

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLOVår ref:
25/15706-2
Oppgis ved all henvendelse

Deres ref:

Saksbeh.:
Anne Christine RøtheDato:
04.11.2025**Høringssvar fra Oslo universitetssykehus HF - utveksling av opplysninger mellom helsetjenesten og politiet og PST om personer med psykiske lidelser og antatt voldsrisiko**

Oslo universitetssykehus HF takker for muligheten til å gi innspill til denne viktige høringen.

Flere gjennomganger av alvorlige hendelser har avdekket usikkerhet hos helsepersonell rundt hvilke situasjoner og i hvilket omfang man har hjemmel for å utveksle informasjon med politiet. De nye lovforslagene er ment å gi tydeligere lovhjemler for informasjonsdeling.

Oslo universitetssykehus anerkjenner behovet for en klargjøring. Det er viktig at unntak fra helsepersonells taushetsplikt er forståelig og mulig å etterleve for utøvende helsepersonell. Uklare rettsregler skaper usikkerhet, og kan føre til at taushetsbelagte opplysninger feilaktig holdes tilbake eller deles. Begge deler bidrar til at tilliten til helsetjenesten svekkes. Oslo universitetssykehus er enig i at dagens unntaksbestemmelser i helsepersonelloven § 31 og § 23 nr. 4 for å kommunisere med politiet og PST kan være vanskelig å forstå med hensyn til hvor langt bestemmelsen rekker. Sykehuset støtter derfor behovet for å tydeliggjøre helsepersonells rett og plikt til å utlevere ellers taushetsbelagte opplysninger til politiet og PST når det er nødvendig av hensyn til samfunnsvernet.

Som overordnet tilbakemelding på høringen viser Oslo universitetssykehus i hovedsak til det høringssvar Helse Sør-Øst har gitt. Dette ligger vedlagt. Helse Sør-Øst' høringssvar er basert på faglige og juridiske innspill både fra Oslo universitetssykehus og øvrige helseforetak i regionen, og har således vært gjenstand for en felles juridisk vurdering og gjennomgang.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) ved Oslo universitetssykehus har i tillegg utarbeidet et høringssvar der foreslåtte endringer i psykisk helsevernlov spesifikt kommenteres. Høringssvaret fra PHA ligger vedlagt. Også i høringssvaret fra PHA påpekes det at departementet bør se nærmere på forholdet til helsepersonelloven § 23 nr. 4, og hvorvidt denne bestemmelsen allerede dekker flere av de forslag departementet nå forslår regulert i psykisk helsevernlov.

Vår dato
04.11.2025

Vår referanse
25/15706-2

Oslo universitetssykehus mener det overordnet ligger to hovedutfordringer i det forslaget departementet har sendt på høring:

1. Det er uheldig at forslagene er avgrenset til psykisk helsevernlov. Regulering av når taushetsbelagte opplysninger kan deles og utveksles av hensyn til samfunnsvernet bør i hovedsak reguleres i helsepersonelloven. Kun de bestemmelser som gjelder psykisk helsevern spesielt bør reguleres i psykisk helsevernlov.

Mange pasienter med psykiske lidelser og antatt voldsrisiko behandles i somatikken, uten å være i behandling etter psykisk helsevernlov eller underlagt tvunget vern. Oslo universitetssykehus har fått klar tilbakemelding fra Akuttklinikken og Prehospital klinikk at det der foreligger tilsvarende behov for informasjonsutveksling – og tilsvarende behov for klargjøring av reglene rundt utveksling av informasjon med politiet der pasienter anses farlige og med antatt voldsrisiko. Hensynet til samfunnsvernet tilsier også at det ikke bør inntas en regulering som skaper et kunstig skille knyttet til hvor pasienten behandles, og hva slags behandling pasienten mottar. Regulering og klargjøring av regelverket for å bedre ivareta samfunnsvernet må gjelde farlige pasienter (med eventuelle psykiske lidelser) og antatt voldsrisiko, uavhengig av om pasienten behandles i somatikken eller innen psykisk helsevern.

