
- Christensen, R. (1956). Norske drapsmenn 1930–1954. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 285–318.
- Crespi, T., & Rigazio-DiGilio, S. (1996). Adolescent homicide and family pathology: Implications for research and treatment with adolescents. *Adolescence*, 31(122), 353–367.
- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152–161.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497–501.
- Estroff, S. E., Swanson, J. W., Lachicotte, W. S., Swartz, M., & Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(13), 95–101.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550. doi:10.1016/S0140-6736(02)07740-1
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 301(19), 2019–2023.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000120. doi:10.1371/journal.pmed.1000120
- Finkelhor, D., & Jones, L. (2006). Why have child maltreatment and child victimization declined?. *Journal of social issues*, 62(4), 685–716.
- Flynn, S., Swinson, N., While, D., Hunt, I., Roscoe, A., Rodway, C., Windfuhr, K., mfl. (2009). Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *Journal of forensic psychiatry and psychology*, 20(2), 306–321. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14789940802364369>
- Fountoulakis, K. N., Leucht, S., & Kaprinis, G. S. (2008). Personality disorders and violence. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 84–92. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f31137>
- Francis, B., & Soothill, K. (2000). Does sex offending lead to homicide?. *Journal of forensic psychiatry*, 11(1), 49–61.
- Friedman, S. H., & Resnick, P. J. (2007). Child murder by mothers: Patterns and prevention. *World Psychiatry*, 6(3), 137–141.
- Giertsen, H. (2000). *K og måter å forstå drap på*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Giertsen, J. C. (1988). Forbrytelser med døden til følge på vestlandet 1950–1984. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 84–122.
- Goedhard, L. E., Stolker, J. J., Heerdink, E. R., Nijman, H. L. I., Olivier, B., & Egberts, T. C. G. (2006). Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1013–1024.
- Gottlieb, P., Gabrielsen, G., & Kramp, P. (1987). Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 285–292.
- Grann, M., Långström, N., Yourstone, J., Freij, I., Kullgren, G., Forsman, A., Silfverhielm, H., mfl. (2006). *SBU-rapport. Riskbedömning inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas? En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport).

- Harris, G. T., Hilton, N. Z., Rice, M. E., & Eke, A. W. (2007). Children killed by genetic parents versus stepparents. *Evolution and human behavior*, 28(2), 85–95.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2006.08.001
- Hartvig, P. (2007). *AD/HD og kriminalitet: differensialdiagnostiske og terapeutisk/profylaktiske aspekter: En litteraturstudie* (Prosjektrapport nr 1). Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør.
- Hartvig, P., & Kjelsberg, E. (2009). Penrose's law revisited: the relationship between mental institution beds, prison population and crime rate. *Journal of Psychiatry*, 63(1), 51–6.
- Hayes, R., Nielssen, O., Sullivan, D., Large, M., & Bayliff, K. (2007). Evidence-based mental health law: The case for legislative change to allow earlier intervention in psychotic illness. *Psychiatry, Psychology and Law*, 14(1), 35–44.
doi:http://dx.doi.org/10.1375/pplt.14.1.35
- Healy, D., Herxheimer, A., & Menkes, D. B. (2006). Antidepressants and violence: Problems at the interface of medicine and law. *PLoS Medicine*, 3(9), 1478–1487.
doi:http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030372
- Hiday, V. A. (2006). Putting community risk in perspective: a look at correlations, causes and controls. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(4), 316–331.
- Hillbrand, M., Alexandre, J., Young, J., & Spitz, R. (1999). Parricides: Characteristics of offenders and victims, legal factors, and treatment issues. *Aggression and Violent Behavior*, 4(2), 179–190.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00056-6
- Hillbrand, M., & Cipriano, T. (2007). Commentary: Parricides – Unanswered questions, methodological obstacles, and legal considerations. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(3), 313–316.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49(6), 476–83.
- Holcomb, W. R. (2000). Matricide: primal aggression in search of self-affirmation. *Psychiatry*, 63(3), 264–87.
- Innst. til det kgl. Sosial- og helsedepartement fra Rasmussen-utvalget (1998). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- James, D. V., Mullen, P. E., Meloy, J. R., Pathe, M. T., Farnham, F. R., Preston, L., & Darnley, B. (2007). The role of mental disorder in attacks on European politicians 1990–2004. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 334–44.
- Joyal, C. C., Dubreucq, J., Gendron, C., & Millaud, F. (2007). Major mental disorders and violence: a critical update. *Current Psychiatry Reviews*, 3(1), 33–50.
doi:http://dx.doi.org/10.2174/157340007779815628
- Kjelsberg, E., & Friestad, C. (2009). Exploring gender issues in the development from conduct disorder in adolescence to criminal behaviour in adulthood. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 18–22.
doi:10.1016/j.ijlp.2008.11.004
- Kolseth, A. (2009). Mentalisering i en kriserammet organisasjon – omorganisering etter «Trikke-drapet». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 569–575.
- Kramp, P., & Gabrielsen, G. (2009). The organization of the psychiatric service and criminality committed by mentally ill. *European Psychiatry*, 24(6), 401–411.
- Large, M., & Nielssen, O. (2008). Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment.[erratum appears in Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 43(1):44]. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 37–44.
- Large, M., Smith, G., & Nielssen, O. (2009). The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 112(1–3), 123–129.
- Leach, A., Hardy, D., & Dinwiddie, S. (1998). Management of forensic patients with addictive disorders. *Psychiatric Annals*, 28(12), 709–713.
- Lindqvist, P. (1986). Criminal homicide in Northern Sweden 1970–1981: Alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8(1), 19–37.
doi:10.1016/0160-2527(86)90081-6
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders. *Campbell Systematic Reviews*, 6.
- Lögberg, B., Nilsson, L., Levander, M. T., & Levander, S. (2004). Schizophrenia, neighbourhood, and crime. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(2), 92–97.

- Laajasalo, T., & Häkkänen, H. (2004). Background characteristics of mentally ill homicide offenders – a comparison of five diagnostic groups. *Journal of forensic psychiatry and psychology*, 15(3), 451–474.
- Laajasalo, T., & Häkkänen, H. (2005). Offence and offender characteristics among two groups of Finnish homicide offenders with schizophrenia: comparison of early- and late-start offenders. *Journal of forensic psychiatry and psychology*, 16(1), 41–59.
- MacArthur Research Network on Mental Health and the Law. (2005). MacArthur violence risk assessment study. Hentet August 23, 2009, fra <http://www.macarthur.virginia.edu/risk.html>
- Mazerolle, L., Soole, D. W., & Rombouts, S. (2007). Street-level drug law enforcement: a meta-analytic review. *Campbell Systematic Reviews*, (2).
- Meehan, J., Flynn, S., Hunt, I. M., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Amos, T., mfl. (2006). Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatric Services*, 57(11), 1648.
- Meloy, J. (2003). When stalkers become violent: The threat to public figures and private lives. *Psychiatric Annals*, 33(10), 659–665.
- Milton, A., Wieselgren, I., Holmberg, G., Printz, A., Tjernberg, A., Delisle, K., Evelius, K., mfl. (2006). *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. Betänkanda från Nationell psykiatrisamordning. SOU 2006:91*. Stockholm: Fritzes.
- Mitchell, O., Wilson, D. B., & MacKenzie, D. L. (2006). The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior. *Campbell Systematic Reviews*, (11).
- Monahan, J., Steadman, H. J., Robbins, P. C., Appelbaum, P., Banks, S., Grisso, T., Heilbrun, K., mfl. (2005). An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatric Services*, 56(7), 810.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., mfl. (2001). *Rethinking risk assessment. The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University Press.
- Moskowitz, A. K. (2004). Dissociative pathways to homicide: Clinical and forensic implications. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5(3), 5–32. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J229v05n03_02
- Munro, E. (2004). Mental health tragedies: investigating beyond human error. *Journal of forensic psychiatry and psychology*, 15(3), 475–493.
- Newman, S., & Ghaziuddin, M. (2008). Violent Crime in Asperger Syndrome: The Role of Psychiatric Comorbidity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1848–1852.
- Nielssen, O., Bourget, D., Laajasalo, T., Liem, M., Labelle, A., Häkkänen-Nyholm, H., Koenraadt, F., mfl. (2009). Homicide of strangers by people with psychotic illness. *Schizophrenia Bulletin*. doi:[doi:10.1093/schbul/sbpl12](https://doi.org/10.1093/schbul/sbpl12)
- Nijman, H., Cima, M., & Merckelbach, H. (2003). Nature and antecedents of psychotic patients' crimes. *Journal of forensic psychiatry and psychology*, 14(3), 542–553.
- Nordström, A., Dahlgren, L., & Kullgren, G. (2006). Victim relations and factors triggering homicides committed by offenders with schizophrenia. *Journal of forensic psychiatry and psychology*, 17(2), 192–203. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14789940600631522>
- Noreik, K., & Gravem, A. (1993). Drap og sinnssykdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 113(14), 1736–1738.
- NOU 2003:4 *Forskning på rusmiddelfeltet: En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.* Oslo: Sosialdepartementet.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Buehler, J. (2003). Scared Straight and Other Juvenile Awareness Programs for Preventing Juvenile Delinquency: A Systematic Review of the Randomized Experimental Evidence. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 589(1), 41–62. doi:[doi:10.1177/0002716203254693](https://doi.org/10.1177/0002716203254693)
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Welsh, B. C., Tremblay, R., & Jennings, W. G. (2008). Effects of Early family/parent training programs on antisocial behavior & delinquency. *Campbell Systematic Reviews*, (11).
- Putkonen, H., Collander, J., Honkasalo, M., & Lonnqvist, J. (1998). Finnish female homicide offenders 1982–92. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 9(3), 672–684.
- Rasmussen, K., & Levander, S. (1996a). Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 27–37. doi:[doi:10.1016/0160-2527\(95\)00018-6](https://doi.org/10.1016/0160-2527(95)00018-6)
- Rasmussen, K., & Levander, S. (1996b). Crime and Violence among Psychiatric Patients in a Maximum Security Psychiatric Hospital. *Criminal Justice and Behavior*, 23(3), 455–471. doi:[doi:10.1177/0093854896023003003](https://doi.org/10.1177/0093854896023003003)

- Rasmussen, K., & Levander, S. (1996c). Individual Rather Than Situational Characteristics Predict Violence in a Maximum Security Hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(3), 376–390. doi:10.1177/088626096011003005
- Rasmussen, K., & Levander, S. (2002). Schizofreni og vold. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 2303–2305.
- Rodway, C., Flynn, S., Swinson, N., Roscoe, A., Hunt, I., Windfuhr, K., Kapur, N., mfl. (2009). Methods of homicide in England and Wales: a comparison by diagnostic group. *Journal of forensic psychiatry and psychology*, 20(2), 286–305. doi:http://dx.doi.org/10.1080/14789940802360870
- Rognum, T. O. (1985). Drapsutviklingen i Norge 1960–1983. Belyst ved et rettsmedisinsk obduksjonsmateriale. *Lov og Rett*, (2).
- Rossow, I. (2001). Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction*, 96(1s1), 77–92. doi:10.1046/j.1360-0443.96.1s1.7.x
- Rumgay, J., & Munro, E. (2001). The lion's dens: Professional defences in the treatment of dangerous patients. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 12(2), 357–378. doi:http://dx.doi.org/10.1080/09585180110056786
- Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J., & Moring, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 437–441.
- Røstad, H. (1982). Drapsforbrytelsen og nyere norsk rettspraksis. I *Lov og frihet: Festskrift til Johs. Andenæs på 70-årsdagen, 7. september 1982*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Shaw, J., Amos, T., Hunt, I. M., Flynn, S., Turnbull, P., & Kapur, N. (2004). Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ*, 328, 734–737.
- Shaw, J., Hunt, I. M., mfl. (2006). Rates of mental disorder in people convicted of homicide: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 188(Feb), 143–147. doi:http://dx.doi.org/10.1192/bjp.188.2.143
- Shaw, J., Hunt, I., mfl. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction*, 101(8), 1117–1124. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01483.x
- Soyka, M., Morhart-Klute, V., & Schoech, H. (2004). Delinquency and criminal offenses in former schizophrenic inpatients 7–12 years following discharge. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(5), 289–294. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00406-004-0495-0
- Statens helsetilsyn. (2010). *Tilsynsmelding 2009*. Oslo: Statens helsetilsyn. Hentet fra <http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2009.pdf>
- Stroud, J., & Pritchard, C. (2001). Child homicide, psychiatric disorder and dangerousness: A review and an empirical approach. *British Journal of Social Work*, 31(2), 249–269. doi:http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/31.2.249
- Swanson, J. W., Holzer III, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7), 761–770.
- Swartz, M. S., Steadman, H. J., & Monahan, J. (2009). *New York state assisted outpatient treatment evaluation*. Durham, NC: Duke University School of Medicine.
- Swinson, N., & Shaw, J. (2007). Homicides and mental disorders: The National Confidential Inquiry. *Psychiatry*, 6(11), 452–454. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.09.001
- Szmukler, G., Thornicroft, G., Holloway, F., & Bowden, P. (1999). Homicides and community care: the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 174(6), 564–565.
- Taylor, P. J., & Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *Journal of Psychiatry*, 9–14.
- The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. (1999). *Safer services*. Manchester: The University of Manchester.
- The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. (2001). *Safety first*. Manchester: The University of Manchester.
- The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. (2006). *Avoidable deaths*. Manchester: The University of Manchester.
- The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. (2008a). *Lessons for mental health care in Scotland*. Manchester: The University of Manchester.

- The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. (2008b). *Independent homicide investigations*. Manchester: The University of Manchester.
- Tiihonen, J. (1995). Quantitative risk assessment of homicidal behaviour. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 6(3), 477–485.
- Tolan, P., Henry, D., Schoeny, M., & Bass, A. (2008). Mentoring interventions to affect juvenile delinquency and associated problems. *Campbell Systematic Reviews*, (16).
- Valenca, A. M., & De Moraes, T. M. (2006). Relationship between homicide and mental disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(Suppl. II), 62–68.
- Wahlund, K., & Kristiansson, M. (2006). Offender Characteristics in Lethal Violence with Special Reference to Antisocial and Autistic Personality Traits. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(8), 1081–1091.
- Watanabe, H. (2005). Seven-year follow-up survey on 1,108 mentally disordered offenders in 1994 – Analysis of recidivism using the classification tree approach and multilateral criminological analysis of 67 serious reoffenders. *Acta Criminologiae et Medicinae Legalis Japonica*, 71(5), 133–163.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768–1784. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.036
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2007). The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Social science & medicine*, 65(9), 1965–1978. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.041
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2006). The effects of school-based social information processing interventions on aggressive behavior, Part I: Universal programs. *Campbell Systematic Reviews*, (5).
- Woodward, M., Nursten, J., Williams, P., & Badger, D. (2000). Mental disorder and homicide: A review of epidemiological research. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(3), 171–189.
-

Vedlegg 4

Rusmidler: Biologisk grunnlag for aggresjon og vold

1 Generelt

I vår oversikt har vi basert oss på den faglitteratur som vi har hatt tilgjengelig. Faglitteraturen er ikke fremkommet gjennom systematiske litteratursøk, men har blitt kjent gjennom de senere år, ofte i forbindelse med enkeltsaker der vi har vært sakkynndige for rettsvesenet. Den aktuelle faglitteraturen omtaler effektene av enkeltinntak av rusmidler, i noen tilfeller etter flere gjentatte enkeltinntak. I tillegg er det vist at cannabis, sentralstimulerende rusmidler, hallusinogener og fensyklinid (PCP) kan føre til at det oppstår psykotiske symptomer i forbindelse med enkeltinntak eller bruk over noen dager. Inntak av slike stoffer hos personer med en annen psykisk lidelse er vist i større grad å lede til psykotiske symptomer.¹ I tilknytning til slike akutte rusmiddelutløste psykoser vil det lettere kunne oppstå aggresjon og vold. Vi tar ikke denne tematikken med i denne gjennomgang. For mer informasjon om rusutløste psykoser, se kapitlene 7.5.4 og 7.6.3.

Rus er hovedsakelig knyttet til vold på andre måter enn gjennom reaksjoner knyttet til psykose. Det er denne litteraturen vi har gjennomgått nedenfor, og vi har fokusert på resultater fra kontrollerte undersøkelser.² Rusmidler kan lede til vold som følge av endringer som inntreffer i hjernen under rus, ved abstinens etter langvarig rusmiddelbruk eller som en konsekvens av skader påført sentralnervesystemet gjennom langvarig rusmiddelbruk. Vi har vektlagt reaksjoner som skjer under rusmiddelpåvirkning etter enkeltinntak. Det er også her vi finner de best kontrollerte undersøkelsene. I slike studier måles sjelden vold i form av fysisk handling, men målene kan være økt impulsivitet (som ofte er en forutsetning for voldshandlinger), økt aggresjon (uten voldsutøvelse) og i noen tilfeller en viss voldsutøvelse. I denne oppsummeringen har vi bare tatt med studier som direkte har en mål for aggresjon og ikke dem som måler impulsivitet. Det kan i denne forbindelse være relevant å bruke den definisjon av aggresjon som Hoaken har

benyttet: «Aggression is any form of behaviour directed toward the goal of harming or injuring another living being who is motivated to avoid such treatment.»³

Før vi går inn på virkningene av enkeltstoffene, har vi gjennomgått en del nevrofarmakologiske virkninger som de fleste rusmidler har felles med hensyn til hvordan disse kan være knyttet til vold. Deretter gjennomgår vi virkningene av de enkelte rusmidlene.

Vi har ikke gått nærmere inn på virkningene av androgene anabole steroider (AAS), fordi AAS ikke har noen rusvirkning, og fordi det nylig har vært foretatt en systematisk kunnskapsoppsummering om AAS der det ikke ble funnet holdepunkter for at AAS brukt i terapeutiske eller høyere doser medførte økt aggresjon.⁴ Hvorvidt ekstremt høye doser medførte økt aggresjon og risiko for vold, ga den foreliggende litteratur ikke grunnlag for å vurdere.

Vi har ikke tatt med undersøkelser som har studert rusmidlers virkning med hensyn til såkalt «risk taking», fordi dette fenomen nødvendigvis ikke er knyttet til aggresjon, men måler individets villighet til å utsette primært seg selv og ikke andre for risiko.

2 Rusmidlenes fellesvirkninger i relasjon til aggresjon og vold

Alle rusmidler har det til felles at de øker frigjøringen av signalmolekylet (transmittersubstansen) dopamin i visse deler av hjernen, særlig i området Nucleus Accumbens i hjernens mesolimbiske system. Dette skjer først og fremst når rusmiddelinn-taket skjer raskt. Nucleus Accumbens er forbundet med en rekke andre hjerneområder og vil påvirke aktiviteten i dem. Felles for alle rusmidler finner man således at rusmiddelinntak blant annet kan utløse økt psykomotorisk aktivitet, dempe angst, redusere bevisst og ubevisst feilkontroll og redusere kognitiv kontroll (via prefrontal cortex, den

1. D'Souza, 2007
2. Bushman, 1993

3. Hoaken & Stewart, 2003
4. Haug, Mørland, & Olaisen, 2004

fremre del av hjernebarken) av aggressive impulser, foruten at impulsivitetsnivået generelt øker.⁵ Alle disse virkningene har blitt satt i forbindelse med økt risiko for aggresjon og vold. Med andre ord vil enhver rus til en viss grad kunne øke risikoen for vold, og i større grad jo mer uttalt rusen er. Endringer i dopaminsystemet generelt er blitt satt i forbindelse med økt aggressivitet.⁶ Permanente endringer av funksjonen i de områder i hjernen der rusmidlene utøver sine fellesvirkninger, er funnet hos individer med antisosiale og voldelige atferdsmønstre.⁷ Alle rusmidler vil videre i varierende grad endre aktiviteten i andre signalsystemer i hjernen der andre signalmolekyler benyttes (for eksempel noradrenalin, GABA med mer).⁸ Slike endringer kan også lede til aggresjon.

Det er imidlertid viktig å være klar over at slike akutte nevrobiologiske endringer som inntreffer under rus, ikke automatisk leder til aggresjon og vold. Vel så viktig, kanskje viktigere enn rusmidlenes farmakologiske virkninger, er betydningen av personspesifikke nevrobiologiske forhold. Det er samvirket mellom rusmidlenes farmakologiske virkninger og de personspesifikke forhold som må ses på som det sentrale. Man vet ennå for lite om hvordan et slikt samvirke skjer, og hvilke nevrobiologiske forhold som er de sentrale på det interpersonelle plan. En del undersøkelser peker klart i retning av at redusert funksjon i de deler av hjernen som benytter transmittersubstansen serotonin, er knyttet til økt risiko for aggresjon og vold, og at denne risikoen øker når disse personene er rusmiddelpåvirket.⁹ Svært mye er imidlertid fortsatt ukjent når det gjelder den nevrobiologiske innsikt i de prosesser i hjernen som er knyttet til aggresjon.

Det må også minnes om at aggresjon (og vold) må ses på som en normalreaksjon i situasjoner hvor individet blir tilstrekkelig provosert av ytre forhold. Fra naturens side kan dette betraktes som en hensiktsmessig reaksjon. Blir man for eksempel truet med fare for skade, kan aggresjon og voldsutøvelse fra den truedes side være en hensiktsmessig respons noen ganger.

Det vi refererer nedenfor, er i alt vesentlig informasjon fra laboratorieforsøk med mennesker.

3 Laboratorieforsøk

Aggressivitet defineres her som presentasjon av ubehagelige signaler eller stimuli overfor et annet menneske. Som ubehagelige stimuli har man brukt ubehagelig høy lyd, elektrisk sjokk eller stjeleling av opptjente penger i en konkurransesituasjon overfor en ukjent opponent som testpersonen ikke kan se. For å få frem aggressive responser trenger man en viss grad av provokasjon. De samme typer ubehagelige stimuli (lyd, e-sjokk) blir også brukt til å provosere testpersonene. Testpersonen kan regulere styrken på den ubehagelige stimulus som de bruker overfor opponenten, og det gjør det mulig å måle graden av aggressivitet. Det har blitt utviklet 2–3 slike testoppsett som har vært mye brukt til denne type forskning.

Selv om man på denne måten i en viss utstrekning greier å etterligne forhold som kan utløse aggresjon i det virkelige liv, er det også klart at en del komponenter som kan være viktige i rusutløst vold i det virkelige liv, ikke kan testes i laboratoriet. En viktig komponent i denne sammenheng er betydning av rusmiddelpåvirkning hos den annen part, eventuelt av andre personer i omgivelsene. Generelt er det grunn til å tro at disse forholdene bare vil bidra i en retning, nemlig ytterligere å øke risikoen for aggresjon og vold. Det kan derfor være grunn til å betrakte laboratorieforsøkene som et testopplegg som viser at aggresjonsmuligheten med all sannsynlighet kan foreligge, så sant man finner signifikante utslag. Testene har etter alt å dømme så vidt lav sensitivitet at de ikke utelukker at aggresjon eller vold kan oppstå i det virkelige liv også for de rusmidler hvor man ikke finner utslag i laboratorieforsøk.

4 Alkohol

4.1 Oppsummering

Forholdet mellom alkohol og aggressivitet har vært kjent lenge. Flere av alkoholens nevrobiologiske effekter i hjernen er knyttet til aggressivitet (GABA, serotonin, noradrenalin). Generelt kan man si at det er godt dokumentert at en alkoholkonsentrasjon i blodet på rundt 1,0 og høyere øker aggressivitet hos menn, antakelig i noen større grad enn hos kvinner. Videre er det funnet at lavere promiller alkohol, helt ned til 0,2–0,3 promille i blodet, øker aggressivitet hos enkelte menn avhengig av personlighetstrekk, og noen få studier har vist at alkohol i slike konsentrasjoner øker aggressivitet hos kvinner.¹⁰ Det foreligger også grunn til å tro at

5. Dawe, Davis, Lapworth, & McKetin, 2009; Dougherty, Bjork, Bennett, & Moeller, 1999

6. Chen mfl, 2005

7. Miczek mfl, 2007

8. Kavoussi, Armstead, & Coccaro, 1997; Miczek, Fish, & De Bold, 2003

9. Kavoussi mfl, 1997

alkohol lettere utløser aggressive responser på stigende rus enn på fallende rus.¹¹ Flere studier har blitt foretatt med hensyn på å skille forventninger til alkoholeffekter fra selve alkoholens farmakologisk effekt, og man har sett at alkohol har en effekt i seg selv som ikke bare kan tilskrives forventninger.¹²

4.2 Generelle forhold

Det er to alkoholeffekter som man særlig tror kan knyttes til økt aggressivitet og det er desinhibisjon og redusert oppmerksomhetskapasitet. Desinhibisjon, det at man i mindre grad kontrollerer sine egne impulser (med andre ord økning i impulsivitet i handling), henger også sammen med nedsatt angstnivå, som er en kjent alkoholeffekt. Man er «mindre redd» for konsekvensene av sine egne impulser. Eksperimentellindusert økning av angstnivå er vist å dempe alkoholutløst aggressivitet.¹³ Alkoholens effekt i reduksjonen av oppmerksomhetskapasitet er også kalt «alkohol myopi». Alkohol forårsaker at individet får redusert kapasitet til å analysere informasjonskilder knyttet til sosial interaksjon (ord, tonefall, kroppsspråk, bevegelser). Færre deler av relevant informasjon prosesseres i arbeidsminnet før man gjør seg opp en mening eller tar en beslutning knyttet til sosial interaksjon. Aggressive signaler er mer fremtredende for vår bevissthet enn dempende signaler. Det innebærer at de som har en redusert evne til å ta innover seg informasjon, lettere selekterer aggressive signaler og ignorerer dempende signaler slik at «summen» av signalene som er involvert i en gitt sosial situasjon, lettere oppfattes som truende og følgelig kan lettere utløse aggressive reaksjoner.¹⁴ For en bredere gjennomgang av mekanismene se Hoaken & Stewart.¹⁵

4.3 Atypisk alkoholrus

Atypisk rus er en rettspsykiatrisk betegnelse på en atypisk reaksjon med uttalt rus som følge av lavt alkoholinntak, det vil si blodalkoholkonsentrasjoner rundt 0,2–0,5 promille. Høye alkoholkonsentrasjoner utelukker bruk av begrepet atypisk rus.

Atypisk rus innebærer ikke nødvendigvis voldelig atferd. Vitenskapelig dokumentasjon for denne tilstanden baserer seg hovedsakelig på enkelobservasjoner og er ikke universelt akseptert. I engelsktalende land bruker man begrepet «episodic dyscontrol syndrome», som innebærer voldelig atferd, og som blant annet kan utløses av små doser alkohol. Den er som regel assosiert til personlighetsforstyrrelser eller hjerneskader.¹⁶ Atypisk rus, eller «episodic dyscontrol syndrome», anses for å være svært sjeldent fenomen.¹⁷

4.4 Laboratorieforsøk som har målt alkohol og aggressivitet

Bennett fant ingen økning i aggressivitet ved blodalkoholkonsentrasjoner på 0,3 og 0,6 promille, og han fant en liten økning ved konsentrasjoner på 1 promille, som ikke var statistisk signifikant.¹⁸

Shuntich fant en økning i styrken av administrert elektrisk støtt etter inntak av 0,5 g/kg alkohol tilsvarende cirka 0,7 promille.¹⁹

Taylor administrerte 0,4 g/kg (cirka 0,6 promille) og 1,2 g/kg (cirka 1,7 promille) og fant at de som fikk større doser, reagerte oftere aggressivt og brukte høyere styrke på sjokket enn dem som fikk lavere alkoholdoser.²⁰

Zeichner fant også økt aggressivitet etter 1,2 g/kg (cirka 1,7 promille) med en noe annerledes metodologi. Cherek fant en økning av aggressiv respons helt ned til alkoholdoser på 0,23 g/kg (cirka 0,3 promille).²¹

Det finnes flere lignende arbeider som viser sammenheng mellom høye doser alkohol og økt aggressivitet i litteraturen, for mer omfattende referanseliste se metaanalyse av Bushman fra 1993.²²

Det foreligger flere studier med variert design og promillennivåer som ikke har funnet økning av aggressivitet hos kvinner. En nylig publisert oversiktsartikkel av Giancola inkluderte et større antall testpersoner (261 menn og 265 kvinner), og den fant økt aggressivitet hos både kvinner og menn ved en alkoholkonsentrasjon i blodet på cirka 1,3 i promille. Studien konkluderte med at alkoholeffekten var sterkere hos menn. Det er dermed lettere å finne signifikante effekter hos menn i studier med få individer slik de fleste tidligere studier har

10. Bennett, Buss, & Carpenter, 1969, 1970; Bushman & Cooper, 1990; Cherek, Steinberg, & Manno, 1985; Dougherty mfl, 1999; Giancola mfl, 2009; Shuntich & Taylor, 1972; Taylor & Gammon, 1975; Taylor, Gammon, & Capasso, 1976; Zeichner & Pihl, 1980, 1979

11. Giancola & Zeichner, 1997

12. Chermack & Taylor, 1995

13. Phillips & Giancola, 2008

14. Giancola, Josephs, Dewall, & Gunn, 2009

15. Hoaken & Stewart, 2003

16. Fenwick, 1990

17. Hartvig, Rosenqvist, & Stang, 2003

18. Bennett mfl, 1969, 1970

19. Shuntich & Taylor, 1972

20. Taylor & Gammon, 1975; Taylor mfl, 1976

21. Cherek mfl, 1985; Zeichner & Pihl, 1980, 1979

22. Bushman, 1993

hatt. Ved å øke antall deltakere i testene fant man også assosiasjon mellom alkohol og aggressivitet for kvinner.²³

I en studie av Dougherty ble det administrert gjentatte doser alkohol. Man registrerte en største økning av aggressivitet etter den andre drinken, ved cirka 0,8 promille, både hos kvinner og hos men. De med høyest aggressivitet før drinkene økte mest med hensyn til aggressive responser ved inntak av alkohol. Aggressiviteten holdt seg høy mange timer.²⁴

I en studie av Giancola ble det undersøkt effekten av stigende og fallende alkoholkonsentrasjon på aggressivitet. Økt aggressivitet ble bare påvist ved stigende alkoholkonsentrasjon.²⁵

5 Benzodiazepiner

5.1 Oppsummering

Generelt kan det sies at det foreligger betydelig dokumentasjon for at benzodiazepiner, selv i moderate terapeutiske doser, øker aggressivitet. Dette gjelder for akutte inntak og også for tilvendte brukere.²⁶ Samtlige laboratorieforsøk gjort hos friske frivillige har brukt lave/moderate doser av benzodiazepiner. Det er vist at personlighetstrekk som høy fiendtlighet predikerer en større grad av aggressivitet i enkelte studier.²⁷

Kombinasjonen av benzodiazepiner og alkohol øker effekten mer enn det man kan forvente ut fra summen av effekter hver for seg.²⁸

Flere studier har sett på flere doser av benzodiazepiner og har funnet større effekt for de høyere dosene.²⁹ Samtlige har brukt moderate doser. Det er grunn til å tro at større doser kan føre til mer uttalte effekter når det gjelder aggressivitet, i hvert fall innenfor et visst doseområde.

Effekten av doser som ofte ses i russammenheng, og som er langt høyere enn det som er vanlig i behandling, er ikke systematisk undersøkt. En undersøkelse av Bramness mfl. fant ikke sammenheng mellom størrelse på blodkonsentrasjon av flunitrazepam og tegn til aggressivitet hos sjåfører mistenkt for kjøring i påvirket tilstand.³⁰ Dette er

en populasjon som til dels bruker høye doser av benzodiazepiner.

5.2 Generelle forhold

Benzodiazepiner er en omfattende gruppe medikamenter som brukes i behandling av angst, søvnløshet og epilepsi. Benzodiazepiner er også omfattende brukt som rusmidler. Eksempler på stoffer i denne gruppen er diazepam (Valium®, Vival®) eller flunitrazepam (Rohypnol®). Benzodiazepiner utøver sin angstdempende effekt gjennom GABA_A-reseptorer i hjernen. Det er flere effekter som man særlig tror kan knyttes til økt aggressivitet. Som for alkohol, som delvis også utøver sin effekt gjennom GABA-reseptorene, blir benzodiazepineffektene desinhibisjon, angstdempning og redusert oppmerksomhet satt i sammenheng med økt aggressivitet.

5.2.1 Paradoksale reaksjoner

En del av litteraturen som oppsummerer benzodiazepineffekter, omtaler aggressive reaksjoner som «paradoksale». Dette skyldes at aggressivitet står tilsynelatende i kontrast til den generelt dempende effekt av benzodiazepiner, og at aggressive reaksjoner ikke forekommer hos alle. På den annen side er effekter som angstdempning (som er godt dokumentert assosiert til aggressivitet) høyst påregnelige ved inntak av benzodiazepiner, og sett fra den vinkelen er økt aggressivitet ved inntak av benzodiazepiner lite «paradoksale».³¹ Dette er likevel et begrep som stadig er i bruk.³² Personlighetstrekk som lav grad av angst og høy grad av fiendtlighet er vist å øke benzodiazepinenes effekt på aggressivitet.³³

5.3 Laboratorieforsøk som har målt benzodiazepiner og aggressivitet:

En metaanalyse av studier publisert frem til 1993 viser at diazepam øker aggressivitet i eksperimentelle studier sammenlignet med narremedisin. En review-artikkel fra 2003 trekker også en lignende konklusjon.³⁴

Av nyere studier kan man trekke frem Wallace, som administrerte 10 mg diazepam (vanlig enkeltdose 5 mg) til 15 menn. Aggressivitet, målt ved styrken av strøm som de administrerte til sine opp-

23. Giancola mfl, 2009

24. Dougherty mfl, 1999

25. Giancola & Zeichner, 1997

26. Ben-Porath & Taylor, 2002; Bond, Curran, Bruce, O'Sullivan, & Shine, 1995; Bushman, 1993; Hoaken & Stewart, 2003; Pietras mfl, 2005; Wallace & Taylor, 2009

27. Ben-Porath & Taylor, 2002

28. Bond & Silveira, 1993

29. Bond & Lader, 1988; Cherek, Spiga, Roache, & Cowan, 1991; Cherek, Steinberg, Kelly, Robinson, & Spiga, 1990

30. Bramness, Skurtveit, & Morland, 2006

31. Hall & Zisook, 1981

32. Paton, 2002

33. Ben-Porath & Taylor, 2002

34. Bushman, 1993; Hoaken & Stewart, 2003

onenter, økte i gruppen som fikk diazepam sammenlignet med gruppen som fikk narremedisin.³⁵

Bond studerte aggressivitet hos pasienter (seks menn og 15 kvinner) med panikkangst 8 uker etter påbegynt behandling med alprazolam (Xanor®). Dosene varierte, men var innefor det som er anbefalt for panikkangst (opptil 10 mg daglig). De pasientene som brukte alprazolam, viste større aggressivitet (målt ved støyvolum som de valgte å utsette en fiktiv opponent for) enn dem som fikk narremedisin. Pasientene som hadde fått alprazolam, rapporterte likevel om mindre sinne.³⁶

Samme forfatter studerte kombinasjonen av alkohol og alprazolam i en populasjon av friske frivillige kvinner (50 %) og menn. Tolv fikk alkohol alene, 12 fikk alprazolam alene, 12 fikk både alkohol og alprazolam og 12 fikk narremedisin alene. Kombinasjonen av 1 mg alprazolam og cirka 0,7 promille viste en effekt på aggressivitet som var høyere enn det man hadde forventet ut fra summen av effektene av alkohol og alprazolam hver for seg.³⁷

I en studie av Pietras fant man ingen økning av aggressivitet ved administrasjon av 1,2 og 4 mg lorazepam hos 7 av 8 forsøkspersoner.³⁸

Ben-Porath og Taylor undersøkte 60 menn under påvirkning av 10 mg diazepam eller narremedisin og fant at diazepam økte intensiteten av de elektriske sjokkene som de valgte å administrere til sine fiktive motstandere. Menn som på forhånd skåret høyt i «fientlighet» målt ved anerkjente spørreskjemaer, viste større økning i aggressivitetsnivå ved inntak av diazepam enn menn som skåret lavt.³⁹

Det finnes flere andre lignende studier med lignende konklusjoner oppsummert i artikkelen av Ben-Porath og Taylor.

Bramness fant ikke sammenheng mellom størrelse på blodkonsentrasjon av flunitrazepam og tegn til aggressivitet hos sjåfører mistenkt for kjøring i påvirket tilstand.⁴⁰ Samtlige laboratorieforsøk gjort hos friske frivillige har brukt lave/moderate doser av benzodiazepiner.

Bond har sett på effekten av to ulike doser oxazepam (25 og 50 mg) og to ulike doser lorazepam (1 og 2 mg) og fant en økning av aggressivitet i alle grupper sammenlignet med narremedisin, med høyest økning av aggressive responser for den høyeste lorazepamdose. Få andre studier har sett

på effekten av flere doser av den samme benzodiazepin. Samtlige har få deltakere og har brukt relativt lave doser. Når man tar hensyn til denne informasjonen, kan det synes som om det foreligger en viss assosiasjon mellom aggressivitet og høyere doser av stoffene.⁴¹

6 Amfetamin/metamfetamin/kokain/ecstasy

6.1 Oppsummering

Til tross for at observasjonelle/epidemiologiske studier har vist en konsistent assosiasjon mellom amfetamin/metamfetamin og aggressivitet, har man i laboratoriestudier med mennesker ikke kunnet påvise noen sikker sammenheng mellom akutt inntak og økt aggressivitet for amfetamin.⁴² Her må det tas høyde for at de dosene som er bruk i slike tester, er langt lavere enn rusdoser vanligvis er. Det er også en mulighet for at akutte effekter av amfetamin på aggressivitet først opptrer etter at det har oppstått forandringer i hjernen som følge av gjentatt/kronisk bruk.⁴³ I andre eksperimentelle studier på mennesker med en annen studiedesign (selvrapportering på psykometriske skalaer) fant Vollenweider at amfetamin i doser på cirka 70 mg gitt til friske frivillige forsøkspersoner blant annet førte til opptreden av illusjoner, hallusinasjoner og endret tolkning av sanseinntrykk.⁴⁴ Det ble også funnet en liten ikke signifikant økning av fiendtlighet. Slike endringer kan være relatert til økt aggressivitet.

Vi har bare funnet én laboratoriestudie med mennesker hvor man ser på den akutte effekten av kokain på aggressivitet.⁴⁵ Studien viser at akutt administrering av moderate doser kokain (100–150 mg), noe som tilsvarer en vanlig enkeltdose i russammenheng, kan øke aggressiv atferd.

Vi har ikke funnet noen laboratoriestudier som direkte har målt aggressivitet under akutt inntak av ecstasy. Andre typer studier tyder på at aggressivitetsnivået ikke er økt under rusen, men øker noen dager etter avsluttet inntak, etter at serotonin i hjernen er «brukt opp» under den akutte rusen. Curran mfl. fant at ecstasy brukere hadde større tendens til å tolke tvetydige setninger på en

35. Wallace & Taylor, 2009

36. Bond mfl, 1995

37. Bond & Silveira, 1993

38. Pietras mfl, 2005

39. Ben-Porath & Taylor, 2002

40. Bramness mfl, 2006

41. Bond & Lader, 1988; Cherek mfl, 1991; Cherek mfl, 1990

42. Beezley, Gantner, Bailey, & Taylor, 1987; Cherek, Steinberg, Kelly, & Robinson, 1987, 1986; Cherek, Steinberg, Kelly, & Sebastian, 1989; Dawe mfl, 2009

43. Homer mfl, 2008

44. Vollenweider, Maguire, Leenders, Mathys, & Angst, 1998

45. Licata, Taylor, Berman, & Cranston, 1993

aggressiv måte 4 dager etter ecstasy-bruk enn kontrollgruppen.⁴⁶ Ecstasybrukere rapporterer også om høyere grad av aggresjon og depresjon enn kontrollgruppen 4 dager etter bruk, noe som tilskrives den subakutte lave serotoninkonsentrasjonen. Gerra mfl. har vist at ecstasybrukere viser en signifikant høyere aggressiv respons enn kontrollgruppen også 30 dager etter bruk.⁴⁷ Disse postakutte eller kroniske effektene faller utenfor denne oversikten.

6.2 Generelle forhold

Amfetamin, metamfetamin, kokain og ecstasy er stimulerende stoffer som etter inntak vil føre til økt mengde av ulike nevrotransmittere i hjernen (noradrenalin, serotonin og dopamin) ved at reopptaket i nerveendene hemmes (kokain), eller ved at frigjøringen øker og reopptaket hemmes (metamfetamin, amfetamin og ecstasy). Effekten er eufori, økt våkenhet og økt aktivitet og impulsivitet, men også økt mistenksomhet og paranoide tanker. Gjentatt bruk av stimulerende stoffer resulterer i uttømming av de ovennevnte nevrotransmittere med påfølgende konsentrasjonsvansker, irritabilitet, apati, depresjon og tretthet. Schizofrenilignende psykosier kan forekomme. Økning i arousal, eller generell stimulering og økt aktivitet og desinhibisjon og økt impulsivitet er de effektene som har blitt trukket frem når det gjelder utløsning av aggressivitet ved akutt inntak av (met)amfetamin og kokain.

Kokain er et naturlig forekommende, psykoaktivt sentralstimulerende stoff som utvinnes av bladene på kokaplantene. Kokain kan tas intravenøst, røykes, sniffes eller spises/drikkes. Rusen er kortvarig, bare av minutters varighet ved intravenøs bruk og enda kortere ved sniffing.

Amfetamin og metamfetamin er syntetiske og kraftige sentralstimulerende midler. (Met)amfetamin kan tas intravenøst, spises, drikkes eller sniffes. Rusen varer betydelig lenger enn ved bruk av kokain. Rusdoser av amfetamin er i området 50–150 mg rent amfetamin og oppover. Til sammenligning er amfetamindoser som brukes i forbindelse med behandling av ADHD, i området 5–20 mg som enkeltdose.

Ecstasy er forkortelse for MetylenDioksiMetAmfetamin (MDMA) og er en betegnelse som benyttes på ulike derivater av amfetamin, som har hallusinogen effekt i tillegg til den sentralnervøse stimulerende effekten. Den akutte effekten av

ecstasy er preget av økt eufori, energi og empati. Disse følelsene er tilskrevet den økte frigjøringen av serotonin etter et akutt inntak. Ecstasy hemmer også reopptaket og syntesen av serotonin i CNS, og dermed vil serotoninkonsentrasjonen være høy under rusen og lav de påfølgende dagene etter ett inntak. Det er godt dokumentert at lave konsentrasjoner av serotonin i hjernen assosieres med økt aggressivitet.

6.3 Laboratorieforsøk som har målt amfetamin/metamfetamin og aggressivitet

Cherek mfl. har gjort tre studier hvor de har sett på den akutte effekten av d-amfetamin og aggressiv atferd hos mennesker.⁴⁸ Åtte friske frivillige menn deltok i hver av studiene. Forsøkspersonene fikk enten placebo eller tre doser av d-amfetamin ved fire ulike anledninger (5, 10 og 20 mg/70 kg) i en gitt laboratoriesituasjon hvor de hadde valget mellom to responser, en aggressiv og en ikke-aggressiv respons. Den ikke-aggressive responsen innebar å trykke på en knapp som ville gi dem poeng som kunne byttes i penger når undersøkelsen ble ferdig. Den aggressive responsen besto i å trykke på en knapp som tilsynelatende medførte at en fiktiv motstander mistet poeng. Den aggressive responsen ble fremprovosert av at den fiktive motspilleren subtraherte poeng fra forsøkspersonen.

Hos de forsøkspersonene som fikk 5 og 10 mg/70 kg d-amfetamin, fant man i to av studiene en økt aggressiv respons, men dette kunne være uttrykk for en generell stimulerende effekt av d-amfetamin, da man ved de samme dosene også fant en signifikant økning i den ikke-aggressive responsen.⁴⁹ For den høyeste dosen 20 mg/70 kg d-amfetamin fant man at den aggressive responsen sank til det samme nivået som ved placebo. I den tredje studien resulterte administrering av d-amfetamin i en liten reduksjon i den aggressive responsen for alle dosene.⁵⁰

Beezley har undersøkt effekten av amfetamin på aggressiv atferd i tre separate studier.⁵¹ I den første studien fikk 30 mannlige studenter enten 2,5 mg d-amfetamin, 5 mg d-amfetamin eller 10 mg d-amfetamin før de deltok i reaksjonstidtest hvor de konkurrerte mot en fiktiv motspiller. Deltakerne hadde mulighet til å gi elektriske sjokk av valgfri styrke mot den fiktive motspilleren, som utover i

46. Curran, Rees, Hoare, Hoshi, & Bond, 2004

47. Gerra mfl, 2001

48. Cherek mfl, 1987, 1986; Cherek mfl, 1989

49. Cherek mfl, 1987, 1986

50. Cherek mfl, 1989

51. Beezley mfl, 1987

testen viser økende aggressiv atferd. Aggressivitet var definert som intensiteten på sjokkene som forsøkspersonen var villig å gi sin motspiller. Man fant at den aggressive atferden ikke økte som funksjon av amfetamindoseringen.

I den andre studien ønsket man å undersøke effekten av høyere doser av d-amfetamin og at man i tillegg legger til en placebogruppe. Førte mannlige studenter fikk enten 0, 0,08, 0,20 eller 0,32 mg/kg d-amfetamin før de deltok i det samme forsøket som i den første studien. Heller ikke her fant man noen signifikant forskjell i aggressiv atferd mellom de ulike gruppene.

I tredje studien ønsket man å replisere resultatene fra studie to ved å administrere en lav dose (0,08 mg/kg) eller en høy dose (0,32 mg/kg) d-amfetamin. Man fant heller ikke nå noen signifikant forskjell i aggressivitet hos de to gruppene.