Det påpekes også at høringen ikke nevner hensynet til helsepersonells sikkerhet. Oslo universitetssykehus er av den oppfatning at helsepersonells sikkerhet også er et veldig viktig aspekt i situasjoner der det skal ytes helsehjelp til personer som anses som farlige og med potensiell voldsrisiko. Det å innhente informasjon fra politiet, bl.a. for å kunne foreta en voldsrisikovurdering, er ofte nødvendig for å kunne vurdere om det er forsvarlig og hvordan det er forsvarlig å yte nødvendig helsehjelp i disse situasjonene. Informasjonsutveksling med politiet vil ofte være en forutsetning for å kunne komme i posisjon for å yte nødvendig helsehjelp, uten at det er mulig å konkretisere om situasjonen er av en slik karakter at informasjon lovlig kan innhentes, før man får nødvendig og aktuell informasjon fra politiet.

2. Departementet gir i høringsnotatet en snevrere fortolkning av helsepersonelloven § 23 nr. 4 når det gjelder adgangen for utveksling av informasjon mellom helsepersonell og politi enn det Oslo universitetssykehus mener lovens ordlyd åpner for, og som ellers utgjør dagens praksis. Oslo universitetssykehus er bekymret for at foreslåtte bestemmelser i psykisk helsevernlov, med bakgrunn i departementets fortolkninger i høringen, også innsnevrer muligheten til informasjonsutveksling utenfor psykisk helsevern. Foreslåtte bestemmelser synes heller ikke å dekke utveksling av informasjon innen psykisk helsevern på en fullt ut tilfredsstillende måte.

Det presiseres at bestemmelsene i helsepersonelloven § 31 og § 23 nr. 4 etter ordlyden i stor grad synes å dekke behovet for utveksling grunnet hensyn til samfunnsvern, og de behov for utveksling høringen peker på. Oslo universitetssykehus mener fortolkninger av loven, der ordlyden i stor grad har blitt tolket innskrenkende sett opp mot den interesseavveining ordlyden legger opp til, kan ha bidratt til å sette



Vår dato
04.11.2025

Vår referanse
25/15706-2

begrensinger for utveksling av informasjon og videre bidratt til usikkerhet knyttet til hvor langt bestemmelsen rekker.

Helsepersonelloven § 23 nr. 4 er en «kan» bestemmelse uten klagerett eller mulighet til prøving. Oslo universitetssykehus ser at bestemmelsen slik den er i dag derfor kanskje ikke fullt ut dekker de behov for utveksling slik høringen legger opp til.

Oslo universitetssykehus anerkjenner som sagt behovet for en bedre klargjøring og presisering av dagens regelverk. Samtidig understrekes det at en interesseavveining, slik ordlyden i dagens regelverk innehar, ivaretar samfunnsutviklingen uten behov for en større detaljregulering og stadige endringer. Presiseringer og klargjøringer av reglene på enkelte punkter kan være nødvendig og nyttig. Samtidig mener Oslo universitetssykehus at regelverket rundt taushetsplikten ikke bør bli unødig fragmentert og detaljregulert, da det bidrar til å skape nye uklarheter og kanskje også begrensinger knyttet til det å utøve gode skjønn i de konkrete vurderinger som skal gjøres.

Med vennlig hilsen

Anne Christine Røthe
Advokat, OUS advokatkontor

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes ut uten signatur



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLOVår referanse:
25/00814-2Deres referanse:
25/2620Dato:
31.10.2025Saksbehandler:
Miriam Kristine Sandvik**Høringssvar fra Helse Sør-Øst RHF til høring av forslag til endringer i psykisk helsevernloven med mer om utveksling av opplysninger mellom helsetjenesten og politiet og PST om personer med psykiske lidelser og antatt voldsrisiko**

Helse Sør-Øst RHF takker for muligheten til å gi innspill til denne viktige høringen. Flere gjennomganger av alvorlige hendelser har avdekket usikkerhet hos helsepersonell rundt i hvilke situasjoner og i hvilket omfang man har hjemmel for å utveksle informasjon med politiet. De nye lovforslagene som er på høring er ment å gi tydelige lovhjemler for informasjonsdeling.

Helse Sør-Øst anerkjenner behovet for en slik klargjøring. Det er viktig at unntak fra helsepersonells taushetsplikt er forståelig og mulig å etterleve for utøvende helsepersonell. Uklare rettsregler skaper usikkerhet for helsepersonellet og kan føre til at taushetsbelagte opplysninger feilaktig holdes tilbake eller deles. Begge deler bidrar til at tilliten til helsetjenesten svekkes. Helse Sør-Øst RHF er enig i at dagens unntaksbestemmelser for å kommunisere med politiet og PST kan være vanskelig å forstå for helsepersonellet og at det også kan være uklart hvor langt bestemmelsen rekker, og støtter derfor behovet for å tydeliggjøre helsepersonells rett og plikt til å utlevere ellers taushetsbelagte opplysninger til politiet og PST når det er nødvendig av hensyn til samfunnsvernet.