6.4 Laboratorieforsøk som har målt kokain og aggressivitet

Licata har under eksperimentelle forhold vist at akutt administrering av lave doser av kokain kan øke aggressiv atferd. Tretti mannlige studenter i alderen 18 til 25 år fikk enten placebo, lav dose (1 mg/kg) eller høy dose (2 mg/kg) av oralt administrert kokain. Aggressivitet var definert som intensiteten på sjokkene som forsøkspersonen var villig til å gi sin motspiller. Resultatet av studien viser at den gruppen som fikk den høyeste dosen (2 mg/kg) av kokain, reagerte mer aggressivt enn placebogruppen.⁵²

7 Cannabis

7.1 Oppsummering

Det foreligger få studier på cannabis og aggressivitet. De er gjort ved bruk av ulike inntaksmåter, både gjennom munnen⁵³ og ved røyking⁵⁴, og på få individer. På de to siste studiene ble det rekruttert frivillige som hadde visse karakteristikk (lav sosioøkonomisk status, lav utdannelse, mange av dem oppfylte kriteriene for diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse) som muligens gjør dem mindre egnet til bruk i slike studier dersom målet er å trekke konklusjoner om den farmakologiske effekten av stoffet per se. Disse studiene har gitt sprikende resultater, og det er ikke mulig å komme

til en konklusjon ut fra den foreliggende informasjonen.

7.2 Generelle forhold

Cannabis er en av de mest brukte rusmidler i verden. Cannabis (hasjisj, marihuana) inntas vanligvis ved å røyke, men kan også spises. Cannabis har i hovedsak dempende virkning med lette hallusinatoriske egenskaper. 9-delta-tetrahydrocannabinol er hovedvirkestoffet i cannabis, men planten inneholder flere titalls mer eller mindre aktive stoffer som også kan bidra til effekten. Effekten utøves gjennom egne cannabinoide reseptorer på hjerne-celler.

7.3 Laboratorieforsøk som har målt cannabis og aggressivitet

Taylor studerte friske frivillige med en viss erfaring med cannabisrøyking. Femti deltakere ble delt i fem grupper og gitt enten to ulike doser THC gjennom munnen og to ulike doser alkohol eller narremedisin. Aggressiviteten ble målt gjennom bruk av elektrisk sjokk mot en fiktiv opponent. Bare den høye dosen alkohol økte aggressiviteten og var statistisk forskjellig fra narremedisin. I gruppen som fikk den høye THC-dosen så man en tendens i retning av demping av aggressivitet som dog ikke var statistisk forskjellig fra narremedisin.⁵⁵

Myerscough og Taylor undersøkte aggressivitet med samme oppsett som over og sammenlignet effekten av tre ulike doser THC med 10 friske frivillige i hver gruppe. De hadde ikke med verken alkohol eller narremedisin. Deltakerne ble utsatt for økende grad av provokasjon gjennom testperioden. Den gruppen som hadde fått lav dose THC, økte sine aggressive responser i takt med økt provokasjon, mens de som hadde fått høy dose, holdt et konstant nivå i det elektriske sjokket de administrerte til sine opponenter gjennom hele testperioden.⁵⁶

Cherek fant en doserelatert økning av aggressivitet for tre ulike doser av cannabis inntatt gjennom røyking, sammenlignet med røyking uten cannabis. Det var de samme deltakerne som ble testet under de forskjellige vilkårene, men på ulike dager. Ingen av de åtte deltakerne hadde misbruksproblem og de hadde aldri blitt behandlet for misbruk. De anga å bruke rusmidler flere ganger per måned. Det skal likevel bemerkes at alle hadde

52. Licata mfl, 1993

53. Myerscough & Taylor, 1985; Taylor mfl, 1976

54. Cherek mfl, 1993; Cherek & Dougherty, 1995

55. Taylor mfl, 1976

56. Myerscough & Taylor, 1985

lav sosioøkonomisk status og lav utdanning, og at syv av dem oppfylte kriteriene for diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse.⁵⁷

Cherek og Dougherty utførte en ny studie med fem deltakere og to doser administrert gjennom røykt cannabis og varierende nivåer av provokasjon.⁵⁸ De fant en økning i aggressivitet som var større for den lave dosen cannabis enn for den høye dosen cannabis. Deltakerne tilhørte den samme gruppen som i Chereks tidligere studie fra 1993.

8 Opiater

8.1 Oppsummering

Det foreligger for få studier til å kunne trekke noen sikre konklusjoner om akutt påvirkning av opiat og aggressivitet. De få studiene som er gjort, antyder en viss effekt i retning av økning av aggressivitet for morfin og for kodein.⁵⁹

Ellers foreligger det flere studier som har studert aggressivitet hos heroinmisbrukere utenfor behandling og under LAR-behandling.⁶⁰ Alle undersøkte grupper viste høyere aggressivitet enn friske frivillige kontrollpersoner uten at man med sikkerhet kunne tilskrive dette til selve administrasjonen av opioider. Individuer som har en misbruksproblematikk, skårer høyere på aggressivitetstester enn normale kontroller uavhengig av hvilket stoff som dominerer misbruket, både innenfor og utenfor ruseepisodene (se innledningen av dette kapittelet).

8.2 Generelle forhold

Betegnelsen opiat/opioider refererer til en omfattende gruppe av stoffer som virker på samme måte som morfin. De mest brukte stoffene i Norge i denne gruppen, i tillegg til morfin, er heroin og kodein (virkestoffet i blant annet Paralgin Forte). Stoffene brukes som smertestillende midler og er også omfattende brukt som rusmiddel. Metadon og buprenorfin er også brukt i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering av heroinavhengige. Opioider utøver sin effekt gjennom opioidreseptorer i hjernen. Effekten av opioidene gir en

generell dempning av sentralnervesystemet, men har ikke en direkte angstdempende effekt. Det er uklart hvilken opioid effekt som kan knyttes til effekter på aggressivitet. En mulig mekanisme er gjennom den velkjente effekten av opioider på hormonene som har med stress å gjøre, selv om dette stort sett vil gjelde kroniske brukere og ikke enkelte akutte inntak.⁶¹

8.3 Bruk av opioid-antagonister til behandling av selvskading og aggresjon

Det foreligger et betydelig antall rapporter om nytten av naloxon og naltrexon, som er stoffer som blokkerer effekten av opioider ved behandling av selvskading hos psykisk utviklingshemmede. Dette kan ikke uten videre tas til inntekt for at opioider i seg selv øker aggressivitet. Naloxon og naltrexon er dessuten vist å ha effekter på andre neurotransmittere enn opioidsystemet. Naloxon er for eksempel vist å dempe effektene av GABA-reseptorer, det vil si at naloxon i seg selv har motsatt effekt av den effekt benzodiazepiner har (se punkt 5.2).⁶²

8.4 Laboratorieforsk som har målt opiat og aggressivitet

Det foreligger svært få studier på effekten av akutte doser av opioider på aggressivitet hos friske frivillige.

Jarvik rapporterte en økning av observert fiendtlighet hos 20 friske frivillige gitt 10 mg/70 kg morfininjeksjon sammenlignet med narremedisin. Det primære målet med studien var å kartlegge smerteeffekt.⁶³

Berman fant i en studie som hadde som mål å måle aggressivitet, en økning i aggressive responser målt ved hyppigheten og intensiteten av elektrisk sjokk som de administrerte til sine fiktive oppo-
nenter. De 28 friske frivillige som deltok i studien, hadde blitt gitt 45 mg morfin i tablettform.⁶⁴

Spiga undersøkte effekten av kodein på aggressivitet. Ti friske frivillige ble gitt narremedisin, 25, 50 og 75 mg kodein. Hver dose ble gjentatt tre ganger på ulike dager. Man fant en økning av aggressivitet målt ved hvor ofte og hvor mange poeng de stjal fra sine fiktive oppo-
nenter bare for dosen på 50 mg. Det var ingen økning av aggressivitet ved dose på 75 mg.⁶⁵

57. Cherek mfl, 1993

58. Cherek & Dougherty, 1995

59. Berman, Taylor, & Marged, 1993; Jarvik, Simpson, Guthrie, & Liston, 1981; Spiga, Cherek, Roache, & Cowan, 1990

60. Gerra mfl, 2007

61. Gerra mfl, 2007

62. Soderpalm & Svensson, 1999

63. Jarvik mfl, 1981

64. Berman mfl, 1993

65. Spiga mfl, 1990

9 Referanser

- Beezley, D. A., Gantner, A. B., Bailey, D. S., & Taylor, S. P. (1987). Amphetamines and human physical aggression. *Journal of Research in Personality*, 21(1), 52–60.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/0092-6566%2887%2990025-0
- Bennett, R. M., Buss, A. H., & Carpenter, J. A. (1969). Alcohol and human physical aggression. *Journal of Studies on Alcohol*, 30(4), 870–6.
- Bennett, R. M., Buss, A. H., & Carpenter, J. A. (1970). Alcohol and human physical aggression. *Psychiatry Digest*, 31(7).
- Ben-Porath, D. D., & Taylor, S. P. (2002). The effects of diazepam (valium) and aggressive disposition on human aggression. An experimental investigation. *Addictive Behaviors*, 27(2), 167–177.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603%2800%2900175-1
- Berman, M., Taylor, S., & Marged, B. (1993). Morphine and human aggression. *Addictive Behaviors*, 18(3), 263–268.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603%2893%2990028-8
- Bond, A., & Lader, M. (1988). Differential effects of oxazepam and lorazepam on aggressive responding. *Psychopharmacology*, 95(3), 369–373.
- Bond, A. J., Curran, H. V., Bruce, M. S., O'Sullivan, G., & Shine, P. (1995). Behavioural aggression in panic disorder after 8 weeks' treatment with alprazolam. *Journal of Affective Disorders*, 35(3), 117–123.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327%2895%2900053-4
- Bond, A. J., & Silveira, J. C. (1993). The combination of alprazolam and alcohol on behavioral aggression. *Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 11*(2–3), 30–39.
- Bramness, J. G., Skurtveit, S., & Morland, J. (2006). Flunitrazepam: Psychomotor impairment, agitation and paradoxical reactions. *Forensic Science International*, 159, 83–91.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.forsci-int.2005.06.009
- Bushman, B. (1993). Human aggression while under the influence of alcohol and other drugs: An integrative research review. *Current Directions in Psychological Science*, 2(5), 148–152.
doi:http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768961
- Bushman, B., & Cooper, H. (1990). Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. *Psychological Bulletin*, 107(3), 341–354.
doi:http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.107.3.341
- Chen, T. J. H., Blum, K., Mathews, D., Fisher, L., Schnautz, N., Braverman, E. R., Schoolfield, J., mfl. (2005). Are dopaminergic genes involved in a predisposition to pathological aggression?: Hypothesizing the importance of «super normal controls» in psychiatric genetic research of complex behavioral disorders. *Medical Hypotheses*, 65(4), 703–707.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2005.04.037
- Cherek, D., & Dougherty, D. (1995). Provocation frequency and its role in determining the effects of smoked marijuana on human aggressive responding. *Behavioural Pharmacology June 1995*, 6(4), 405–412.
- Cherek, D. R., Roache, J. D., Egli, M., Davis, C., Spiga, R., & Cowan, K. (1993). Acute effects of marijuana smoking on aggressive, escape and point-maintained responding of male drug users. *Psychopharmacology*, 111(2), 163–168.
- Cherek, D. R., Spiga, R., Roache, J. D., & Cowan, K. A. (1991). Effects of triazolam on human aggressive, escape and point-maintained responding. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 40(4), 835–839.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/0091-3057%2891%2990094-I
- Cherek, D. R., Steinberg, J. L., Kelly, T. H., & Robinson, D. (1987). Effects of d-amphetamine on aggressive responding of normal male subjects. *Psychiatry Research*, 21(3), 257–265.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781%2887%2990030-8
- Cherek, D. R., Steinberg, J. L., Kelly, T. H., & Robinson, D. E. (1986). Effects of d-amphetamine on human aggressive behavior. *Psychopharmacology*, 88(3), 381–386.
- Cherek, D. R., Steinberg, J. L., Kelly, T. H., Robinson, D. E., & Spiga, R. (1990). Effects of acute administration of diazepam and d-amphetamine on aggressive and escape responding of normal male subjects. *Psychopharmacology*, 100(2), 173–181.
- Cherek, D. R., Steinberg, J. L., Kelly, T. H., & Sebastian, C. S. (1989). Effects of d-amphetamine on human aggressive responding maintained by avoidance of provocation. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 34(1), 65–71.

- Cherek, D. R., Steinberg, J. L., & Manno, B. R. (1985). Effects of alcohol on human aggressive behavior. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(4), 321–328.
- Chermack, S. T., & Taylor, S. P. (1995). Alcohol and human physical aggression: Pharmacological versus expectancy effects. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4), 449–456.
- Curran, H. V., Rees, H., Hoare, T., Hoshi, R., & Bond, A. (2004). Empathy and aggression: Two faces of ecstasy? A study of interpretative cognitive bias and mood change in ecstasy users. *Psychopharmacology*, 173, 425–433. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00213-003-1713-6
- Dawe, S., Davis, P., Lapworth, K., & McKetin, R. (2009). Mechanisms underlying aggressive and hostile behavior in amphetamine users. *Current Opinion in Psychiatry May 2009*, 22(3), 269–273. doi:10.1097/YCO.0b013e32832a1dd4
- Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Bennett, R. H., & Moeller, F. G. (1999). The effects of a cumulative alcohol dosing procedure on laboratory aggression in women and men. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(3), 322–329.
- D'Souza, D. C. (2007). Cannabinoids and psychosis. *International Review of Neurobiology*, 78, 289–326.
- Fenwick, P. (1990). Automatism, medicine and the law. *Psychological Medicine, Monograph supplement*(17), 1–27.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Ampollini, R., Giusti, F., Delsignore, R., Raggi, M. A., Laviola, G., mfl. (2001). Experimentally induced aggressive behavior in subjects with 3,4-methylenedioxy-methamphetamine («Ecstasy») use history: Psychobiological correlates. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 471–491. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0899-3289%2801%2900094-3
- Gerra, G., Zaimovic, A., Raggi, M. A., Moi, G., Branchi, B., Moroni, M., & Brambilla, F. (2007). Experimentally induced aggressiveness in heroin-dependent patients treated with buprenorphine: Comparison of patients receiving methadone and healthy subjects. *Psychiatry Research*, 149, 201–213. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.02.013
- Giancola, P. R., Josephs, R. A., Dewall, C. N., & Gunn, R. L. (2009). Applying the attention-allocation model to the explanation of alcohol-related aggression: Implications for prevention. *Substance Use and Misuse*, 44, 1263–1279. doi:http://dx.doi.org/10.1080/10826080902960049
- Giancola, P. R., Levinson, C. A., Corman, M. D., Godlaski, A. J., Morris, D. H., Phillips, J. P., & Holt, J. C. (2009). Men and women, alcohol and aggression. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 17(3), 154–64.
- Giancola, P. R., & Zeichner, A. (1997). The biphasic effects of alcohol on human physical aggression. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 598–607. doi:http://dx.doi.org/10.1037//0021-843X.106.4.598
- Hall, R. C. W., & Zisook, S. (1981). Paradoxical reactions to benzodiazepines. *Journal of Clinical Pharmacology*, 11 Suppl 1, 99S-104S.
- Hartvig, P., Rosenqvist, R., & Stang, H. J. (2003). Automatism and the law in Norway 1981–2000. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 123, 1831–1834.
- Haug, E., Mørland, J., & Olaisen, B. (2004). *Androgene-anabole steroider (AAS) og vold* (Rapport 4/2004). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1170.cms
- Hoaken, P. N. S., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1533–1554. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.033
- Homer, B., Solomon, T., Moeller, R., Mascia, A., DeRaleau, L., & Halkitis, P. (2008). Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: A review of the underlying neurophysiological causes and behavioral implications. *Psychological Bulletin*, 134(2), 301–310. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.301
- Jarvik, L. F., Simpson, J. H., Guthrie, D., & Liston, E. H. (1981). Morphine, experimental pain, and psychological reactions. *Psychopharmacology*, 75(2), 124–131.
- Kavoussi, R., Armstead, P., & Coccaro, E. (1997). The neurobiology of impulsive aggression. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 395–403.
- Licata, A., Taylor, S., Berman, M., & Cranston, J. (1993). Effects of cocaine on human aggression. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 45(3), 549–552.

- Miczek, K. A., De Almeida, R. M. M., Kravitz, E. A., Rissman, E. F., De Boer, S. F., & Raine, A. (2007). Neurobiology of escalated aggression and violence. *Journal of Neuroscience*, 27(44), 11803–11806.
doi:http://dx.doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3500–07.2007
- Miczek, K. A., Fish, E. W., & De Bold, J. F. (2003). Neurosteroids, GABA_A receptors, and escalated aggressive behavior. *Hormones and Behavior*, 44(3), 242–257.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2003.04.002
- Myerscough, R., & Taylor, S. (1985). The effects of marijuana on human physical aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(6), 1541–6.
- Paton, C. (2002). Benzodiazepines and disinhibition: A review. *Psychiatric Bulletin*, 26(12), 460–462.
doi:http://dx.doi.org/10.1192/pb.26.12.460
- Phillips, J. P., & Giancola, P. R. (2008). Experimentally induced anxiety attenuates alcohol-related aggression in men. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 16(1), 43–56.
- Pietras, C., Lieving, L., Cherek, D., Lane, S., Tchermisina, O., & Nouvion, S. (2005). Acute effects of lorazepam on laboratory measures of aggressive and escape responses of adult male parolees. *Behavioural Pharmacology*, 16(4), 243–251.
- Shuntich, R., & Taylor, S. (1972). The effects of alcohol on human physical aggression. *Journal of Experimental Research in Personality*, 6(1), 34–38.
- Soderpalm, B., & Svensson, A. I. (1999). Naloxone reverses disinhibitory/aggressive behavior in 5,7-DHT-lesioned rats; involvement of GABA(A) receptor blockade?. *Neuropharmacology*, 38(12), 1851–1859.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0028–3908(99)00076–3
- Spiga, R., Cherek, D. R., Roache, J. D., & Cowan, K. A. (1990). The effects of codeine on human aggressive responding. *International Clinical Psychopharmacology*, 5(3), 195–204.
- Taylor, S., & Gammon, C. (1975). Effects of type and dose of alcohol on human physical aggression. *Journal of Personality*, 32(1), 169–175.
- Taylor, S., Gammon, C., & Capasso, D. (1976). Aggression as a function of the interaction of alcohol and threat. *Journal of Personality*, 34(5), 938–941.
- Taylor, S., Vardaris, R., Rawitch, A., Gammon, C., Cranston, J., & Lubetkin, A. (1976). The effects of alcohol and delta-9-tetrahydrocannabinol on human physical aggression. *Aggressive Behavior*, 2, 153–161.
- Vollenweider, F., Maguire, R. P., Leenders, K. L., Mathys, K., & Angst, J. (1998). Effects of high amphetamine dose on mood and cerebral glucose metabolism in normal volunteers using positron emission tomography (PET). *Psychiatry Research – Neuroimaging*, 83(3), 149–162.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0925–4927(98)00033-X
- Wallace, P. S., & Taylor, S. P. (2009). Reduction of appeasement-related affect as a concomitant of diazepam-induced aggression: evidence for a link between aggression and the expression of self-conscious emotions. *Aggressive Behavior*, 35(2), 203–12.
- Zeichner, A., & Pihl, R. (1979). Effects of alcohol and behavior contingencies on human aggression. *Journal of Abnormal Psychology* April 1979, 88(2), 153–160.
- Zeichner, A., & Pihl, R. O. (1980). Effects of alcohol and instigator intent on human aggression. *Journal of Studies on Alcohol*, 41(3), 265–276.

Vedlegg 5

Betydning av alkoholpolitiske virkemidler for å begrense forekomst av vold

1 Priser og avgifter

Endring i særavgiften på alkohol er et alkoholpolitisk virkemiddel som påvirker prisen på alkohol. Ifølge standard økonomisk teori er det en klar sammenheng mellom prisen på en vare og etterspørselen og konsumet av varen. Det vil si at når prisen går opp, går forbruket ned og *vice versa*. En slik sammenheng finner vi for de fleste typer av varer, også for avhengighetsskapende varer som tobakk, alkohol og heroin.¹

På alkoholfeltet er det svært godt dokumentert at det er en sammenheng mellom pris og konsum. En gjennomgang og metaanalyse av resultater fra 112 publiserte studier om sammenhengen mellom pris og alkoholkonsum viste en entydig negativ sammenheng mellom pris og konsum. Med andre ord: Dersom alkoholprisen går opp, går forbruket ned, og når prisen går ned, går forbruket opp.² Funnene fra norske studier viser også en klar negativ sammenheng mellom pris og konsum.³ Det er også verdt å merke seg at ungdom og alkoholavhengige, som er grupper i befolkningen som er mer tilbøyelige til å utøve og til å bli utsatt for vold, også responderer på prisendringer og drikker mindre når prisene går opp.⁴

Som vi har sett, er det godt dokumentert at det er en sammenheng mellom det samlede alkoholkonsumet i befolkningen og omfanget av vold. Ettersom alkoholprisene har stor betydning for etterspørselen av alkohol, ville vi derfor også forvente en klar sammenheng mellom alkoholpriser og omfanget av vold. En slik sammenheng er også rapportert fra flere amerikanske studier, hvor man har vist at økte alkoholpriser er forbundet med nedgang i vold mot kvinner og voldelig atferd blant studenter.⁵ I våre naboland Danmark og Finland, hvor brennevinsprisene gikk ned med cirka 25–30 % (i henholdsvis 2003 og 2004), fant man imid-

lertid ingen signifikant effekt av prisnedgangen på omfanget av vold og drap.⁶

2 Begrensning av tilgjengelighet

På samme måte som vi i all hovedsak ser at det er en sammenheng mellom pris og etterspørsel etter en vare, er det også en sammenheng mellom hvor (fysisk) tilgjengelig varen er, og etterspørselen etter den. Jo vanskeligere det er å få tak i en vare, desto mindre antar vi at etterspørselen vil være.