Helse Sør-Øst RHF mener det er to hovedutfordringer med forslagene som er på høring:

1. Det er uheldig at forslagene er avgrenset til psykisk helsevernloven. Behovet for å dele informasjon om pasienter med voldsrisiko finnes også i andre deler av helse- og omsorgstjenestene, og for pasienter som ikke er underlagt tvungen psykisk helsevern.
2. Høringsnotatet gir en snevrere fortolkning av dagens lovhjemler, særskilt helsepersonelloven § 23 nr. 4, for å utveksle informasjon mellom helsepersonell og politi enn det Helse Sør-Øst erfarer at er dagens praksis i tjenestene. Helse Sør-Øst RHF er derfor bekymret for at når de foreslåtte mer presise lovhjemlene bare vil

gjelde for pasienter i psykisk helsevern, så vil den strenge fortolkningen av § 23 nr. 4 i praksis innsnevre muligheten til informasjonsutveksling utenfor psykisk helsevern. Helse Sør-Øst RHF mener departementene heller bør gi en generell hjemmel for når taushetsbelagte opplysninger kan deles av hensyn til samfunnsvernet, for å redusere usikkerhet hos helsepersonell og politi.

På grunn av disse overordnede innvendingene, kommenterer ikke Helse Sør-Øst RHF enkeltdelene i høringsforslaget for øvrig. I utarbeidelsen av høringssvaret har Helse Sør-Øst RHF fått faglige og juridiske innspill fra helseforetakene i regionen. Helseforetakene er også egne høringsinstanser, og Helse Sør-Øst RHF viser til helseforetakenes høringsinnspill for mer detaljerte kommentarer.

Høringsinnspillet fra Helse Sør-Øst RHF er behandlet i regionalt fagdirektørmøte. Høringen er også behandlet i regionalt brukerutvalg som har gitt eget høringssinnspill (vedlagt). Helse Sør-Øst RHF vil særlig fremheve at vi er enig med det regionale brukerutvalget i at det er en svakhet ved høringsnotatet at forholdet til CRPD ikke er vurdert. Det regionale brukerutvalget er enig i at høringsnotatet legger en for streng tolkning av helsepersonelloven § 23 nr. 4 til grunn.

1. Avgrensningen til psykisk helsevernloven er uheldig

De foreslåtte bestemmelsene er avgrenset til informasjonsutveksling om pasienter som er under tvungent psykisk helsevern. Helse Sør-Øst RHF mener denne avgrensningen er svært uheldig. I forslaget tas det etter vår vurdering ikke tilstrekkelig hensyn til at pasienter med voldsrisiko kan befinne seg i ulike deler av helsetjenesten, både i psykisk helsevern, somatisk spesialisthelsetjeneste og i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

At anvendelsesområdet til den foreslåtte unntaksbestemmelsen er for snevert, kan ses i sammenheng med, men ikke avgrenset til, NOU 2025:2 Samfunnsvern og omsorg hvor det foreslås tiltak for *"Personer med psykisk utviklingshemming eller en lignende tilstand med en psykisk funksjonsnedsettelse, og som har særlig voldspromblematikk. Denne gruppen kan omfatte både domfelte med psykisk utviklingshemming som gjennomfører fengselsstraff eller forvaring, domfelte til en særreaksjon, og personer som ikke er underlagt en strafferettslig reaksjon."* Personene som her beskrives, vil som hovedregel ikke omfattes av psykisk helsevernloven, og det vil derfor ikke være anledning til å kommunisere taushetsbelagte opplysninger med politiet selv om det er nødvendig av hensyn til samfunnsvernet, med mindre situasjonen omfattes av helsepersonelloven § 23 nr. 4 som i høringsnotatet tolkes snevert.

Et annet eksempel er ved bekymringsmelding til f.eks. kommuneoverlege om personer som ikke er kjent for helsetjenesten fra før. Da kan informasjon fra politiet være viktig for å gjøre riktig vurdering av videre håndtering av saken.