I Norge er de viktigste tilgjengelighetsbegrensende virkemidlene aldersgrense for kjøp, begrensninger i salgs- og skjenketider og begrensninger i antall salgs- og skjenkesteder. Det er godt dokumentert at alle disse virkemidlene bidrar til å begrense alkoholkonsumet.⁷ Når det gjelder effekten av disse virkemidlene på voldsforekomsten, er forskningslitteraturen mer begrenset og i første rekke knyttet til studier av tilgjengelighetsbegrensninger ved skjenkesteder. Ettersom vold ofte forekommer på eller ved skjenkesteder og omfanget av skjenket alkohol er enda sterkere assosiert med voldsomfanget, er det ikke overraskende at man også finner at endringer i tilgjengelighet til skjenkesteder er forbundet med endringer i voldsomfanget. En studie av endringer i antall skjenkesteder i Norge viste at en økning med ett skjenkested per 10 000 innbyggere ga en forventet økning i voldskriminaliteten på cirka 6 %.⁸ En nylig gjennomgang av den internasjonale forskningslitteraturen på effekten av begrensninger i skjenketider omfattet i alt 49 studier, hvorav 14 studier var av god vitenskapelig kvalitet.⁹ De fleste av disse studiene viste at utvidede skjenketider følges av en økning i problemomfanget, for eksempel med hensyn til vold, mens en reduksjon i skjenketidene følges av en reduksjon i problemomfanget. Forfat-

1. Grossman, 2005

2. Wagenaar, Salois, & Komro, 2009

3. Alver, 2004; ECON, 1998; Horverak, 1977; Strand, 1993

4. Cook & Moore, 2002

5. Chaloupka, Grossman, & Saffer, 2002; Wagenaar mfl, 2009

6. Bloomfield, Rossow, & Norstrom, 2009; Mäkelä & Österberg, 2009

7. Babor mfl, 2003

8. Norstrom, 2000

9. Stockwell & Chikritzhs, 2009

terne oppsummerer gjennomgangen med at en økning i skjenketidene vil i de fleste tilfeller føre til en økning i alkoholbruken og i relaterte problemer, som vold. Et eksempel på dette så man i Reykjavik på Island da maksimaltidene for skjenking ble opphevet og de fleste skjenkesteder økte skjenkingen med flere timer etter kl. 02.00. Etter endringen ble omfanget av voldsepisodene i større grad fordelt over flere av nattens timer, men samtidig fikk man en nettoøkning i voldsomfanget på vel 30 %.¹⁰

3 Tiltak på skjenkesteder:

Ettersom skjenkesteder ofte er åsted for voldstilfeller, har man prøvd ut en rekke tiltak for å begrense voldsomfanget nettopp på disse stedene. Tiltakene omfatter blant annet kursing av serveringspersonale og dørvakter, kontroll av skjenkesteder og sanksjoner ved overskjenking. En kombinasjon av disse tiltakene ble prøvd ut i STAD-prosjektet i Stockholm, hvor man både reduserte omfanget av skjenking og salg til mindreårige og overskjenking på utesteder. Wallin og medarbeidere fant at STAD-prosjektet medførte at omfanget av anmeldte voldstilfeller ble redusert med nesten 30 %.¹¹ I Norge har man prøvd ut programmet 'Ansvarlig vertskap', som i noen grad bygger på STAD-prosjektets virkemidler i en del kommuner, men har hovedvekt på kursingen av serveringspersonale og dørvakter. Evalueringer av 'Ansvarlig vertskap' i Norge har imidlertid ikke kunnet demonstrere de samme gode effekter som i Stockholm.¹² Dette kan forklares med flere forhold: Dels har programmet i realiteten ikke vært implementert, dels har programmet vært kombinert med utvidet skjenketid, og dels mangler det norske programmet de kontroll- og sanksjonsvirkemidlene som ble brukt i STAD-prosjektet.

Referanser

- Alver, Ø. O. (2004). *Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., mfl. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bloomfield, K., Rossow, I., & Norstrom, T. (2009). Changes in alcohol-related harm after alcohol policy changes in Denmark. *European Addiction Research*, 15(4), 224–231. doi:http://dx.doi.org/10.1159/000239416
- Chaloupka, F. J., Grossman, M., & Saffer, H. (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Journal of the National Institute on Alcohol Abuse*, 26(1), 22–34.
- Cook, P. J., & Moore, M. J. (2002). The economics of alcohol abuse and alcohol-control policies. *Health Affairs*, 21(2), 120–133. doi:http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.120
- ECON. (1998). *Markedet for alkoholholdige drikker*. Oslo: ECON.
- Grossman, M. (2005). Individual behaviors and substance use: the role of price. I Lindgren, B & Grossman, M. (Ed.) *Substance use: individual behaviour, social interactions, markets and politics*. Amsterdam: Elsevier.
- Horverak, Ø. (1977). *Etterspørsel etter brennevin og vin i Norge. En analyse av sammenhengen mellom omsatt kvantum og priser på brennevin og vin*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning.
- Mäkelä, P., & Österberg, E. (2009). Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 104(4), 554–563. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02517.x
- Norstrom, T. (2000). Outlet density and criminal violence in Norway, 1960–1995. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(6), 907–911.
- Ragnarsdottir, T., Kjartansdottir, A., & Davidsdottir, S. (2002). Effects of extended alcohol serving-hours in Reykjavik. I R. Room (Red.), *The effects of Nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change?* (s. 145–154). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Rossow, I., & Baklien, B. Effectiveness of responsible beverage service: the Norwegian experiences. *Contemporary Drug Problems*, (in press).
- Stockwell, T., & Chikritzhs, T. (2009). Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prevention and Community Safety*, 11(3), 153–170. doi:http://dx.doi.org/10.1057/cpcs.2009.11
- Strand, M. M. (1993). *Pris- og inntektselastisiteter for brennevin og vin*. Oslo: Universitetet i Oslo.

10. Ragnarsdottir, Kjartansdottir, & Davidsdottir, 2002

11. Wallin, 2004

12. Rossow & Baklien

Wagenaar, A., Salois, M., & Komro, K. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction February 2009, 104*(2), 179–190.

Wallin, E. (2004). *Responsible beverage service. Effects of community action project*. Stockholm: Stockholm University.

Vedlegg 6

Undersøkelse av omfanget av politioppdrag relatert til psykiske lidelser

Av rådgiver John Martin Dervå og politioverbetjent Arne Erik Hennum

1 Politiets tidsbruk

Det finnes ikke ett system i politiet i dag som gir anledning til å ta ut en samlet og presis oversikt over ressursbruk og kostnader på enkelte oppdragstyper. For å svare på spørsmålet om politiets ressursbruk i forbindelse med personer med psykiske lidelser må man sammenstille data fra ulike kilder. Kartleggingen av politiets ressursbruk i forbindelse med personer med psykisk sykdom er gjennomført med to metoder.

Den første metoden er en spørreundersøkelse til politimestrene ved samtlige av landets politidistrikter og særorganer for å få deres konkrete tilbakemeldinger på faktisk ressursbruk, opplysninger om hvordan de enkelte politidistrikter og særorganer beskriver oppdragsmengden, og hva som er utfordringene. Det var 28 av 32 som ga skriftlig tilbakemelding. Den andre metoden for å estimere ressursbruk og kostnader er en dataanalyse av data fra politiets vaktjournal (PO), arbeidsplanlegging (TTA) og straffsaksregisteret (STRASAK). I tillegg er det benyttet arbeidstids- og lønnsdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB).¹

Politidistriktene er bedt om å dokumentere hvilket ressursforbruk de har i forbindelse med personer med psykisk lidelse. De skriftlige svarene er av varierende kvalitet med hensyn på konkrete tall og dokumentasjon. Det er gitt beskrivelser av hva som kjennetegner oppdragstypen, og hvilke forhold som man må og bør ta i betraktning når man skal vurdere ressursbruken.

Tilbakemeldingen fra politidistriktene gir et nyansert bilde av hvilke utfordringer som er knyttet til en ressurskartlegging av hvor mye ressurser som faktisk benyttes. I en patrulje som brukes i et oppdrag kan det være alt fra én til flere tjenestepersoner. Antall personer registreres ikke, men patruljebilen blir registrert. Det kan være flere patruljebiler i et oppdrag, og da registreres patruljene med sine faste kjennetegn og den aktive tid for

patruljen. I all hovedsak er praksisen at det er minst to tjenestepersoner i én patruljebil. En kilde til underrapportering på aktiv tid kan være når transportoppdrag meldes som avsluttet når pasienten er levert på behandlingsinstitusjonen uten at returtiden blir registrert.

Det kan også skje at oppdrag av ulike grunner blir dobbeltregistrert, eller at oppdraget ikke meldes avsluttet før lenge etter at det er avsluttet. Det kan være ettersøkning etter saknede personer som er «friske», men blir registrert som «sykdom, psykiatri» og ressursene som er avsatt til oppdraget, ikke er benyttet i hele perioden saknet oppdraget varer. Det gir en viss usikkerhet for at det kan bli registrert mer aktiv tid på et oppdrag som føres med koden «sykdom, psykiatri», enn hva som er reelt tilfelle.

Kommentarene fra politidistriktene varierer med hensyn på i hvilken grad de mener PO gjenspeiler faktisk ressursbruk. Et tall som uttrykker politiets samlede ressursbruk, vil være ett av mange mulige tall på en sannsynlighetsfordeling. Det betyr at alle tall i prinsippet kan være riktige, men noen er mer sannsynlige enn andre. Det er derfor benyttet ulike tilnærminger for å komme frem til en fordeling på antall oppdrag og estimert tidsbruk.

For å komme frem til et anslag på ressursbruk er det laget en beregning av antatt årsverk for hvert enkelt politidistrikt hvor svarene fra politidistriktene er lagt til grunn. Det antas at dette representerer en øvre grense for ressursbruk.

Det er lagt inn følgende forhold som drivere av ressurser:

- Oppdragsmengden.
- Samtaletid på operasjonssentral og andre støttefunksjoner som er nødvendige for gjennomføring.
- Etterfølgende aktivitet, for eksempel rapportering, debriefing, reiseregning.
- Returtransport, eller tiden det tar før ressursen er klar for nye oppdrag.

1. Statistisk sentralbyrå (SSB), 2010

- Det er andre «forholdets art» i PO, som benyttes i saker som kan være relatert til personer med psykisk lidelse som saknet, transporter, kontrollsted og kontrollperson og lignende uten at koden «sykdom, psykiatri» blir benyttet. Resultatet er underrapportering av faktisk ressursbruk.
- Oppfølgingsarbeider som etterforskning og straffesaksbehandling.
- Det kan være mange patruljer og flere tjenestepersoner involvert i ettersøkninger, vakthold, oppfølgingssamtaler og transporter som deltar, men som ikke blir registrert.

Det gir følgende grunnlag for et estimat av årsverksforbruk for 2009:

- Det største antall oppdrag i ett år i perioden 2005 – 2009 i det enkelte politidistrikt.
- Gjennomsnittlig 2 tjenestepersoner per oppdrag.
- Turnusårsverk består av 1095 timer.²
- 10 % er krevende oppdrag av 16 timer x 2 tjenestepersoner (det er for eksempel vakthold, lange transporter, ettersøkninger og lignende).
- 25 % er middels krevende med 8 timer x 2 tjenestepersoner
- 65 % er vanlige oppdrag av 2 timers varighet x 2 tjenestepersoner

Samlet estimert antall årsverk er 179 av 1095 timer (tabell 6.1). Det utgjør 2,39 % av totalt 7505 antall politiårsverk med utgangspunkt i StatRes fra SSB for 2008.³

Den andre delen av kartleggingen av hvor mye ressurser som brukes på psykisk syke personer, er foretatt ved å analysere politiets dataregistre. Politiets vaktjournal PO er analysert med hensyn på oppdragsmengde, tidsbruk og ressursbruk, og StatRes er benyttet for årsverksberegning.

Politiet har i henhold til politiinstruksen § 7–1 jf. politiloven § 29 plikt til å føre vaktjournal. Journalen skal føres etter de retningslinjene Politidirektoratet til enhver tid gir.⁴

Ifølge Ot.prp. nr. 108 (2008–2009) Om lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven) gir vaktjournalen en fortløpende og døgkontinuerlig oversikt over alle vesentlige forhold og opplysninger vedrørende ordningen og utførelsen av polititjenesten på ved-

kommende sted, jf. politiinstruksen § 7–1 annet ledd.⁵

Politioperativt system (PO) ble utviklet til Lillehammer-OL i 1994 og innført i noen få politidistrikter for etterbruk i tiden etter OL. De øvrige politidistriktene benyttet andre typer vaktjournaler, og først etter 2003 ble PO innført i alle landets politidistrikter. Fra 2004 skal PO være innarbeidet som vaktjournal, og oppdrag fra 2005 burde derfor være representativt for registrert etterspørsel etter politiets ressurser med mulighet til å sammenligne data fra landets ulike politidistrikter.

I PO registreres oppdragene/forholdene etter definerte koder på flere nivåer. På nivå 1 finnes det 8 hovedgrupper hvor «Råd og bistand» er kategorien hvor forhold som gjelder personer med psykisk lidelse, er kodet. På nivå 2, under «Råd og bistand», er det også flere koder og hvor «sykdom, psykiatri» er en av dem. Når man skal se på politiets ressursbruk som har med personer med psykisk lidelse å gjøre er imidlertid oppdrag som registreres i kategorien «forholdets art nivå 2», «sykdom, psykiatri», utgangspunktet for analyse.

Det er en viss usikkerhet med hensyn på om alle registrerte saker om personer med psykiske lidelser er registrert med forholdets art nivå 2 koden «sykdom, psykiatri». Hva slags kode som blir benyttet i det enkelte oppdrag er helt avhengig av hvordan den som skriver inn oppdraget forstår situasjonen. Valgene som gjøres, er ikke en diagnose av en person, men er ment som en klassifisering av en situasjon. Melding om en person som truer med å ta eget liv, hører «stemmer», eller en bistandsanmodning fra helsevesenet om å transportere en truende person til institusjon innenfor det psykiske helsevern, er eksempler på oppdrag som kodes som «sykdom, psykiatri». Et oppdrag kan begynne med en henvendelse hvor forløpet og informasjonen endres underveis. Det gir mulighet for at et unikt oppdrag kan få mange koder på nivå 2. Det er også mulighet for at et oppdrag som involverer en psykisk syk person ikke blir loggført med koden «sykdom, psykiatri», men med en eller flere av disse kodene: bistand, serviceoppdrag, sykdom, transport, velferdssjekk eller saknet person. Dette betyr at når man her bruker benevnelsen «sykdom, psykiatri», vil det være både et annet begrep, og ha et annet innhold, enn hvordan begrepet psykisk lidelse er brukt i rapporten fra utvalgets arbeid.

2. Politidirektoratet, 2008, s. 39

3. Statistisk sentralbyrå (SSB), 2009

4. Forskrift 22. juni 1990 nr. 3963 - Alminnelig tjenesteinstruks for politiet; Lov 4. august 1995 nr. 53 om politiet

5. Forskrift 22. juni 1990 nr. 3963 - Alminnelig tjenesteinstruks for politiet; Ot.prp. nr. 108 (2008-2009) Om lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten

Tabell 6.1 Oversikt over antall oppdrag «sykdom, psykiatri» på de enkelte politidistriktene og estimat på antall årsverk for 2009

Politidistrikt	«Sykdom, psykiatri» oppdrag i PO 2009	Estimert antall årsverk 2009	Andel
Oslo politidistrikt	2 809	25	13,97 %
Agder politidistrikt	1 328	12	6,70 %
Sør-Trøndelag politidistrikt	1 284	11	6,15 %
Søndre Buskerud politidistrikt	1 204	11	6,15 %
Hordaland politidistrikt	1 145	10	5,59 %
Rogaland politidistrikt	1 029	9	5,03 %
Vestfold politidistrikt	960	9	5,03 %
Østfold politidistrikt	859	8	4,47 %
Romerike politidistrikt	851	8	4,47 %
Hedmark politidistrikt	838	7	3,91 %
Troms politidistrikt	830	7	3,91 %
Telemark politidistrikt	768	7	3,91 %
Midtre Hålogaland politidistrikt	756	7	3,91 %
Asker og Bærum politidistrikt	638	6	3,35 %
Follo politidistrikt	635	6	3,35 %
Vestoppland politidistrikt	545	5	2,79 %
Sunnmøre politidistrikt	544	5	2,79 %
Helgeland politidistrikt	538	5	2,79 %
Haugaland og Sunnhordaland politidistrikt	529	5	2,79 %
Salten politidistrikt	525	5	2,79 %
Nord-Trøndelag politidistrikt	509	5	2,79 %
Nordmøre og Romsdal politidistrikt	482	4	2,23 %
Nordre Buskerud politidistrikt	400	4	2,23 %
Sogn og Fjordane politidistrikt	314	3	1,68 %
Vestfinnmark politidistrikt ¹	301	3	1,68 %
Østfinnmark politidistrikt	254	2	1,12 %
Gudbrandsdal politidistrikt ¹	131	1	0,56 %
KRIPOS	6	0,1	0,06 %
Sysselmannen på Svalbard	5	0,04	0,02 %
Totalt	20 014 ¹	179	100,00 %

¹ Vestfinnmark og Gudbrandsdal politidistrikter er estimert med hensyn på aktiv tid med utgangspunkt i fordelingen til Østfinnmark og Vestoppland (95 %). Årsverk er avrundet oppover fra aktive timer for det enkelte politidistrikt.

En gjennomgang av tilfeldige saker viser at det er eksempler på hendelser hvor «sykdom, psykiatri» kunne vært benyttet. Det antall saker som er gjennomgått i 5-års perioden 2005 til 2009 utgjør 94 282 unike saker hvor forholdets art nivå 2 «sykdom, psykiatri» er registrert.

Totalt 3 389 456 avsluttede oppdrag fra 2005 til 2009 er analysert med hensyn på oppdragstider og antall oppdrag i kategorien «sykdom, psykiatri»

(tabell 6.2 og 6.3). Kategorien «sykdom, psykiatri» utgjør 94 282 oppdrag eller 2,8 % av alle de analyserte oppdragene (jf. tabell 6.3). Når et oppdrag blir registrert i PO, blir tidspunktene automatisk loggført. Tiden fra oppdraget ble loggført frem til det registreres en ressurs avgitt til oppdraget, kalles ventetid og blir automatisk utregnet. Når en ressurs er registrert avgitt til oppdraget starter aktiv tid. Aktiv tid varer frem til ressursen blir fri-

Tabell 6.2 Antall oppdrag og brukt tid fordelt på år for alle kategorier

År	Antall avsluttede oppdrag	Aktiv tid (timer)	Ventetid (timer)	Total tid (timer)	Aktiv tid per oppdrag (min)	Ventetid per oppdrag (min)
2005	667 594	588 311	1 521 806	2 110 117	53	137
2006	694 332	619 107	1 587 653	2 206 760	53	137
2007	690 069	610 653	1 757 073	2 367 726	53	153
2008	674 015	599 426	1 882 800	2 482 226	53	168
2009	663 446	626 043	2 102 928	2 728 971	57	190
Sum	3 389 456	3 043 540	8 852 260	11 895 800	54	157

gitt eller oppdraget blir avsluttet. Hver enkelt ressurs som avgis blir registrert med sin unike identitet, og hvor mye aktiv tid som er benyttet, blir automatisk regnet ut fra registreringen av ressursen fant sted til ressursen ble frigitt oppdraget. Total tid er summen av ventetid og aktiv tid.

Oppdragsutviklingen på registrerte oppdrag i kategorien «sykdom, psykiatri» viser en økning på 9 % fra 2005 til 2009 (tabell 6.3). Det er oppdrag som er funnet registreringsverdige, men som det nødvendigvis ikke er benyttet innsatsressurser på.

Det er betydelig forskjell mellom hvor lang tid oppdragene med «sykdom, psykiatri» tar i forhold til gjennomsnittet av alle oppdragene hvor det benyttes innsatsressurser. Gjennomsnittet i perioden for aktiv tid for alle oppdrag er 54 minutter per oppdrag, men for «sykdom, psykiatri» er den aktive tiden 101 minutter eller 87 prosent lengre tid per oppdrag i gjennomsnitt.

Gjennomsnittlig ventetid for alle avsluttede oppdrag i perioden er 157 minutter, og ventetiden

for oppdrag i kategorien «sykdom, psykiatri» er 53 minutter eller cirka en tredjedel så lang tid.

Men gjennomsnittsmålinger gir ikke hele bildet og får ikke frem regionale og lokale forskjeller mellom politidistrikter og kompleksiteten i det enkelte oppdrag.

Analysen har fokusert på det som er brukt av politiets innsatsressurser (operativt personell). Denne ressursen utgjør førstelinjen til politiet og er døgnkontinuerlig tilgjengelig. På de oppdragene som er registrert med bruk av ressurs, fremkommer aktiv tid. Den kan variere fra noen få minutter til mange dager. Oppdragene får derfor sin unike «aktiv tid» registrert. Når man tar for seg antallet ganger samme aktive tid fremkommer gir det resultatet som vist i tabell 6.4 nedenfor. Her er alle 94 282 avsluttede oppdrag med forholdets art nivå 2 «sykdom, psykiatri» hvor det er benyttet en ressurs fra politiet, sammenstilt med hensyn på hvor mange prosent antallet ganger aktiv tid i timer fremkommer.

Tabell 6.3 Antall oppdrag og brukt tid fordelt på år på oppdrag registrert som «sykdom, psykiatri».

År	Ant. avsluttede oppdrag	Aktiv tid (timer)	Ventetid (timer)	Total tid (timer)	Aktiv tid per oppdrag (min)	Ventetid per oppdrag (min)
2005	18 364	32 294	14765	47 059	106	48
2006	19 230	34 566	13814	48 380	108	43
2007	18 148	29 899	15000	44 899	99	50
2008	18 526	30 075	14662	44 737	97	47
2009	20 014	32 167	24421	56 588	96	73
Sum	94 282	159 001	82662	241 663	101	53

Note: Gudbrandsdalen og Vestfinnmark politidistrikter er inkludert med estimerte tall, jf. tabell 6.1

Halvparten av alle oppdragene ble løst på under en time. 90 % ble løst på under 4 timer. Det er viktig å være klar over de regionale forskjellene i Norge med hensyn på ressursbruk i forhold til aktiv tid som medgår i hvert enkelt oppdrag.

Figur 6.1 viser fordelingen av anvendt aktiv tid på politiets egne ressurser i perioden for hele Norge. Oppdrag med varighet lenger enn 8 timer, forekommer mindre enn 3 %. På halvparten av oppdragene med «sykdom, psykiatri» er varigheten under en time og 90 prosent under 4 timer.

Tabell 6.4 viser hvordan regionale forskjeller slår ut. Her er ressursbruken i alle oppdrag av kategorien «sykdom, psykiatri» gjennomgått. Alle oppdrag hvor politiet har benyttet en eller flere ressurser, er gjennomgått med hensyn på aktiv tid for ressursen. I Oslo viser tabellen at 25 % av oppdragene løses innen 0,33 timer eller cirka 20 minutter og 95 % innen 2,3 timer eller 2 timer og 18 minutter. I Øst-Finnmark ser vi at 25 % løses innen cirka 2 timer, mens 95 % løses innen 25 timer og 37 minutter. Øst-Finnmark bruker betydelig lengre tid på å løse disse oppdragene enn Oslo.

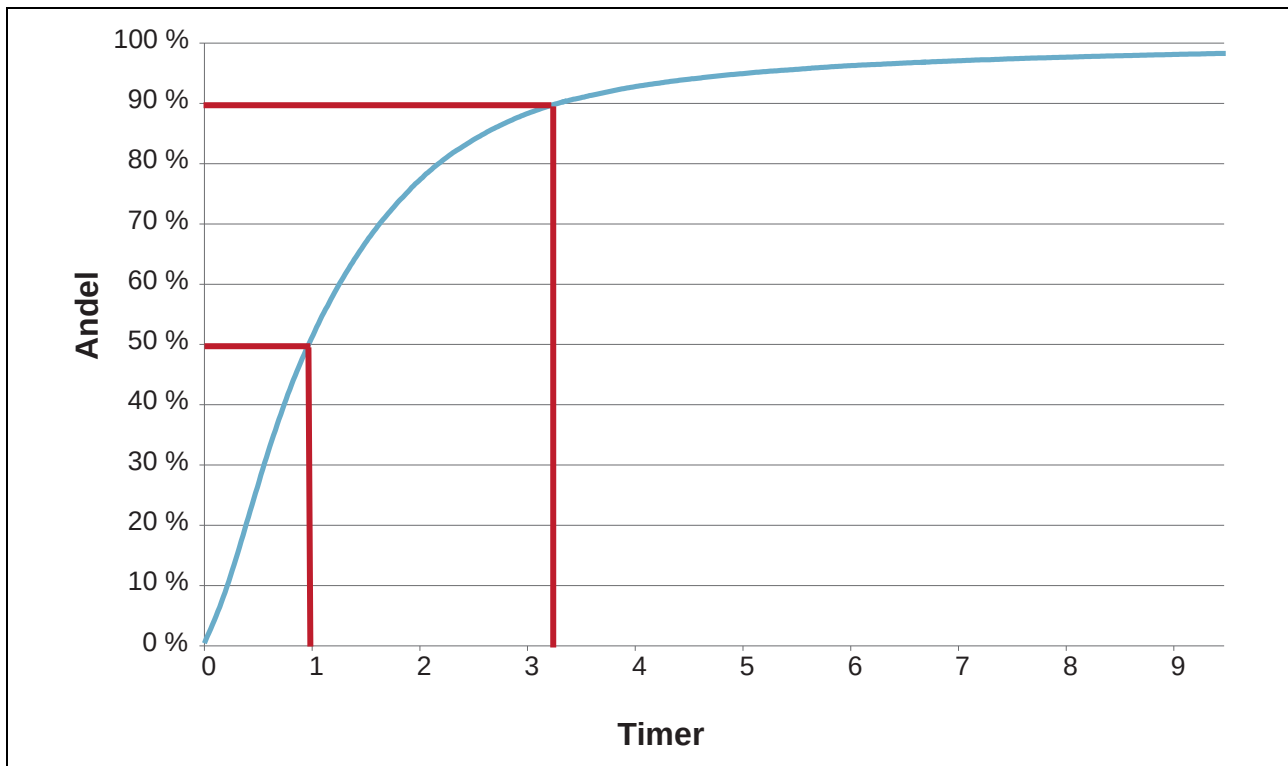
Samlet aktiv tid for alle politidistrikter i perioden fra 2005 til 2009 (tabell 6.3) pluss estimert aktiv tid blir cirka 160 årsverk når man runder av

oppover på timetallet for det enkelte politidistrikt. Dette tallet multipliseres med en faktor på 2, som er det normale antall tjenestepersoner i en innsatsressurs. Det gir 320 årsverk for hele perioden eller et gjennomsnitt på 64 årsverk på det enkelte år. Det utgjør cirka 1 % av årsverkene med utgangspunkt i StatRes for 2008.

I mange av oppdragene er det nødvendig for politiet å få bistand fra andre aktører. Disse ressursene blir også registrert med aktiv tid når de er lagt inn i PO som ressurs.

Eksempel på dette i perioden fra 2005 til 2009 er brannvesen (521 oppdrag og 423 timer), AMK (115 oppdrag og 212 timer), Viking (80 oppdrag og 59 timer), Falc (4 oppdrag og 4,22 timer), Sivilforsvaret (2 oppdrag og 5,17 timer), SeaKing (2 oppdrag og 5,3 timer), Glassmester (177 oppdrag og 176 timer), Legevakt (1814 oppdrag og 1577 timer) og barnevern (14 oppdrag og 26 timer). Samlet sett i perioden utgjør dette 2635 oppdrag og 2433 timer hvor ekstern ressurs ble benyttet for å gjennomføre oppdraget.

Utviklingen på antall oppdrag i det enkelte politidistrikt og fordelingen mellom politidistriktene er vist på figur 6.2. Selv om det er en økning på 9 % fra 2005 til 2009 i oppdrag av kategorien «sykdom, psy-



Figur 6.1 Fordeling av anvendt tid hvor det er benyttet ressurs i saker registrert som «sykdom, psykiatri»

Tabell 6.4 Fordeling av tidsbruk på «sykdom, psykiatri»- oppdrag ved de enkelte politidistrikt.

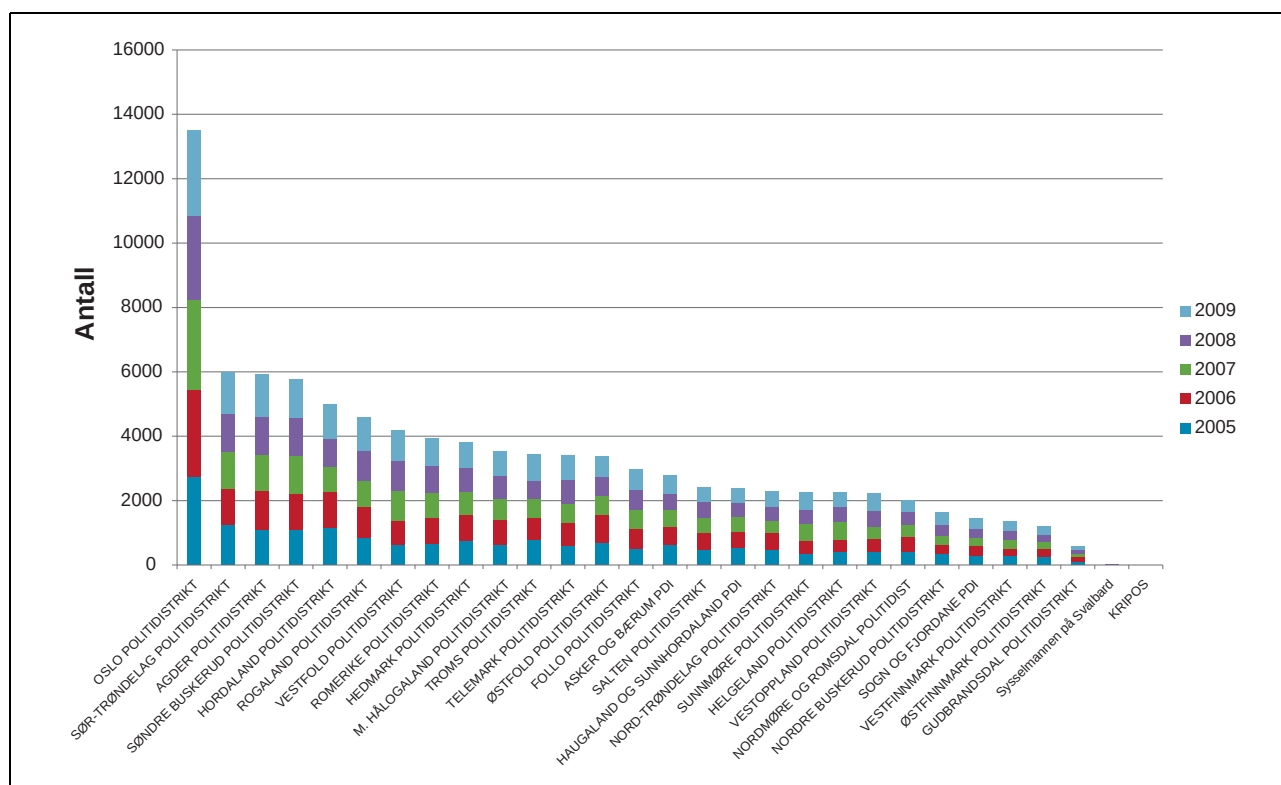
Politidistrikt	Antall oppdrag i perioden	25 %	50 %	75 %	90 %	95 %	Aktiv tid i årsverk 1095 timer ¹	Prosent
Oslo	13 526	0,33	0,63	1,12	1,82	2,3	16	10 %
Vestfinnmark estimert 95 % ¹	1 361						12	8 %
Helgeland	2 250	0,63	1,57	5,63	11,13	13,93	8	5 %
Hordaland	4 983	0,25	0,45	0,63	0,77	0,8	8	5 %
Midtre Hålogaland	3 526	0,75	2,2	7,53	12,9	16	8	5 %
Romerike	3 937	0,58	1,17	2	3	3,73	8	5 %
Søndre Buskerud	5 765	0,5	0,95	1,73	2,58	3,35	8	5 %
Vestfold	4 177	0,48	0,97	1,63	2,47	3,12	8	5 %
Østfinnmark	1 190	2,05	6,25	12	20,82	25,62	8	5 %
Agder	5 937	0,47	0,95	1,73	2,82	3,6	7	4 %
Sør-Trøndelag	5 991	0,48	0,95	1,72	2,77	3,67	7	4 %
Troms	3 458	0,45	0,97	2,1	4,45	6,22	7	4 %
Hedmark	3 797	0,57	1,23	2,37	3,92	4,9	6	4 %
Salten	2 396	0,62	1,33	2,48	4,17	5,45	6	4 %
Haugaland og Sunnhordaland	2 388	0,53	1,17	2,15	3,65	5,65	5	3 %
Nordre Buskerud	1 635	0,75	1,73	3,02	5,52	6,77	5	3 %
Rogaland	4 598	0,5	0,92	1,53	2,38	3,08	5	3 %
Asker og Bærum	2 769	0,47	0,9	1,72	2,75	3,42	4	3 %
Follo	2 975	0,58	1,15	2,08	3,22	4,05	4	3 %
Sunnmøre	2 266	0,58	1,17	2,2	3,82	5,15	4	3 %
Telemark	3 403	0,48	1	1,85	3,02	3,97	4	3 %
Østfold	3 362	0,43	0,85	1,57	2,35	3,05	4	3 %
Vestoppland	2 221	0,6	1,25	2,43	4,17	5,53	3	2 %
Sogn og Fjordane	1 447	1,48	2,98	5,23	7,92	10,32	2	1 %
Gudbrandsdal estimert 95 % ¹	596						1	1 %
Nordmøre og Romsdal	2 019	0,68	1,43	2,53	4,12	5,27	1	1 %
Nord-Trøndelag	2 282	0,52	1,17	2,6	5,88	8,62	1	1 %
KRIPOS ¹	11							
Sysselmannen på Svalbard ¹	16							
Sum	94 282	0,47	0,97	1,83	3,17	4,68	160	100 %

¹ Vestfinnmark og Gudbrandsdal politidistrikter er estimert med hensyn på aktiv tid med utgangspunkt i fordelingen til Østfinnmark og Vestoppland (95 %) og KRIPOS og Sysselmannen på Svalbard har et lavt antall saker (27) i perioden og er ikke gitt årsverk blant annet fordi de kan benytte ressurser fra andre politidistrikter og timetallet anslås så vidt lavt for egen ressursbruk. Årsverket er avrundet oppover fra aktive timer for det enkelte politidistrikt.

kiatri», er antallet oppdrag relativt konstant i de enkelte politidistriktene.

Når man skal beregne ressursinnsatsen, kan man ta utgangspunkt i at de fleste oppdrag løses av

innsatsressurser (uniformert politi). En patrulje består normalt av to tjenestepersoner. Det medfører at man må multiplisere aktiv tid i PO med 2 for å få det reelle timeverk/årsverk.



Figur 6.2 Antall oppdrag «sykdom, psykiatri» fordelt på politidistrikter og år

«Ett brutto årsverk (100 % stilling) utgjør 1725 timeverk, basert på 37 ½ times arbeidsuke og 46 tilgjengelige arbeidsuker når ferie og helligdager er fratrasket.»⁶

Videre sier POD følgende om årsverk ved døgnkontinuerlig tjeneste:

«Døgnkontinuerlig tjeneste krever 8 årsverk. Beregningsnøkkel for døgnkontinuerlig tjeneste med en ansatt er satt til 8,0 årsverk, dvs. det antall årsverk som er nødvendig for å ha en tjenestemann på jobb 24 timer i døgnet. Da legges det til grunn at minst mulig ferie og fravær skal dekkes med overtid eller av vikarer. Beregningsnøkkelen vil kunne variere mellom distriktene på grunn av ulike vaktordninger med videre. Gjennomsnittsverdien er satt til 8,0.

For å tydeliggjøre kostnadene i årsverk: Skal det opprettes en ekstra tomannspatrulje (døgnkontinuerlig ordenstjeneste) i hvert politidistrikt, kreves det (8 årsverk x 2 x 27 distrikter) 432 nye årsverk.»⁷

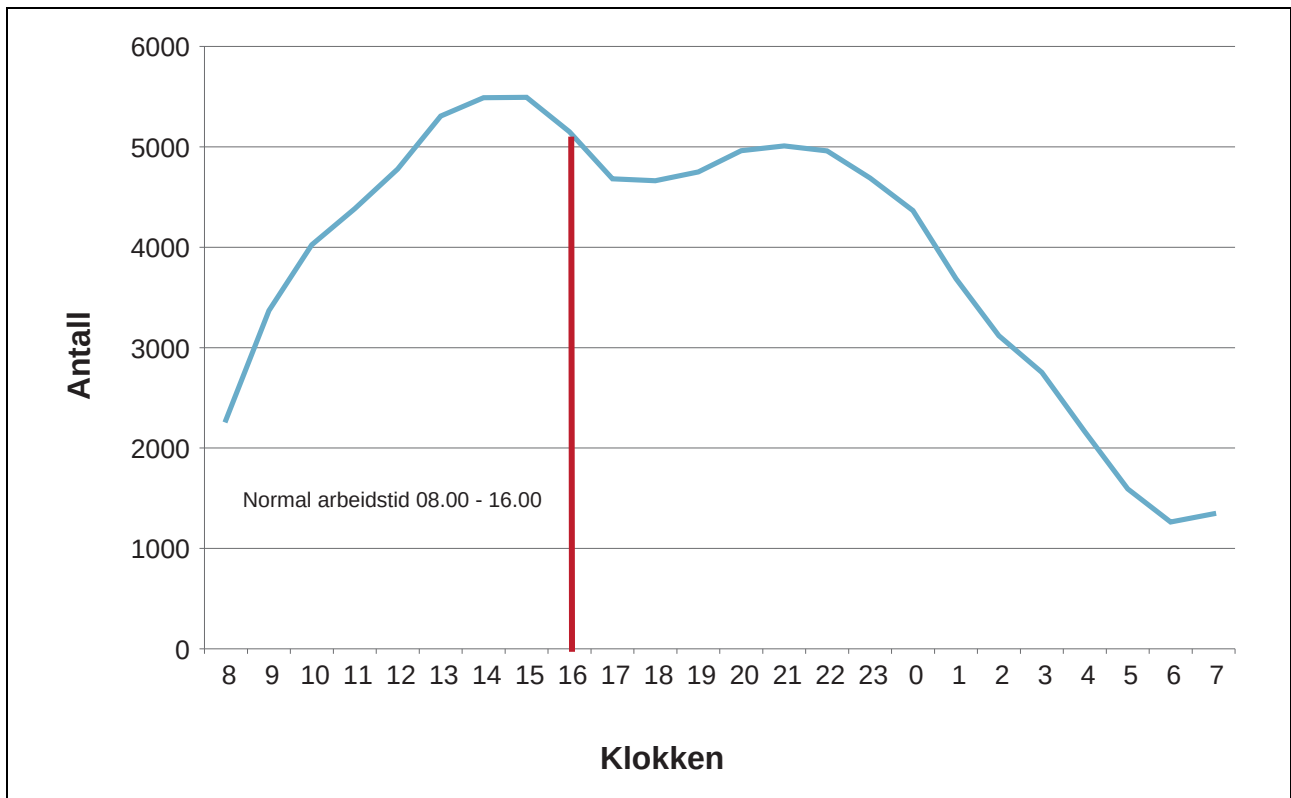
Det er når oppdragene skjer, at ressursene må være tilgjengelige. Hvis det ikke er tilgjengelige innsatsressurser og mange andre oppdrag skjer samtidige belaster «sykdom, psykiatri»-oppdragene ekstra på grunn av at disse oppdragene er krevende og tar lengre tid.

I tiden fra kl. 08.00 til kl. 16.00 fant 43 prosent av alle oppdragene sted (figur 6.3). Det forteller at flesteparten av oppdragene skjer fra 17.00 til 07.00 da tilbudet fra psykisk helsetjeneste er begrenset. Det fører til at det er politiet som blir sittende med utfordringen med å gi disse personene et tilbud i dette tidsrommet.

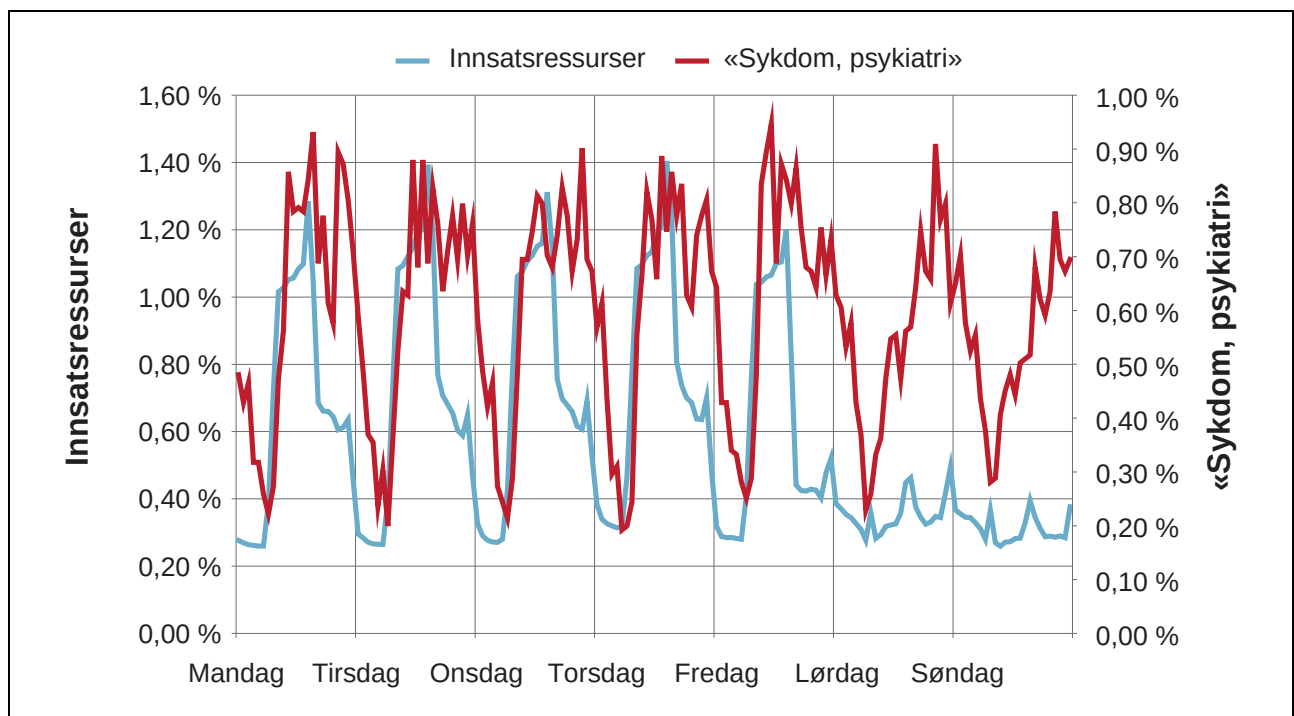
Tilgjengelighet på politiets innsatsressurser er vist ved et eksempel på figur 6.4. Som figuren viser, skjer mange oppdrag i helgene når det er få innsatsressurser på jobb. Da er det også mange andre oppdrag og stort behov for innsatsressurser. Oppdragene med koden «sykdom, psykiatri» resulterer da i ytterligere press på innsatsressursene da denne oppdragstypen tar lengre aktiv tid jf. tabell 6.3.

6. Politidirektoratet, 2008, s. 31

7. Politidirektoratet, 2008, s. 39



Figur 6.3 Når på døgnet «sykdom, psykiatri»-oppdrag finner sted



Figur 6.4 Forholdet mellom når «sykdom/ psykiatri»-oppdrag skjer, og når innsatsressurser er tilgjengelige

2 Politiets kostnader

Ved beregning av tidsbruken er det ikke tatt hensyn til at innsatsressurser har støttefunksjoner som også bemannes.

Et estimat på kostnaden ved å benytte innsatsressurser på denne kategorien oppdrag er fremkommet med følgende premisser:

- Gjennomsnittlig lønn for tjenestepersoner i politiet er 421 200.⁸
- St.prp 1 (2008–2009) hvor budsjettet til politi og påtale var 9 503 724 000⁹
- Andelen politiansatte 70 %
- 7505 politiårsverk i 2008 (StatRes)¹⁰
- 8760 timer i kalenderåret
- 2 tjenestepersoner i en innsatsressurs gir 16 personer 24/365
- 20 014 oppdrag av 1,68 timer i kategorien «sykdom, psykiatri»
- 8,3 % økning i budsjettet fra 2008 til 2009

Samlet sett gir det en kostnad vedrørende oppdrag registrert som «sykdom, psykiatri» på cirka 62 millioner kroner i 2009 med en kostnad på cirka 2 000 kroner per time for en patruljebil med to tjenestepersoner.

Tiden til en tjenesteperson har en alternativ anvendelse som sannsynligvis har langt større verdi enn for eksempel nytten ved transport av personer med psykiske lidelser. Et mål på alternativ kostnad er ventetid for alle oppdrag som etterspør en innsatsressurs. Den gjennomsnittlige ventetiden på alle oppdrag registrert i PO har økt med cirka 38 % i perioden og var i 2009 på 3 timer og 12

minutter. Konsekvensene av økt ventetid kan være økte kostnader på andre områder, for eksempel at andre viktige oppdrag må vente fordi innsatsressursene ikke er tilgjengelige, eller tiden kunne vært benyttet til kriminalitetsforebyggende arbeid.

Man kan ikke forklare økt ventetid alene med økningen av antall oppdrag registrert som «sykdom/ psykiatri», til det er antallet for lite. Organisering av når og hvor ressurser skal være tilgjengelig, er helt avgjørende for å redusere ventetiden, jf. figur 6.4, som viser sammenhengen mellom når «sykdom, psykiatri»-oppdrag skjer, og når innsatspersonell som går turnus, er på jobb. Hva de gjør er avgjørende for i hvilken grad de påvirker.

På bakgrunn av analysen anslås antall årsverk politiet benyttet i løpet av 2009 på oppdrag i kategorien «sykdom, psykiatri», til å være cirka 64 årsverk av 1095 timer og til en kostnad av 62 millioner kroner. Oppdragsmengden utgjør cirka 3 % av alle oppdrag i 2009, samlet aktiv tid på «sykdom, psykiatri» utgjør cirka 5 % av total aktiv tid og kostnaden under 1 % av politibudsjettet.