Helse Sør-Øst RHF sitt hovedinnspill er at retten og plikten til å gi opplysninger til politiet og PST, der det er nødvendig av hensynet til samfunnsvernet, bør tas inn som et generelt unntak i helsepersonelloven, og ikke være avgrenset til personer som er under tvungent psykisk helsevern. Bestemmelsen bør gi anvisning på at helsepersonell må gjøre en grundig interesseavveining av hensynet til å bevare taushet veid mot hensynet for å gi opplysninger til politiet og PST. Det bør konkretiseres hva som menes med "nødvendig av hensyn til samfunnsvernet", med eksempler på situasjoner som omfattes.

2. Fortolkningen av dagens lovverk er for snever

Helse Sør-Øst RHF sin erfaring er at § 23 nr. 4 i praksis ikke tolkes så strengt som det beskrives i høringsnotatet. Vi oppfatter det slik at helsepersonell i dag foretar den interesseavveiningen ordlyden gir anvisning på og formidler taushetsbelagte opplysninger til politiet utover nødrettssituasjoner, der de vurderer at det foreligger tilstrekkelig tungtveiende offentlige interesser.

Vi mener derfor det er svært uheldig at det i høringsnotatet gis anvisning på en fortolkning av den såkalte "rettsstridsreservasjonen" i helsepersonelloven § 23 nr. 4 som er strengere enn det som er dagens praksis og heller ikke er i samsvar med ordlyden. Helsepersonelloven § 23 nr. 4 gir unntak for taushetsplikt *"når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre"*. Ved at lovforslaget som foreslås er avgrenset til pasienter under tvungent psykisk helsevern, vil den fortolkningen av § 23 nr. 4 det gis anvisning på kunne få utilsiktede negative konsekvenser ved at det fremstår som muligheten for å kommunisere taushetsbelagte opplysninger er snevrere enn det som følger av rettskildene.

Ordlyden i bestemmelsen gir anvisning på at helsepersonell må gjøre en interesseavveining der tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre. I forarbeidene til bestemmelsen (Ot.prp.nr. 13 (1998-1999), kap. 20) er det utdypet nærmere hva som kan begrunne unntak fra taushetsplikten etter den konkrete vurderingen. Det fremkommer at *"i alminnelighet vil det være nødrettsbetraktninger"* hvor taushetsplikten kan settes til side. Eksempelene som følger videre av forarbeidene kan imidlertid synes å dekke situasjoner utover rene nødrettsbetraktninger: *"Det vil være tilfeller hvor videreformidling av informasjon er egnet til å motvirke skader av et visst omfang, for eksempel hvis helsepersonell får kunnskap om at pasienten er en kriminell som er til fare for sine omgivelser. Derimot vil ikke ethvert brudd på straffelovgivningen tilsi at taushetsplikten må vike. [...] Dersom en person som besitter våpen er i psykisk ubalanse og helsepersonellet blir kjent med dette, vil tilsvarende gjelde. ... I disse situasjoner settes taushetsplikten til side av hensyn til å motvirke risiko for alvorlig skade på andre mennesker. Denne risiko må anses som en mer tungtveiende interesse enn taushetsplikten"*.

I Helsedirektoratets rundskriv Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse – oppgaver og samarbeid, sist oppdatert 03.07.2023, gis det anvisning på en fortolkning av § 23 nr. 4 som vi mener er i samsvar med gjeldende rett og slik bestemmelsen anvendes i praksis:

«Hensynene og interessene som taler for å sette taushetsplikten til side, må veie vesentlig tyngre enn hensynene som taler for å bevare taushet. Begrunnelsen for å videreformidle informasjon vil være at det skal motvirke risiko for skader av et visst omfang. Unntaket omfatter i hovedsak truende farer eller situasjoner der det er fare for en skadevoldende handling, og i utgangspunktet gjelder bestemmelsen fare for menneskeliv og helse, men den kan også omfatte andre interesser.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Ulrich Johannes Spreng
direktør medisin og helsefag

Cecilie Skule
ass. fagdirektør

Vedlegg:
Svar fra RBU på høring endringer i PHV loven og utveksling av opplysninger politi

Kopi til:
AD Administrerende direktør, Terje Rootwelt
Samhandling og brukermedvirkning, Ida-Anette Kalrud

Fra: Klinikk psykisk helse og avhengighet v/klinikkleder Andreas Ringen

Dato: 03.11.25

Utteksling av opplysninger mellom helsetjenesten og politiet om personer med psykiske lidelser og antatt voldsrisiko - høringsuttalelse fra Klinikk psykisk helse og avhengighet

Høringsuttalelsen er skrevet av jurist Øyvind Holst, enhetsleder/overlege Cecilie Hartberg og spesialrådgiver Stine Kilden i KPS, og avd. overlege AFB Inger Breistein Haugen. Den har vært på høring i klinikken høringsutvalg, og det har kommet tilbakemeldinger fra Akuttavdeling v Lars Løvhaug, Anne Wold i SIFER og FIA v Mette Haram. Det har også vært dialog med juridisk avdeling ved Anne Christine Røthe.