3 Registreringer i PO vedrørende domfelte personer etter § 233

Gjennomgang av 106 saker som det er registrert i STRASAK at har dommer etter straffeloven § 233 i perioden fra 2004 til 2009, viser at av de 106 personene som ble dømt eller hvor forholdet ble henlagt på grunn av mistenktes død, var det bare 28 som ikke var registrert før drapstidspunktet. De resterende 78 personene hadde 1581 forhold registrert, hvorav 50 personer var registrert med utagerende atferd og av disse var det 25 personer som også var registrert med rusrelaterte forhold. Ti av disse

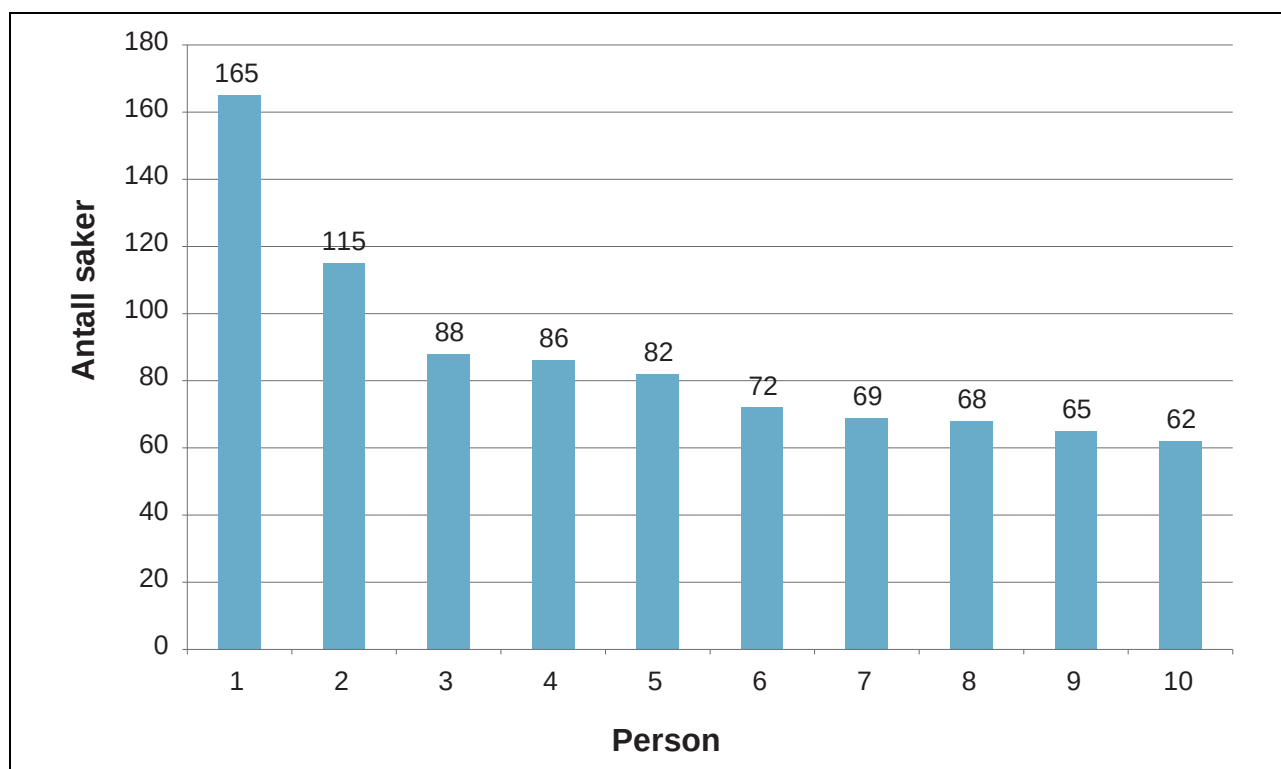
8. Statistisk sentralbyrå (SSB), 2010

9. St.prp. nr. 1 (2008-2009)

10. Statistisk sentralbyrå (SSB), 2009

Tabell 6.5 Oversikt ressursbruk for politi på oppdrag registrert som «sykdom, psykiatri»

Oppdrag «sykdom,, psykiatri»	2005 til 2009	2009
Estimert antall årsverk for 2009 med utgangspunkt i politidistriktenes maksimalanslag på ressursbruk jf. tabell 6.1	895 årsverk	179 årsverk
Totalt antall årsverk på alle avsluttede oppdrag «sykdom, psykiatri» ventetid og aktiv tid x 2 tjenestepersoner og 1095 timer i årsverket jf. tabell 6.3	441 årsverk	103 årsverk
Beregnet antall årsverk med utgangspunkt i aktiv tid og estimert tid x 2 tjenestepersoner og 1095 timer i årsverket jf. tabell 6.4	320 årsverk	64 årsverk
Antall årsverk «sykdom, psykiatri» basert på registrert aktiv tid x 2 tjenestepersoner og 1095 timer i årsverket jf. tabell 6.3	290 årsverk	59 årsverk
Antall årsverk «sykdom, psykiatri» basert på bare registrert aktiv tid og 1095 timer jf. tabell 6.3	145 årsverk	29 årsverk



Figur 6.5 Antall forhold registrert i PO for de 10 gjerningspersonene dømt etter § 233 med flest registreringer før drapstidspunktet

personene er registrert med forhold «sykdom, psykiatri» en eller flere ganger.

25 domfelte etter straffeloven § 233 hvor forholdets avgjørelse var overføring til tvunget psykisk helsevern eller tilsvarende, hadde 540 forhold registrert i PO før drapet hvorav 16 personer var registrert med 26 forhold «sykdom, psykiatri» og 14 hadde vist utagerende atferd og syv i kombinasjon med rus.

To av drapene er registrert i PO med et forløp hvor pårørende og politiet har søkt hjelp for vedkommende på grunn av sykdomsbildet og risikoen kort tid før drapet fant sted.

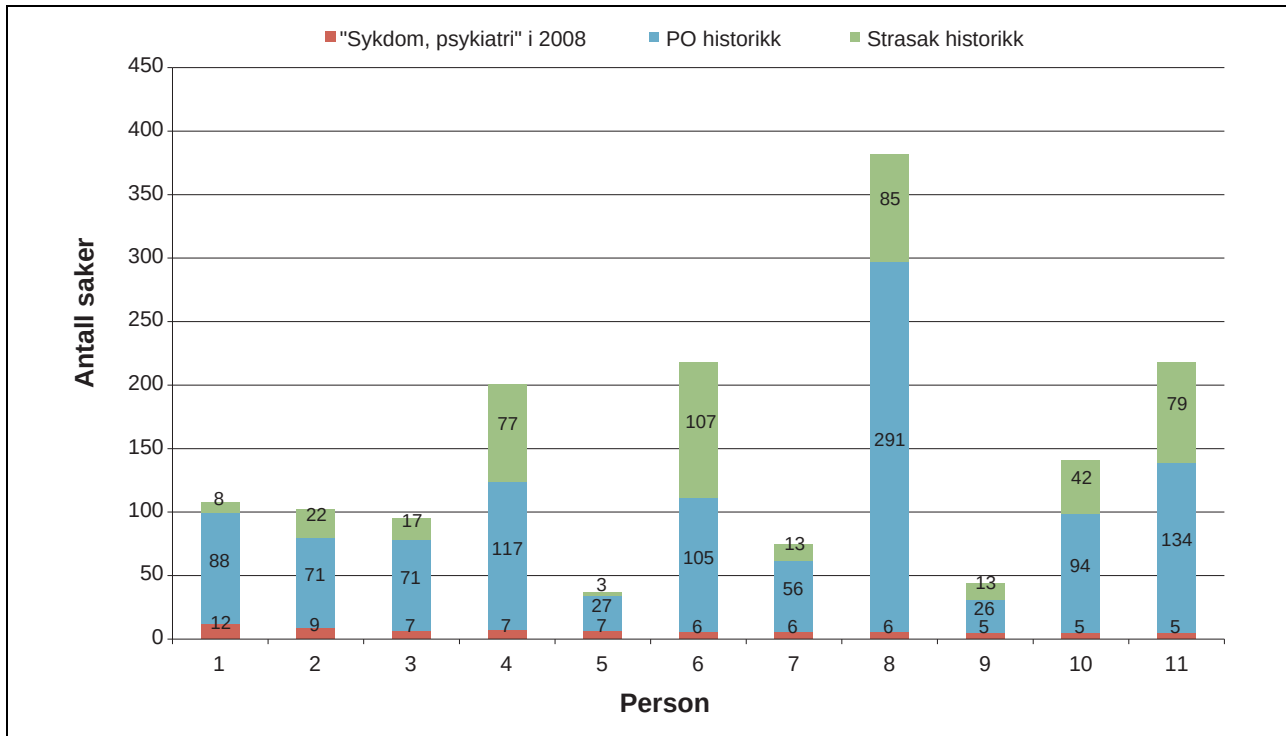
Når en hendelse registreres i PO, kan informasjonen man får gjennom hendelsesforløpet resultere i at flere «forholdets art nivå 2 koder» blir benyttet. Kodingen gir informasjon om relevante forhold som kjennetegner oppdraget. I de gjennomgatte 94 282 sakene viser tabell 6.6 hvilke andre forhold som var registrert samtidig.

Enkelte personer er registrert hyppigere enn andre med forhold som viser kombinasjoner av utagerende atferd og rus.

En gjennomgang av 11 personer med registrerte forhold «sykdom, psykiatri» i 2008 i Oslo viste at samtlige personer hadde et betydelig antall saker registrert både i PO og i STRASAK (figur 6.6).

Tabell 6.6 Andre koder som kan implisere risiko for vold i tilknytning til saken med «sykdom, psykiatri» (N=94 282)

Forholdets art nivå 2	Antall hendelser
Ordensforst. off sted	3689
Ordensforst. privat sted	2344
Tvang / trusler	2213
Familieforhold	1139
Legemskrenkelse	923
Narkotika	865
Skadeverk	560
Brann	238
Vold mot off. tj.mann	136
Telefonsjikaner	129
Ran	25
Bombetrussel	15
Forebygge voldskrim.	13
Ærekrenkelse	11
Bombesøk	3
Forebygge sedelighetskrim.	1



Figur 6.6 Totalt antall saker i PO og STRASAK for 11 personer med «sykdom, psykiatri» i 2008 i Oslo

Note: Den røde søylen viser antall forhold hvor psykisk helsevern og politiet samarbeidet ved håndteringen av situasjonen. Den blå søylen viser politiets historikk registrert i PO på personen, og den grønne søylen viser antall saker i STRASAK.

4 Konklusjon

Oppdragsbeskrivelsen i PO gir et bilde av forløpet til personene og den ressursinnsats politiet har hatt når personene har skapt situasjoner hvor politiet har blitt involvert. Gjennomgangen viser at politiet kan ha mye informasjon som kan bidra til bedre helsetilbud for gjerningspersonene. Informasjonen kan også være viktig for eventuelle vurderinger av risiko som personen kan representere for seg selv og andre.

Referanser

- Forskrift 22. juni 1990 nr. 3963 – Alminnelig tjenesteinstruks for politiet (politiinstruksen)*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.lovdato.no/for/sf/jd/jd-19900622-3963.html>
- Lov 4. august 1995 nr. 53 om politiet (politi-loven)*. Hentet fra <http://www.lovdato.no/all/nl-19950804-053.html>
- Ot.prp. nr. 108 (2008–2009) Om lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndighe-*

ten (politiregisterloven). Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regnpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-108-2008-2009.html?id=572473>

Politidirektoratet. (2008). *Politiets rolle mot 2020 (Bemanningsrapporten)*. Oslo.

St.prp. nr. 1 (2008–2009). Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regnpubl/stprp/2008-2009/stprp-nr-1-2008-2009-2.html?id=530649>

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2009). *StatRes – Politi og påtale – SSB. SSB – Politi og påtale – StatRes*. Hentet April 7, 2010, fra http://www.ssb.no/politi_statres/

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2010). *Statistikkbanken. Statistisk sentralbyrå – lønnsstatistikk, ansatte i staten*. Hentet April 7, 2010, fra http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabell-Hjem.asp&KortnavnWeb=lønnstat

Vedlegg 7

Kartlegging av politidistriktene og særorganers aktivitet vedr. «psykiatri»

Brev av 27. januar 2010 til landets politidistrikt, utvalgte særorgan og Sysselmannen på Svalbard fra Oslo politidistrikt

Det vises til vedlagte bekreftelsesbrev fra Olsenuutvalget hvor jeg har fått i oppdrag å utarbeide en delrapport om samarbeid mellom politi og helsetjenesten om personer med kjent psykisk lidelse, herunder personer med gjentatte rusutløste psykoser.

Olsenuutvalget er et Regjeringsoppnevnt utvalg som skal undersøke forhold knyttet til at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv.

Jeg tenker å bruke PO-systemets registrerte hendelser/oppdrag under forholdets art: Råd og bistand (nivå 1), Sykdom/psykiatri (nivå 2) i denne kartleggingen. I tillegg ønskes det innspill fra hvert enkelt politidistrikt og særorgan, for å få en best mulig oversikt over aktivitetsnivået på dette området (psykiatri) og hvordan samarbeidet mellom politi og psykisk helsetjeneste faktisk foregår formelt og uformelt, lokalt.

Jeg ber derfor om en tilbakemelding på følgende spørsmål *innen mandag 15.2.2010*, gjerne pr e-post til undertegnede:

- 1 Gir PO-systemet en fullstendig oversikt over distriktets/særorganets aktiviteter knyttet til psykiatri (hendelser/oppdrag) som behandles i politidistriktet?
- 1b Hvis nei, redegjør kort for aktiviteter antall/type som ikke fremkommer i PO-systemet, hvor dette alternativt registreres og hvorfor PO da ikke kan benyttes.
- 1c Gi en kort oppsummering av karakteristiske kjennetegn ved psykiatrioppdragene i distriktet/særorganet.
- 1d Dersom det er mulig, kan dere angi hvor mye ressurser som brukes til denne typen aktiviteter i distriktet/særorganet (dagsverk, månedsverk, årsverk) pr år?
- 2 Er det etablert formelle samarbeidsfora mellom politidistriktet/særorganet og psykisk helsetjeneste?

- 2b Hvis ja, beskriv kort formålet med hvert enkelt forum og på hvilke nivå i organisasjonen det ligger på (PM nivå, mellomledernivå eller utførende nivå)
- 2c Beskriv kort eventuelle uformelle samarbeidsfora og hvordan disse fungerer.
- 3 Beskriv kort politidistriktets/særorganets utfordringer og erfaringer ved håndtering av personer i psykisk ubalanse og/eller kombinert med rus.
- 4 Beskriv kort politidistriktets/særorganets erfaringer med samarbeidet med psykisk helsetjeneste
- 5 Angi til slutt forhold (inntil 3) på dette området med størst forbedringspotensiale, evt. hvordan forbedringene kan/bør implementeres i politiet

Mange politidistrikter har gitt uttrykk for at de bruker unødvendig mye ressurser på håndtering av psykisk syke. Rammevilkårene som denne gruppen underlegges har stor betydning for politiets arbeid i forbindelse med ordenshåndheving og kriminalitetsbekjempelse. Olsenuutvalgets mandat og arbeid vil dermed kunne være en viktig anledning for politiet til å beskrive situasjonen og fremme forslag til forbedringer der vi ser muligheter. Jeg håper ved dette på gode innspill å bringe videre.

Vennligst oppgi en kontaktperson for distriktet/særorganet i sakens anledning.

Jeg takker på forhånd for velvilje og bistand.

Med vennlig hilsen

Arne Erik Hennum
rådgiver

Vedlegg 8

Samarbeidsnettverket mellom akuttpsykiatri og politi i Oslo politidistrikt. Erfaringer og momenter til fremtidig styrking av samarbeid mellom det psykiske helsevern/ psykiatrien og politiet

Brev av 18. mai 2007 fra Ullevål universitetssykehus HF, Psykiatrisk divisjon, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør

Til
Sentral ledelse for Oslo politidistrikt
Psykiatri-koordinator ved Regionalt helseforetak Øst
Lederne for divisjon/klinikk for psykiatri/psykisk helse ved helseforetakene:

- Ullevål universitetssykehus
- Aker universitetssykehus
- Lovisenberg diakonale sykehus
- Diakonhjemmets sykehus
- Akershus universitetssykehus

Det har, som det er kjent for alle adressater, i vel tre år eksistert et «Samarbeidsnettverk mellom akuttpsykiatri og politi» i Oslo politidistrikt. Samarbeidsnettverket hadde sitt første møte i februar 2004. Selv om det har kommet en del skriftlige uttalelser i enkeltsaker fra nettverket, vil vi vedlegge en nylig fullført 3-årsrapport som inneholder en kortfattet, men dekkende fremstilling av viktige saker som har vært behandlet i nettverket. Rapporten gir også en bakgrunn for de enkeltsaker vi kommer til nedenfor i dette brevet.

Først skal det gjentas at nettverket har vært ment som et uformelt, rådgivende organ, som aldri har hatt eller tiltatt seg linje- og konkret avgjørelsesmyndighet. Dette har vært nettverkets styrke på den ene siden; mulighet for fri og uforpliktende diskusjon av viktige forhold og enkeltsaker. På den andre siden har mangelen på slikt myndighetsansvar gjort at fremdriften av sakene har vært svakere. *Det er dette siste som gjør at vi nå foreslår overføring av flere viktige saker til et direkte samarbeid mellom de aktuelle og impliserte organer i henholdsvis det psykiske helsevern (spesialisthelsetjenesten) og politi, noe vi tror også gir bedre muligheter for nødvendig lokal forankring knyttet til enkeltsakene.*

Nettverkets møter har ført til en større gjensidig forståelse og kommunikasjon mellom de to hovedinstanser. Dette gjelder ikke minst avveining mellom taushetsplikt og opplysningsplikt, og synes å ha gjort samarbeidet smidigere og mer i tråd med lovverkets egentlige hensikt. Ett eksempel er avklaring av når politiet bør og ikke bør ha begjæringsansvar og -myndighet ved etablering av tvungent psykisk helsevern (tidligere «tutel»). Videre er det blitt innskjerping av den tidsmessige prioritering politiet bør få når de bringer pasienter tiltrengende rask vurdering eller hjelp til legevakt eller distriktpsykiatriske sentra, noe som er spesifisert på side 2 i den vedlagte rapporten. Det er viktig å huske at dette ikke betyr en løsning som alltid blir husket og respektert. Slike hendelser er et eksempel på det vi i fremtiden mener direkte og raskt bør tas opp mellom de impliserte deler av psykiatrien (inkludert psykiatrisk legevakt og også allmennlegevakten) og politiet.

Det som er og blir den store utfordringen, er politiets rolle i primær innbringelse, annen transport, rømninger og unnvikelser av pasienter fra sengeavdelingene. Vi viser her til mesteparten av side 3 i vedlagte rapport, der disse problemene er nærmere spesifisert. Pr. i dag er det ikke detaljert enighet om hvordan ansvaret for utøvelsen av disse funksjonene skal deles mellom politi og psykiatri i Oslo-området. «Psykebil-ordningen» i Bergen har vært mye omtalt og drøftet i samarbeidsnettverket. Dette er omtalt på side 4 i vedlagte rapport. Det synes klart at en slik ordning ikke er aktuell i Oslo, både av juridiske og andre grunner. Innen politiet arbeides det også med planlegging av et system med fakturering fra politiet for tjenestene. Avgrensingen og detaljplanleggingen av dette må trolig avgjøres på departementalt eller direktoralt plan, *men kan tross dette bli et vesentlig*

konkret forhandlingstema mellom de aktuelle politi- og helseavdelinger.

Et av områdene hvor det synes å være fremgang etter nettverkets arbeid, er de psykiatriske avdelingers rutiner for å hindre unødige pasient-unnvikelser, og ikke minst å redusere unødige meldinger til politiet. Som beskrevet på side 3 i rapporten, gikk det fra samarbeidsnettverket / Kompetansesenteret tidlig i 2006 ut en relativt skarp og punktviss henvendelse til ledelsene ved divisjoner/klinikker for å bedre dette. Det har ført til at det flere steder er utarbeidet klare og utfyllende instruksjer til fagfolkene. Særlig aktive har Ullevål universitetssykehus vært, og konkrete registreringer hos politiet har dokumentert merkbar bedring her. Akershus universitetssykehus hadde for øvrig på forhånd et klart og godt instruksverk for dette. *Vi tror likevel det er grunn til økt direkte kontakt mellom de enkelte helseforetak og politiet om dette.*

Et viktig område for den videre direkte kontakt mellom de linjeansvarlige i politi og psykiatri er å

gjøre samarbeidet mer lokalisert, dvs. mellom for eksempel politistasjon og distriktpspsykiatriske sentra. Vi vet at det allerede nå er flere slike kontakter etablert, men dette bør det tas videre initiativer til. På den andre siden er det i forbindelse med en del akuttfunksjoner, særlig på natt og i helg, helt nødvendig at samarbeidet bygger på avtaler mellom helseforetak og enkeltavsnitt i politiet, for eksempel sambandsavsnittet.

Vi foreslår altså en aktiv holdning fra adressatene for å gjøre samarbeidet mellom politi og psykiatri mest mulig effektivt med rettferdig fordeling av ansvar og byrder. Det vil neppe være nok med et enkelt møte om dette, det trengs vedlikehold i hver linje for å bygge opp og bevare et godt samarbeid.

Finn Abrahamsen
Politioverbetjent
leder Voldsavsnittet

Bjørn Østberg
Avdelingsoverlege
leder Kompetansesenteret

Vedlegg 9

Samarbeidsnettverk mellom akuttpsykiatri og politi i Oslo

Oppsummering etter tre års drift

Skrevet etter fullmakt i april 2007 av Pål Hartvig, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Nettverket ble opprettet på initiativ fra Kompetansesenterets leder Bjørn Østberg og leder for Oslo politidistrikt, voldsavsnittet, Finn Abrahamsen. Dette skjedde senhøstes 2003 etter presseoppslag om en person nylig utskrevet fra en akuttpsykiatrisk avdeling, som kort etter utskrivningen tok livet av sin tidligere samboer. I den saken hadde politiet forventet melding om utskrivningen for å kunne ha tatt forholdsregler mot en slik handling. Østberg og Abrahamsen ble enige om å danne et uformelt nettverk mellom de to instansene med første målsetning å bedre kommunikasjonen. Det ble innledningsvis særlig tenkt på å få til en bedre avveining mellom taushetsplikt og opplysningsplikt, to prinsipper som begge er tungt forankret i lovverket, men som ofte er mindre motstridende enn helsepersonell kan ha en tendens til å mene. Nye komponenter i nettverksarbeidet er kommet til siden.

Nettverket ble sammensatt ved invitasjon til ledelsen ved akuttpsykiatriske avdelinger og DPS-poliklinikkene i Oslo, til Regional sikkerhetspsykiatrisk avdeling, til politilegen i Oslo og til representanter for forskjellige avsnitt ved Oslo politidistrikt. Sekretariatfunksjonen ble ivaretatt ved Kompetansesenteret. Nettverket har representanter fra politiet og alle helseforetakene i Oslo politidistrikt.

Første møte i nettverket fant sted 5. februar 2004. Det var godt fremmøte og de fleste innkalte instanser var representert. Siden har det vært halvårlige møter, i juni og november 2004, i mai og desember 2005 og i juni og desember 2006. Fremmøtet har hele tiden vært godt. På grunn av økt saksmengde er det opprettet et arbeidsutvalg som fra desember 2004 har hatt 11 møter.

Hovedtemaer for nettverkets funksjon

I det følgende blir det gitt en hovedoversikt over de temaer nettverket har befattet seg med, men først

er det viktig å beskrive dets plassering i systemet. Det er som nevnt uformelt opprettet som et forum for gjensidig orientering og diskusjon. Dette betyr at ethvert konkret forslag om rutineendringer eller liknende som måtte oppstå i nettverket må fremsendes til de organer som har myndighet til å behandle/ta avgjørelse i saken. Det er videre viktig å fastslå at selv om Kompetansesenteret har sekretariatfunksjon for nettverkets diskusjoner, har det verken myndighet eller ressurser til å forestå detaljert saksbehandling med inngående forslag til rutineendringer. Det viktigste for nettverket og Kompetansesenteret blir å videreformidle hovedlinjer, gjerne med konkret innhold, som de aktuelle overordnede instanser vurderer og eventuelt går videre med.

Beskrivelsen av prosessen i nettverket deles i to hovedområder:

I. Generell bedring av gjensidig forståelse og kommunikasjon

Diskusjoner under møtene har vært nyttige ved at hver side har kunnet opplyse om egne utfordringer, begrensninger og problemer. For eksempel gjelder dette psykisk helsevernlovens begrensninger for når og hvordan helsevernet kan etablere innleggelser uten pasientens samtykke. Det er nok både hos publikum og delvis i politiet et noe manglende kjennskap til dette, forståelig nok. Dette har vært fokusert på i møtene og det har gitt økt forståelse. Når det gjelder psykiatriske helsearbeideres taushetsplikt har det på den annen side vært diskusjoner med økt forståelse for hvor opplysningsplikten, ikke minst til politiet må få overvekt. Politiet har vært innstilt på å hjelpe psykiatrien ved henvendelse derfra om enkeltpasienter der politiet måtte sitte inne med opplysninger om fare for voldshandling. For dette er det etablert en rutine om at psykiatrien skal få svar fra ansvarlig jourhavende politihold. Kompetansesenteret har i enkelt saker vært et mellomledd for politiets kontakt med enkeltinstitusjoner, om innleggelsesvei for mulig sinnslidende personer i varetekt, under etterfors-

kning eller i andre situasjoner. Dette har vært og kan bli til hjelp, selv om det hele tiden har vært klart at Kompetansesenteret ikke har noen formell plass eller myndighet i disse prosedyrene.

II. Saker med konkret endringspotensiale

Svært mange av disse sakene har vært knyttet til den store mengdemessige belastning politiet har med psykiatiske pasienter. Dette gjelder for to hovedsituasjoner. Den ene gjelder tids- og personellbruk ved innleggelser av nye pasienter, den andre ved uteblivelse eller rømninger av pasienter som allerede er tvangsinnlagte. Begge disse hovedsituasjoner har vært gjenstand for bekymring fra politiet med store oppslag i mediene i forskjellige deler av landet. I Oslo politidistrikt er dette også et stort kvantitativt problem. Nettverket har diskutert forholdene med siktemål å redusere politiets ressursbruk på dette området der den bygger på dårlige rutiner eller manglende forståelse i helsevernet. Kompetansesenterets ledelse har også fått innsyn i politiets registreringer av oppdragene med personer som oppfattes som sinnslidende eller personlighetsmessig avvikende.

Når det gjelder tidsbruken ved innleggelser eller ivaretagelse i psykiatrien på andre måter, gjelder problemene ofte at politiet primært må innbringe åpenbart forstyrrede personer som trenger rask psykiatrisk vurdering eller innleggelse. Venting på psykiatrisk legevakt på kvelder og i helger er oppfattet som et mindre problem, og responstiden for pasienter politiet kommer med er moderat. Både psykiatrisk legevakt og allmennlegevakten har som målsetting at denne ikke skal overskride ca. 15 minutter. Dette er blitt bekreftet og «oppfris- ket» overfor nettverket ved henvendelser i 2005. Dette betyr dog ikke at saken skal være løst for politiets del innen denne tiden, men at legevakten skal påbegynne en behandling av situasjonen. Det største problemet for politiet har vært overfor DPS-poliklinikker i deres åpningstid. Her har det vært forskjellig praksis med hensyn til imøtekom- melse av politiet når de kommer med for poliklinik- ken «nye» pasienter, selv om disse tilhører DPS'ets geografiske område. Nettverket har innhentet utta- lelse fra Oslos helseforetak om hvorvidt poliklinik- kene vil betjene politiet hurtigst mulig i sine åpningstider, og *alle har svart «Det skal skje»*. Det som ennå gjenstår å se er hvordan pasientenes «hjemstavnsrett» til DPS'et blir håndtert.

Et annet problem kan være at akuttavdelingene avviser politiet med en forstyrret pasient fordi det ikke foreligger formalia med legeundersøkelse og tutel. Dette er trolig et større problem i andre deler

av landet uten så velutbygde legevaktordninger. I Oslo kan akuttavdelingen også avvise mottak, fordi de mener pasienten hører til ved en annen avdeling etter bostedsadresse eller fødselsdato for «u.f.b.»- personer. Riktig bruk av den såkalte «veiviseren» for akutt psykiatrisk helsehjelp kan redusere dette. Da denne for politiet kan være tungvint å forstå, bruker de nå AMK, og dette fungerer tilfredsstil- lende.

Samlet sett opplever likevel politiet et stort savn av en akuttmottaksavdeling som hurtigst mulig avhjelper dem med pasientene, og som så senere kan fordele disse på de avdelinger som skal behandle dem. Dette vil berøres på ny senere i vår fremstilling.

Ett spørsmål er om flere av innleggelsestran- sportene kan besørges av ambulansetjenesten eller ved egne kjøretøy bemannet av bl.a. syke- pleier eller lege. Dette er omtalt i en generell utta- lelse fra medisinsk fagansvarlig i ambulansetjenes- ten Ullevål universitetssykehus i november 2004. Innholdet i denne uttalelsen er at politiet i stor grad har deltatt i slike transporter i henhold til Rund- skriv 2002/023 fra Politidirektoratet, som for øvrig ble erstattet av et nytt og mer utdypende felles rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet og Politi- direktoratet i 2006 (*«Politiets befatning med psykisk syke og bistandsplikt i forbindelse med tvungen psy- kisk helsevern»*).

Når det gjelder allerede innlagte pasienters unnvikelser og rømninger fra avdelingene, har også politiet en betydelig kvantitativ belastning. Disse situasjonene meldes svært ofte til politiet. Dette kan gjelde pasienter som anses å fremby fare for eget og andres liv og helse, men ganske ofte kan fremby lav grad av dramatikk og slik fare. Nett- verket har henvendt seg til helseforetakene med anmodning om tilbakemelding om hvordan de for- holder seg til dette problemkomplekset, men dette har vært besvart nokså tregt og begrenset. En del akuttavdelinger sier at deres kontrollkommisjon påbyr dem å melde alle slike unnvikelser og røm- ninger til politiet uansett grad av alvorlighet. Denne saken har vært behandlet i arbeidsutvalg og nettverksmøter. Noen hovedpunkter skal nevnes:

- a) Hver avdeling bør avklare med sin kontroll- kommisjon om hva slags begrunnet krav den måtte ha.
- b) Det bør innføres klare signaler om alvorlighets- grad i meldingene til politiet fra avdelingene, slik at politiet kan prioritere bruken av ressur- ser.
- c) Avdelingene bør også selv ved telefon til eller fremmøte i pasientenes hjem forsøke å overtale pasienten til frivillig tilbakekomst. Enhver nød-

vendig fysisk tvangsanvendelse må man imidlertid ha politihjelp til.

- d) Svært viktig er det at avdelingene er nøye med selv å prioritere når pasienter trenger mindre sikkerhet, få utgang og prøvepermisjoner osv.

Noen ganger har politiet forståelig nok stusset på hyppig gjentakelse av enkeltpasienters rømninger. Det er tidlig i 2006 fra nettverkets side sendt ut formell henvendelse til klinikk- eller divisjonsledelser i det geografiske området som berøres av nettverkets funksjon. Dette berøres også i neste hovedavsnitt. Som et ledd i å bedre politiets oversikt over flyttinger eller utskrivninger av pasienter som de av sikkerhetsgrunner trenger oversikt over (for eksempel ved at det foregår etterforskning eller varetektbeslutning) er indikasjonene for at politiet bør ha tutormyndighet i enkelte saker diskutert. Dette er klargjort i nettverket med stor enighet mellom partene. Det er utarbeidet fra politiets side nytt formular for tutelet. Dette bør sikre plikt til informasjon til politiet før iverksettelse av utskrivning og liknende.

En sak som også er tatt opp i nettverket, er rutinene rundt etablering av tvungent psykisk helsevern etter §§ 39 og 39b i straffeloven og kapittel 5 i psykisk helsevernloven. Dette har foreløpig hatt svært liten betydning for akuttavdelingene i de 3 år lovordningen har vært praktisert. Imidlertid er Regional sikkerhetsavdeling med i nettverket og er klart berørt av dette. Kompetansesenteret har sammen med politijurist i nettverket interessert seg for denne saken prinsipielt og vil senere i vår fremstilling komme tilbake til dette.

Perspektiver for mulige konkrete endringer og forbedringer i fremtid

1.

Det mest nærliggende er å redusere *unødig* bruk av politiets ressurser ved innleggelser i og unnvikelser fra psykiatriske avdelinger, samt ved å oppnå adekvat hjelp ved DPS-poliklinikkene. Dette er omtalt i forrige hovedavsnitt, og det er altså prosesser i gang for avklaring av poliklinikkens praktiske vurdering av akutt pasienttilhørighet og for mest mulig rasjonelle savnetmeldinger til politiet ved unnvikelser. Kompetansesenteret har utarbeidet *noe* mer detaljerte forslag enn det som er antydnet i forrige avsnitt etter at diskusjonsprosessene var kommet noe lengre. Flere av helseforetakene har utarbeidet gode retningslinjer for dette ved utløpet av 2006. Denne saken bør nå lede til en direkte kontakt mellom helseforetak og aktuell politimyndighet, slik at samarbeidsnettverkets

rolle som koordinator for hvordan samarbeidet fungerer kan opphøre, se ellers pkt 5.

Atskillig mindre nærliggende i tid er å redusere politiets ressursbruk vesentlig ved å opprette egne uttrykkingsteam i psykiatrisk regi, eventuelt med «delvis» politimyndighet for å foreta ufrivillige innleggelser og intervenere i akutte situasjoner. Det er knyttet en del ideologisk interesse til radikal implementering av dette, men nøkternt sett vil slike team kun i liten grad kunne erstatte det helt nødvendige arbeid politiet nå må gjøre. I verste fall får man et fordyrende element som ikke betyr noen merkbar ressursavlastning for politiet. De ambulante team man i dag har, for eksempel ved Diakonhjemmets sykehus er ved sitt kvalifiserte arbeid et godt eksempel på hvor langt man kan nå med slike løsninger. Erfaringer derfra om hva man alltid vil trenge politiets hjelp til, er det viktig å lytte til i videre utvikling på dette området. I slutten av 2005 kom det konkrete antydninger om at ambulansetjenesten i Oslo i noe større grad skulle ta på seg transporter til innleggelser enn slik det har vært i mange år nå. Dette har i liten grad endret seg i løpet av siste år og det er ingen konkrete planer for opprettelse av en såkalt «psykebil-ordning» som i flere år har vært etablert i Bergen. Større potensial for avlastning av politiet kan dette ha ved planlagte fremstillinger til somatiske undersøkelser av innlagte psykiatriske pasienter.

Et område enda lenger unna mulig realisering er å opprette en felles sorterings- og akuttmottaksinstitusjon for Oslo. Dette ville virkelig kunne redusere mye politiarbeid med akuttpsykiatri, fordi man kunne kjøre pasienten dit uten venting og opphold for å få til vurderinger og andre formalia. Politiets ønske om dette er forståelig, men en slik opprettelse vil trolig støte på svært mange vansker av juridisk og helseadministrativ og økonomisk art.

På begge de to ovennevnte områder må man derfor regne med at politiet i nær og fjernere fremtid må bruke mye ressurser på å ivareta sikkerhet og korrekthet i å takle vanskelige og utagerende akuttpsykiatriske pasienter. Dette synes å være en uunngåelig følge av samfunnsutviklingen med økt rusmisbruk og hyppigere kontrollsvikt hos psykiatriske pasienter og personer i randsonen til psykiatrien. Å tro at helsevesenet selv kan gjøre noe radikalt for å hindre dette, er lite realistisk. Vi må derfor innse at politiet for sin sentrale rolle her må få bevilgningsforhold som svarer til oppgaven. Et tenkt scenario for dette kunne være en faktureringsordning fra politi til helsevesen hver gang slike tjenester ytes. Dette ville være krevende og gi opphav til vanskelige grensetrekninger for hva som hører til hos hvilken instans. Atskillig bedre

synes det å være å ta hensyn til politiets realistiske byrde her og budsjettere etaten etter det. I alle fall er det en selvfølge at psykiatrien og helsevesenet for øvrig gjør alt man kan for å redusere unødig bruk av polititjenestene, slik nettverket altså ivrer for.

Det er for øvrig viktig å nevne at flere akuttavdelinger og poliklinikker klart uttrykker sin *fornøydhet med de tjenester politiet yter dem*. Noen tilfeller av misnøye med politihjelp til transporter og andre episoder har også kommet frem, men de er unntak i verdsettelsen av den gode bistanden.

2.

Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern er nevnt tidligere i notatet. Selv om akuttavdelingene i svært liten grad har vært berørt av dette, har nettverket som nevnt representasjon fra Regional sikkerhetsavdeling. Denne, og landets øvrige psykiatriske sikkerhetsavdelinger har vært de klart største mottakere av slike domfelte, og har merket forskjellige innkjøringsproblemer for denne ordningen. Kompetansesenteret mener at sikkerhetsavdelingene, og ikke akuttavdelingene er de naturlige mottakere av disse domfelte, idet akuttavdelingene med sin svære sirkulasjon og korte liggetid ikke er i stand til tilstrekkelig vurdering og startbehandling av dem. Dette har nå fått en rasjonell løsning ved at det ved Regional sikkerhetsavdeling, Dikemark er opprettet en koordineringsenhet for inntaket av dømte til tvungent psykisk helsevern i Helseregion Øst. Denne vil trolig etter hvert også gjelde for den sammenslåtte Helseregion Øst/Sør.

3.

Noen vesentlige endringer i selve nettverkets sammensetning eller funksjon synes ikke å være aktuelle. Som tidligere nevnt har begge parter i samarbeidet vært fornøyde både med stemning og tone og med visse konkrete resultater som er oppnådd. Det må være et ønske og et håp at det blir flere konkrete resultater i årene som kommer.

4.

Kompetansesenteret arrangerte april 2006 en nasjonal konferanse om samarbeid mellom politi og psykiatri. Det var innledere fra høyt departementalt hold innen helse- og justissektor. Videre var det presentasjoner ved fagfolk fra andre deler av landet som også har vært opptatt av disse utfordringene. Det ble gitt honnør til den pionerfunksjon som vårt nettverk har hatt.

5.

Våren 2007 vil nettverket ta kontakt med Helseforetakene, både det regionale og de praktisk utøvende, samt de aktuelle politidistriktene om en endring i nettverkets funksjon. Dette vil bety at flere av de samarbeidssakene som har vært diskutert og koordinert gjennom nettverket til nå, skal håndteres direkte og bilateralt mellom helseforetaket og den aktuelle politimyndigheten. Saken nevnt i pkt. 1 er en av disse.

Pål Hartvig

Vedlegg 10

Spørsmål om Helsedirektoratets forebyggende arbeid i forhold til voldelig atferd, samt faglige anbefalinger, veiledere, retningslinjer etc.

Brev av 26. februar 2010 til Olsenuutvalget fra Helsedirektoratet

Det vises til brev av 21.09.2009 om ovennevnte. Det vises også til møtet med Olsenuutvalget den 31. 08.2009 hvor Helsedirektoratet hadde innspill om direktoratets forebyggende tiltak for å hindre voldelige handlinger.

Her gis et mer utdypende bilde av de tiltak som ble beskrevet i dette møtet. I tillegg pekes det her på andre/nye tiltak. Vi beklager sen tilbakemelding.

I St meld 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet* ble det også understreket behovet for å styrke tilbudene og kompetansen innenfor sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatrien. Det skulle opprettes tre regionale kompetansesentre innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og man skulle styrke tilbudet om sengeplasser med 160 plasser for å dekke behovet når den nye særreaksjonsloven trådte i kraft.

Ved omorganiseringen av offentlig helseforvaltning i 2002 overtok/videreførte Helsedirektoratet ansvaret fra Statens helsetilsyn for oppfølging av tiltakene i både Stortingsmelding nr 25 og i St prp nr 63 når det gjelder det forebyggende arbeidet mot voldelig atferd. Som en del av dette arbeidet inngikk oppfølging av Rasmussen- utvalgets innstilling av 21. 01.1999.

Selv om det er et lite antall personer med psykisk sykdom som begår alvorlig vold/drap, får hvert tilfelle mye oppmerksomhet i mediene pga de ofte dramatiske omstendighetene rundt disse hendelsene. Av drap begått pr år er ca 10 % begått av utilregnelige (personer som vurderes til ikke å være ansvarlige for sine handlinger og som ikke kan dømmes til fengsel).

I direktoratets arbeid har det vært viktig å peke på at det ikke vil være mulig å fange opp alle krisepregede livssituasjoner som mennesker kan havne i. Det gjelder særlig kombinasjonen psykisk sykdom, psykisk ustabilitet og rusmiddelmisbruk. Selv om det ikke alltid er mulig å forutsi hvem som blir en del av de 10 %, vil voldelig atferd som kan

resultere i drap kunne forebygges gjennom gode tiltak.

Identifisering av grupper som kan ha risiko for voldelig atferd:

Helsedirektoratet har pekt på 7 grupper av personer som tjenesteapparatet bør være ekstra oppmerksomme overfor:

1. Personer som skrives ut av psykisk helsevern for tidlig og som har for dårlig oppfølging
2. Rusavhengige personer og personer som ruser seg på forskjellige stoffer (amfetamin, anabole steroider, blandingsmisbruk) og som blir psykisk labile
3. Personer som er kjent både av sosialtjenesten, helsetjenesten og politiet og som av og til trenger innleggelse (tvang/frivillig)
4. Personer som er ukjente, men som i visse situasjoner (samlivsbrudd/andre livskriser) blir labile.
5. Flyktninger og asylsøkere med traumatiske opplevelser
6. Personer som er dømt til behandling og som ved utskriving ikke får tett nok oppfølging
7. Personer med alvorlige psykiske lidelser som løslates fra fengsel uten oppfølging

Helsedirektoratets strategier/tiltak/anbefalinger som kan forebygge risiko for vold/drap i forhold til ovennevnte grupper – jf gjeldende lover, forskrifter, retningslinjer, rundskriv m.m.

Økt kompetanse:

- Tre regionale kompetansesentre for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri er etablert (Bergen, Oslo og Trondheim). Deres hovedoppgave er å drive fagutvikling, forskning og veiledning innenfor bl.a sikkerhetspsykiatrien (i tillegg til fengselspsykiatri og rettspsykiatri).

De utvikler, implementerer og underviser i risikoverktøy, samt i risikohåndtering.

- Både lokale og regionale sikkerhetsavdelinger har plikt til å veilede kommunehelsetjenesten når pasienter som har vært innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger skal skrives ut, jf *Lov om spesialisthelsetjeneste m.m § 6–3 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten*. Sikkerhetspsykiatrisk kompetanse er svært viktig for kommunene både før utskriving, men også etter utskriving. Dette er kompetanse som må opprettholdes og være tilgjengelig.
- Rutiner for risikovurdering og risikohåndtering krever kompetanse. Denne kompetansen finnes i dag innen sikkerhetspsykiatrien. Mange psykiatere, psykologer og psykiatriske sykepleiere har deltatt i kurs for å kunne vurdere risikoatferd gjennom bruk av utarbeidede verktøy, jf Rundskriv IS-9/2007 *Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy*. Helsedirektoratet har gjennom flere år gitt tilskudd til slik opplæring i regi av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo. Fagpersoner fra allmennpsykiatriske avdelinger har også deltatt på kursene. I disse sammenhengene blir det også undervist i risikohåndtering.
- Spredning av Brøsets kognitive program *Sinne-mestring*. Tilskuddsmidler tildelt av Helsedirektoratet.

2. Hindre for raske utskrivinger

- Rundskriv IS-17/2004 *Vedrørende utskriving av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern*. Her påpekes plikten til forsvarlig oppfølging etter utskriving: jf spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

3. Oppfølging av rusmiddelmissbrukere

- Nasjonale retningslinjer for legemiddelassisteret rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR), IS-1701 er nylig ferdigstilt.
- Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse skal ferdigstilles i 2010.
- Bedre tilgang på individuelt tilpassede boliger, samt tilbud om meningsfulle aktiviteter og sys-selsetting, jf Opptrappingsplanen Rus, Storby-satsningen.
- Bruk av oppsøkende tjenester til den gruppen som ofte faller utenfor/ut av systemene (f.eks ACT-team).
- Bruk av ruskontroll når det er aktuelt, jf psykisk helsevernloven § 4–7 a.

4. Bruk av Individuell plan

- Individuell Plan skal bidra til at langtidspasienter får nødvendige og samordnede tjenester, jf lov og forskrift om Individuell plan, samt IS-1253 *Veileder til forskrift om individuell plan*

5. Inngåtte avtaler mellom psykisk helsevern og kommuner med ansvar for helsetjeneste til innsatte i fengsel

- Jf Oppdragsbrev til RHF (2005). Avtalene skal sikre at behandling fra psykisk helsevern er tilgjengelige for psykisk syke innsatte i fengsel. Slike avtaler er etablert kun overfor 50 % av landets fengselshelsetjenester.

6. Hindre bruk av våpen

- Jf rundskriv IS -7/2003 *Helsepersonells rett og plikt til å gi informasjon til politi og militære myndigheter om pasientens helsetilstand. Om pasienter som innehar våpen*. Etter straffeloven § 139 har enhver plikt til å forsøke å avverge at for eksempel psykisk ustabile personer med tilgang til våpen begår legemsbeskadigelse eller drap. Her har helsepersonell også et ansvar, jf helsepersonelloven § 23 nr 4.