Høringsvaret ble godkjent i klinikkens ledermøte 22.10.25

1 Innledning

1.1 Om Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF

Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF er landets største i sitt slag og har åtte kliniske avdelinger og over 3000 ansatte. Total døgnkapasitet er over 300 senger og i 2024 behandlet klinikken i overkant av 2000 pasienter med døgnopphold, samt gjennomførte over 16 000 polikliniske konsultasjoner.

En betydelig andel av døgnvirksomheten ved akuttpsykiatrisk avdeling, psykoseseksjonene, lokal og regional sikkerhetsseksjon omfatter behandling av pasienter under tvungent psykisk helsevern, enten etter psykisk helsevernloven eller særreaksjon etter straffeloven. Klinikken har bred erfaring med tvungent psykisk helsevern, voldsrisiko og samarbeid med politi.

1.2 Overordnede vurderinger av høringsnotatet

Regjeringen har som mål å styrke samfunnsvernet og forebygge vold gjennom forbedret informasjonsdeling mellom helsetjenesten, politiet og PST. Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus anerkjenner behovet for samarbeid og informasjonsutveksling, men mener at foreslåtte lovendringer må være bedre begrunnet, tydeligere avgrenset og ledsages av forskrifter som sikrer presisjon og rettssikkerhet.

Høringsnotatet har vesentlige svakheter. Det mangler utredning av alternative tiltak, og det mangler vurdering av virkningene. I det følgende beskrives det vi mener er grunnleggende mangler i høringsnotatet:

- **Manglende kunnskaps- og kildegrunnlag:** Kunnskaps- og kildegrunnlaget er i hovedsak hentet fra justissektoren og bygger i stor grad på evaluering av enkelthendelser, og fremstår som tynt. Evalueringer av enkelthendelser kan gi innsikt i spesifikke situasjoner, men gir ikke grunnlag for generalisering eller systemendringer. Departementene gir ingen begrunnelse for

hvorfor disse enkelthendelsene skal kunne danne grunnlag for lovendringer med bred anvendelse. I tillegg spriker evalueringene, og dermed de anbefalte tiltakene. Enkelte av rapportene i innledningen peker på et behov for klargjøring av lovverket, andre rapporter peker på et behov for lovendring. Kunnskapsgrunnlaget som er lagt til grunn besvarer dermed ikke de sentrale spørsmålene.

- Kunnskapsgrunnlag for å vite noe om farevilkåret anvendes korrekt mangler, og det foreligger ingen vurdering av om dette faktisk er tilfelle. Uten slik kunnskap er det usikkert om opplysningsplikten vil omfatte de pasientene der samfunnsvernet tilsier at politiet bør varsles.
- **Manglende utredning og juridisk forankring:** Det er uklart hvilke opplysninger departementet mener det faktisk er nødvendige å dele – og om disse allerede kan deles innenfor gjeldende lovverk. Vi mener høringsnotatet burde ha inneholdt en redegjørelse av om nødvendig informasjon kan deles innenfor gjeldende lovverk, eller ved endringer eller refortolkninger av gjeldende lovverk, særlig helsepersonelloven §23 nr.4.
- **Manglende effektvurdering:** Høringsnotatet gir ingen konkret vurdering av hvilken effekt man forventer ved økt informasjonsdeling mellom helsevesenet og politi/PST.
- **Manglende redegjørelse for begrepet «samfunnsvern»:** De faglig ansvarlige for vedtak har innarbeidet en forståelse av fare-kriteriet. Ved å innføre samfunnsverns-begrepet innfører man et begrep som bør følges av en veiledning for hvordan dette skal forstås i praksis. Her sikter vi både til hvilke typer kriminalitet som er relevante, og hvilket alvor kriminalitet må ha for å være relevant.
- **Manglende skille mellom sivilrettslig og strafferettslig tvungen psykisk helsevern:** I høringsnotatet behandles informasjonsdeling til politi og PST i separate kapitler, men det gjøres ikke tilsvarende skille mellom pasienter under sivilrettslig tvungen psykisk helsevern (§ 3 i psykisk helsevernloven) og pasienter dømt til tvungen psykisk helsevern (§ 62 i straffeloven og § 5 i psykisk helsevernloven). Formål og gjennomføring for disse gruppene er vesensforskjellige, og en felles omtale bidrar til uklarhet og risiko for feil anvendelse.