7. Tiltak overfor asylsøkere og flyktninger

- Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble etablert i 2004 for å sikre behovet for økt forskning og utdanning innen vold – og traumefeltet. Senteret er et samarbeidsprosjekt mellom mange departementer for å bidra til kunnskapsutvikling på tvers av fag – og sektorområder. Overgrep mot barn og familievold er blant de prioriterte områdene. Får sitt årlige oppdragsbrev fra Helsedirektoratet.
- I 2005/6 ble det i tillegg etablert 5 regionale ressurs-sentre om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging. Disse miljøene skal veilede tjenesteapparatet, både helsetjenesten og andre viktige instanser (politi, sosialtjenesten, barne – og familievernet, frivillige organisasjoner m.fl.) Får sine årlige oppdragsbrev fra Helsedirektoratet.
- På oppdrag fra Helsedirektoratet og i samarbeid mellom UDI og Politidirektoratet ble det igangsatt en utredning av personer i asylmottak som representerer utfordringer med hensyn til voldelig og utagerende atferd. Brøset kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri ferdigstilte sin rapport i september 2008 *Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak*.

- Helsedirektoratet deltar sammen med andre direktorater i en tverrdepartemental kontaktgruppe (ledet av AID) som skal følge opp tiltak mot beboere i mottak som kan utgjøre en risiko for seg selv, andre beboere, mottaksansatte eller samfunnet rundt. Oppfølgingen av rapporten *Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak* ligger hos den tverrdepartementale kontaktgruppen.

8. Politirundskrivet IS-15/2006 Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke

- Det er etablert et samarbeidsforum mellom Politidirektoratet og Helsedirektoratet (2005). Dette forum hadde bl.a ansvar for utgivelsen av Politirundskrivet. Rundskrivet skal nå revideres. Et godt samarbeid mellom politi og psykisk helsevern på lokalt nivå er viktig, også som del av forebygging av alvorlig voldelig fordi politiet lokalt som regel har oversikt over ustabile personer. Direktoratene ønsker derfor å bidra til et enda tettere samarbeid så langt som lovverket tillater det.

9. Etablering av plasser i sikkerhetspsykiatrien

- Helsedirektoratet har foreslått etablering av inntil 30 nye plasser i sikkerhetspsykiatrien på landsbasis for å sikre gode vurderinger av rett behandlingsnivå og rett sikkerhetsnivå, samt for judisielle observasjoner foretatt ved innleggelser. Direktoratet er opptatt av hvordan man skal organisere og gjennomføre en vurdering av rett behandlingsnivå og sikkerhetsnivå, hvordan man skal undervise og veilede slik at de som mottar ansvaret for en slik pasient, føler seg trygge på at den kompetansen som trengs er tilgjengelig for dem.

10. Oppfølging av «Mælandutvalget»

- Helsedirektoratet kom med innspill til Utredningen *Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring* av 30. april 2008, jf vedlegg 6.
- Helsedirektoratet har gitt sin høringsuttalelse til rapporten (vedlegges). Her anbefaler vi at de tre regionale kompetansesentrene sammen defineres som et nasjonalt kompetansesenter og får et oppdrag om å ha en samordningsfunksjon for slik å bidra til en styrket og mer enhet-

lig oppfølging av personer som er dømt til tvungens psykisk helsevern. I tillegg anbefales det å gi adgang til å opprette regionale registre med opplysninger som er nødvendige for å treffe beslutninger om plassering av den enkelte straffedømte slik deres oppgaver er angitt i psykisk helsevernloven § 5–2. Vi peker på at meldeplikten til påtalemyndigheten, jf psykisk helsevernloven § 5–4, er for lite kjent, samt at psykisk helsevernloven § 4–7 gir hjemmel for å foreta ruskontroll når det er behov for dette.

Andre/nye tiltak

- Etablering av en «Vurderingskommisjon» (Havarikommisjon)
Helsedirektoratet har ved flere anledninger uttalt seg imot å etablere en frittstående kommisjon. En slik oppgave bør ligge hos Helsetilsynet i fylkene. Helsetilsynets rolle kan utdypes, konkretiseres og gjøres enda mer rutinemessig når det viser seg at en psykisk syk person har begått et drap. Det må imidlertid først fastslås at personen er psykisk syk og om vedkommende har vært/er til behandling i psykisk helsevern. Siden 2002 har vi sett at Helsetilsynet i fylket som regel går inn i disse sakene og vurderer om en tilsynssak skal opprettes. En tilsynssak bør rutinemessig opprettes når det viser seg at en pasient er involvert i en alvorlig voldssak når vedkommende er innlagt, får poliklinisk behandling eller oppfølging fra psykisk helsevern.
- Det bør gjennomgås om internkontrollsystemer er på plass i psykisk helsevern, jf lov om statlig tilsyn med helsetjenestene § 3 og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten §§ 4 og 5 og helsepersonelloven § 16 for å sikre at tjenestene til enhver tid er faglig forsvarlige og i tråd med god faglig praksis. Organisasjon og ledelse har stor betydning for systematisk styring og kontinuerlig forbedring.

Vennlig hilsen

Ellinor F. Major e.f.
avdelingsdirektør

Anne-Grete Kvanvig
seniorrådgiver

Vedlegg 11

Spørsmål om oppfølging av tidligere utredningsarbeid fra Rasmussen-utvalget

Brev av 22. oktober 2009 til Olsenuutvalget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Det vises til brev fra av 14. august 2009 fra Olsenuutvalget v/ leder, og til møte mellom departementet og sekretariatet om overnevnte spørsmål, 11. september d.å. I det følgende presenteres de sentrale elementene i Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av Rasmussen-utvalgets rapport.

Bakgrunn og anbefalinger

Da Rasmussen-utvalget avga sin rapport 10. desember 1998 var det stor aktivitet innen området for psykisk helse. Departementet hadde kort tid i forkant (13. november 1998) lagt frem forslag til en rekke nye helselover, herunder forslag til ny lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Det ble umiddelbart startet et omfattende forskriftsarbeid slik at de nye lovene kunne tre i kraft 1. januar 2001. Samtidig var departementet i startfasen med iverksettelse av en opptrappingsplan for psykisk helse (1999 – 2006), jfr. St. prp. nr. 63 (1997–98). Det ble her lagt stor vekt på forebyggende tiltak som tidlig intervensjon og tilrettelegging av sammensatte behandlingstilbud. Det var et sterkt fokus på behovet mennesker med psykiske lidelser har for ikke bare behandling, men også bolig, arbeid, fritidstilbud etc. Departementet hadde følgelig en bred tilnærming til psykisk helsefeltet.

Etter at Rasmussen-utvalgets innstilling var avlevert, forela departementet innstillingen for Statens helsetilsyn (som da også var departementets faglige, rådgivende organ) for vurdering. Tilsynet forela videre innstillingen for sitt fagråd i psykiatri. Fagrådet viste til at drap begått av pasienter med psykisk lidelse tallmessig er et lite problem. Omfanget gjør det rimelig å vurdere om det er tilrådelig å anbefale omfattende tiltak før en kjenner mer til de konsekvensene tiltakene kan ha på det generelle behandlingstilbudet. Fagrådet pekte på behovet for å bygge nettverk rundt pasienten, lage kontinuitet i behandlingsopplegget og inngå forpliktende skriftlige kontrakter mellom pasient og

behandler. Fagrådets konklusjon var at det vil være mer å hente ved å fortsette arbeidet med styrking av alle ledd i behandlingsskjeden og at spesifikke tiltak vil gi mindre effekt.

Generelle tiltak som styrker hele behandlingsskjeden

Rasmussen-utvalget konstaterte at det ikke finnes noen enkel løsning på problematikken rundt alvorlige voldshandlinger begått av personer med psykisk lidelse. Et rettssamfunn kan generelt ikke gardere seg mot voldshandlinger. Både rapporten og Helsetilsynets vurderinger etterlot et klart inntrykk av at problemets kjerne er for sen intervensjon i sykdomsforløp, samt at pasienter utskrives til mangelfull oppfølging og mangelfullt tilbud. Rasmussen-utvalget viste med all tydelighet behovet for å kunne gi mennesker med psykiske lidelser hjelp på et tidlig tidspunkt, samt at det bygges enhetlige behandlingstilbud som ikke slipper pasienten når vedkommende anses ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Vold begått av psykisk syke pasienter kan aldri helt unngås, men det ligger et forebyggingspotensial i et bedre og mer helhetlig tilbud.

På bakgrunn av at Statens helsetilsyn for det vesentligste delte Utvalgets oppfatning, fulgte departementet opp Utvalgets forslag over to linjer:

- Gjennom opptrappingsplanen ble det lagt stor vekt på forebyggende tiltak som tidlig intervensjon og tilrettelegging av sammensatt behandlingstilbud. Det ble stimulert til dialog og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. En prioritert oppgave var å bevisstgjøre kommunene om det behov mennesker med psykiske lidelser har for ikke bare behandling, men også bolig, arbeid, fritidstilbud etc.
- I forbindelse med iverksettelsen og forskriftsarbeidet til de nye helselovene så en på behovet for nødvendige sikkerhetstiltak. Arbeidet med den nye lovpålagte plikten for behandlingssap-

paratet til å utarbeide individuelle planer ble prioritert. Dette for på et tidlig tidspunkt å bevisstgjøre helsetjenesten om hva som er målet med behandlingen, og hvordan en skal nå dette målet.

Særskilte spørsmål

Vurderingsplikt og behandlingsplaner

Rasmussen-utvalget foreslo at det gjennom forskrift skulle sikres at alle pasienter under psykisk helsevern som var alvorlig sinnslidende skulle bli konkret vurdert med hensyn til tilleggskriteriene i psykisk helsevernloven, herunder spesielt farlighet både for seg selv og andre.

Både Statens helsetilsyn og departementet kom til at kravet til farlighetsvurdering var tilstrekkelig ivaretatt gjennom lovverket. Når det gjaldt en obligatorisk vurdering av farlighet for en større gruppe pasienter enn de tvangsinnlagte, viste Helsetilsynet til faren for en stigmatisering av en stor gruppe mennesker, hvilket ville være en uønsket sideeffekt av tiltaket. I tillegg ville dette føre til en bruk av ressurser som ikke ville stå i forhold til den antatte effekt av tiltaket. Helsetilsynet viste til at utarbeidelse av individuell plan for pasienter i det psykiske helsevernet vil kunne øke kvaliteten på tjenestene og bedre samarbeidet mellom de involverte instanser. Utarbeidelse av slik plan skal skje i samarbeid med det personell/behandlingsteam som kjenner pasienten.

På bakgrunn av ovennevnte fant departementet ikke grunnlag for lov- eller forskriftsendringer. Helsetilsynet ba imidlertid fylkeslegene være spesielt oppmerksomme på hvordan virksomhetene ivaretok farlighetsvurderingene overfor tvangsinnlagte pasienter som en del av sin internkontroll. Videre la Helsetilsynet vekt på at tjenesten utarbeidet individuelle planer for å sikre et mer helhetlig behandlingssopplegg og oppfølging.

Melding til kommunehelsetjenesten

I tilfeller hvor straffesak henlegges som følge av tvil om strafferettslig tilregnelighet, foreslo utvalget at den politijurist som beslutter saken henlagt oversender kopi av den primærpsykiatriske erklæring til den medisinske-faglige ansvarlige i kommunehelsetjenesten.

Departementet fant at en slik automatisk oversendelse av primærpsykiatriske erklæringer til kommunehelsetjenesten ville være problematisk i forhold til taushetsplikten. Det er en sentral del av personvernet at opplysninger ikke skal brukes til andre formål enn det de er innhentet for. Punktet var etter departementets oppfatning ikke tilstrek-

kelig utredet eller beskrevet til å forsvare tiltaket. Departementet viste videre til at politiet som offentlig tutor kunne henvende seg til det psykiske helsevernet for å få vedkommende vurdert.

Spørsmål knyttet til strafferettslige reaksjoner overfor utilregnelige var imidlertid gjenstand for drøftelse i departementets samarbeid med Justisdepartementet om utarbeidelse av Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239). Etter dette har spørsmålet blitt ytterligere drøftet av en utredningsgruppe som har etterkontrollert reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring, under ledelse av psykiater Øystein Mæland (oppnevnt av Justis- og politidepartementet 18. mai 2006).

Utvikling av rettspsykiatrien

Rasmussen-utvalget foreslo at Den rettsmedisinske kommisjon automatisk skulle få oversendt kopi av rettens dom i saker hvor det var foretatt judisiell observasjon. Det ble foreslått at kommisjonen burde utvide sin statistikk til ikke bare å gjelde status på siktelsestidspunktet, men også den rettslige avgjørelsen.

Spørsmålet ble tatt inn og drøftet i det såkalte Rognum-utvalget (utvalg for å gjennomgå rettsmedisinsk kvalitetssikring og kontroll i straffesaker) som ble oppnevnt av Justisdepartementet 2. april 1998, og som avga sin utredning 2. april 2001 (NOU 2001:12 – Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker).

Departementet erkjente at utviklingen av rettspsykiatri som fagområde i Norge ikke var kommet langt nok. For å styrke forskning og langsiktig kompetanse- og fagutvikling på feltet, blant annet for å kunne styrke kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget, ble det derfor opprettet tre kompetansesentre for sikkerhets-, – fengsels- og rettspsykiatri. I dag har vi slike sentre ved Ullevål universitetssykehus, Gaustad, Haukeland universitetssykehus, Bergen og Trondheim universitetssykehus/St. Olavs Hospital, Brøset.

Våpen

Utvalget anbefalte at det ble vurdert nærmere hvorvidt det bør innføres restriksjoner i forhold til våpenlisens for mennesker med alvorlige sinnslidelser.

Våpenloven av 9. juni 1961 bestemmer at den som vil kjøpe eller på annen måte erverve skytevåpen må ha tillatelse fra politimesteren. Denne kan også tilbakekalle våpenkort hvis innehaveren ikke

er edrueelig og pålitelig eller dersom han av særlige grunner kan anses som uskikket til å ha skytevåpen.

Når det gjaldt helsepersonells meldeplikt i forhold til mennesker i psykisk ubalanse som innehar våpen, er den generelle plikten i straffelovens § 139 til å anmelde eller på annen måte avverge visse straffbare forhold, begrenset til de situasjoner hvor det foreligger pålitelig kunnskap om at den straffbare handling er i gjære eller er forøvd.

Spørsmålet er berørt i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) – om lov om helsepersonell (helsepersonelloven) – der det ble foretatt en helhetlig gjennomgang av taushetspliktsbestemmelsene til helsepersonell. Etter en samlet vurdering fant ikke departementet grunnlag for vesentlig liberalisering av helsepersonells taushetsplikt, og viste i den anledning til at flere av høringsinstansene hadde påpekt et ønske om å stramme inn på adgangen til taushetsbelagt informasjon.

Gjennom helsepersonellovens § 31 ble imidlertid helsepersonell pålagt å varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Av forarbeidene fremgår at helsepersonell etter denne bestemmelsen kan gi opplysninger utover det som følger av opplysningsplikten i straffeloven § 139 for å avverge forbrytelser. Konkret nevnes at opplysninger kan gis etter denne bestemmelsen når en person i psykisk ubalanse som besitter våpen verbalt eller på annen måte gir uttrykk for at han vil kunne skade andre.

Avsluttende merknader

Som det fremgår av ovennevnte var det departementets oppfatning at Rasmussen-utvalget måtte forstås slik at det ikke finnes enkle grep som kan hindre fremtidige voldshandlinger begått av mennesker med psykiske lidelser. Mest opplagt er dette i forhold til mennesker hvor det ikke foreligger en alvorlig sinnslidelse; samfunnet har ikke sanksjonsmuligheter overfor potensielt farlige personer som ennå ikke har begått en straffbar handling.

Rasmussen-utvalget kunne heller ikke vise til klare svikt i systemet som kunne forklare de foretatte voldshandlingene. Bak hver enkelt voldshandling er det et sett av årsaker. Utvalget fremmet derfor en rekke ulike forslag som langt på vei handlet om endringer og/eller innskjerpelse av rutiner. Forslagene grep bl.a. inn i det pågående arbeid med Opptrappingsplanen for psykisk helse og implementeringen av ny helselovgivning. I disse arbeidene var Utvalget en viktig bidragsyter.

Helse- og omsorgsdepartementet håper med dette å ha belyst spørsmålet fra Olsen-utvalget på en tilfredsstillende måte.

Med vennlig hilsen

Thor Rogan e.f.
avdelingsdirektør

Sjur Øverbø Andersen
rådgiver

Vedlegg 12

Eksempel på en kriseplan

Gjelder tjenestemottaker.....f.nr..... Bostedsadresse:
Hjemmehørende i kommune.....
Tjenestemottaker har tilknytning til følgende hjelpeinstanser:
• Ved behov for øyeblikkelig hjelp kontaktes.....DPS eller psykiatrisk legevakt (kveld/helg).
• Ved behov for innleggelse på akuttpsykiatrisk post..... /.....sykehus.

Varselsignaler:

- 1) Manglende søvn (to netter eller mer). Økende uro og rastløshet.
- 2) Tiltagende irritasjon/fiendtlighet. Unndrar seg kontakt med hjelpeapparat (bryter avtaler).
- 3) Rus (tåler rus dårlig, dekompenierer. OBS! Hasj, alkohol, amfetamin, benzodiazepiner).
- 4) Økende psykotiske symptomer (følgelsesvrangforestillinger, omnipotens).
- 5) Hærverk/Vold mot døde gjenstander.
- 6) Trusler om vold, brannstiftelse og drapstrusler. Fysisk aggresjon mot andre.

Tiltak:

Varselsignal 1: Manglende søvn (to netter eller mer). Økende uro og rastløshet.

Hvis dette varsignalet melder seg, bør jeg gjøre dette:

- a) Kontakte behandler på DPS, eventuelt vedtaksansvarlig lege eller vakthavende lege.
- b) Hvis disse ikke er tilgjengelig, be resepsjonspersonalet legge igjen beskjed via DIPS journal med konkrete opplysninger og telefonnummer som kan ringes tilbake.

Varselsignal 2: Tiltagende irritasjon/fiendtlighet. Unndrar seg kontakt med hjelpeapparat (bryter avtaler).

Hvis dette varsignalet melder seg, bør jeg gjøre dette:

- a) Kontakte behandler på DPS, eventuelt vedtaksansvarlig lege eller vakthavende lege. Dersom tid og anledning skal behandler aktivt forsøke å få tak i pasienten.
- b) Akutteam DPS skal kontaktes for konferering og eventuelt utrykning hvis behandler ikke kan bistå i løpet av sin vakt.

Varselsignal 3, 4 og 5: Rus (tegn på aktiv ruspåvirkning som for eksempel hyperaktivitet, grenseløshet, stor pupiller) + Økende psykotiske symptomer (vrangforestillinger, omnipotens) + Hærverk/Vold mot døde gjenstander

Hvis slike varsignaler melder seg, skal jeg gjøre dette:

Ring behandler på DPS og/eller akutteam DPS for anmodning om rask intervensjon. Behandler/akutteam vurderer bistand fra politi. Ring politiet direkte på tlf 02800 ved grovt skadeverk.

Varselsignal 6: Trusler om vold, brannstiftelse og drapstrusler. Fysisk aggresjon mot andre.

Ring politi umiddelbart. Ring DPS og/eller akutteam umiddelbart for å bistå politiet. Dersom disse ikke treffes, be resepsjonspersonale om å legge igjen beskjed via journalsystemet med konkrete opplysninger og kontaktinfo. Utenom DPS og akutteamets åpningstid må tjenestemottakere bringes til psykiatrisk legevakt av.....

Telefonliste samarbeidspartnere:

- **Bo- og omsorgstjeneste:** Adresse.....Tlf. personalbase:..... Tlf. ansvarsvakt:
- **Fastlege:** Adresse.....Tlf.....
- **DPS:** Behandler:..... Vedtaksansvarlig TPH:.....
Tlf sentralbord Åpningstider:(hverdager)
- **Akutteam DPS:** Vakttelefon hele døgnet: Åpningstider:.....(Utrykning hverdager).....(Utrykning helg).
- **Psykatrisk legevakt:** Tlf. Åpningstid:(hverdager),(helg)
- **Politi: 02800/112 Ambulanse: 113**

.....(tjenestemottaker) bekrefter at har samarbeidet om denne planen.

.....(tjenestemottaker) får utskrift av tiltaksplanen og den er lagret elektronisk i hans journal dd.mm.åååå.

Figur 12.1 Eksempel på en kriseplan

Norges offentlige utredninger

2009 og 2010

Statsministeren:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:

Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 2009.
NOU 2009: 7.

Arbeidsdepartementet:

Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet.
NOU 2010: 1.

Barne- og likestillingsdepartementet:

Farskap og annen morskap. NOU 2009: 5.
Tilstandsrapport ved salg av bolig. NOU 2009: 6.
Kompetanseutvikling i barnevernet. NOU 2009: 8.
Et helhetlig diskrimineringsvern. NOU 2009: 14.
Adopsjon – til barnets beste. NOU 2009: 21.
Det du gjør, gjør det helt. NOU 2009: 22.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet:

Finansdepartementet:

Kapital- og organisasjonsformer i sparebanksektoren mv.
NOU 2009: 2.
Tiltak mot skatteunndragelser. NOU 2009: 4.
Fordelingsutvalget. NOU 2009: 10.
Bedre pensjonsordninger. NOU 2009: 13.
Globale miljøutfordringer – norsk politikk.
NOU 2009: 16.

Fiskeri- og kystdepartementet:

Fornyings- og administrasjonsdepartementet:

Individ og integritet. NOU 2009: 1.

Fornyings-, administrasjons- og kirke- departementet:

Håndhevelse av offentlige anskaffelser. NOU 2010: 2.

Forsvarsdepartementet:

Helse- og omsorgsdepartementet:

Drap i Norge i perioden 2004–2009. NOU 2010: 3.

Justis- og politidepartementet:

Lov om offentlige undersøkelseskommisjoner.
NOU 2009: 9.
Kredittavtaler. NOU 2009: 11.
Et ansvarlig politi. NOU 2009: 12.
Skjult informasjon – åpen kontroll. NOU 2009: 15.
Ny grenselov. NOU 2009: 20.

Kommunal- og regionaldepartementet:

Sikring mot tap av felleskostnader i borettslag.
NOU 2009: 17

Kulturdepartementet:

Kunnskapsdepartementet:

Rett til læring. NOU 2009: 18.

Landbruks- og matdepartementet:

Miljøverndepartementet:

Nærings- og handelsdepartementet:

Olje- og energidepartementet:

Samferdselsdepartementet:

På sikker veg. NOU 2009: 3.

Utenriksdepartementet:

Skatteparadis og utvikling. NOU 2009: 19.

Offentlige publikasjoner

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:

Fagbokforlaget

Postboks 6050, Postterminalen

5892 Bergen

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Faks: 55 38 66 01

www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på

www.regjeringen.no