2 Høringsuttalelse om de konkrete lovforslagene

2.1 Generelt om utlevering av opplysninger mellom politi og helsevesen

Dagens lovverk gir allerede mulighet for å gjøre unntak fra taushetsplikten dersom tungtveiende private eller offentlig interesser tilsier det, jf. helsepersonelloven §23 nr. 4. Vi mener det bør vurderes om hensynet til samfunnsvernet (både ifm sivilrettslig og strafferettslig tvungen psykisk helsevern) allerede er dekket av denne bestemmelsen, og at det heller bør gjøres en refortolkning av hpl. § 23 nr.4, enn å innføre nye spesifikke unntak.

Den generelle unntaksbestemmelsen i helsepersonelloven legger opp til en avveining av hensyn. Slike avveininger er krevende, selv for helsepersonell med erfaring med å gjøre slike vurderinger. Det er lite veiledning i både kommentarer og forarbeider. Man kan også spørre seg om det er tilstrekkelig fokus på opplæring i helsepersonells plikt og rett til å sette taushetsplikten til side. Kartlegginger viser at ulike profesjonsutøvere har lite kunnskap om f.eks. avvergingsplikten (Linge et al. juni 2025)

I lovforarbeidene er terskelen for hva som kan betegnes som *tungtveiende private* eller *offentlige interesser*, lagt tett opp mot nødrett. Det vil si at det er liten forskjell mellom unntaksregelen i helsepersonelloven § 23-4 og opplysningspliktregele i § 31, som også er basert på nødrettsbetraktninger.

Lovforarbeidene ble skrevet i 1998. Etter det er det innført en rekke spesifikke unntaksbestemmelser - av samfunnsvernshensyn - og nå foreslås det enda flere – også av samfunnsvernshensyn. Basert på lovendringer i perioden 1998 frem til nå kan man argumentere for at *tungtveiende private eller offentlige interesser* går lengre enn nødrettsbetraktninger. Vi foreslår at Helsedirektoratet gjennomfører en refortolkning av hpl. § 23 nr. 4, som tydelig tar hensyn til at unntaksreglene innført etter 1998 *ikke* krever at det foreligger nødrettslignende situasjoner. Unntaksreglene som er innført etter at lovforarbeidene ble skrevet i 1998, også de som departementene nå foreslår å innføre, taler for at deling av informasjon i voldsforebyggende øyemed er å betrakte som tungtveiende private og offentlige interesser som gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.

2.2 Adgang til å innhente informasjon fra politiet ved voldsrisikovurderinger. Informasjon fra helsevesen til politi.

Lovforslaget er basert på at taushetsplikten kan hindre helsevesenet fra å sende begrunnede anmodninger om voldshistorikk til politiet. En tidsmessig refortolkning av hpl. 23 nr.4 vurderes som en klart bedre løsning enn å lage en ny lovhjemmel i psykisk helsevernloven og farekriteriet.

Helsevesenets behov for å innhente informasjon fra politiet kan foreligge også utenfor tvungent psykisk helsevern-tilfeller. Dermed er det uheldig å begrense en lovendring til tvungent psykisk helsevern. En klargjøring av at helsevesenet kan innhente informasjon fra politiet, bør - enten det skjer som lovendring eller som en refortolkning av hpl. § 23 nr. 4 - også omfatte tilfeller utenfor tvungent psykisk helsevern.

Forøvrig kan en slik begrensning føre til at flere pasienter vurderes for tvang kun for å gi tilgang til informasjon. Dette kan få utilsiktede konsekvenser for både praksis og pasientenes rettigheter.

Utfordringen ligger også i lang saksbehandlingstid hos politiet og ulik tilgang til informasjon ved politiets ulike enheter. Det er avgjørende at helsepersonell får tilgang til relevante opplysninger raskt og effektivt for å kunne gjennomføre forsvarlige voldsrisikovurderinger, særlig i akutte innleggelsessituasjoner. De generelle saksbehandlingsfristene som følger av forvaltningsloven, er ikke tilpasset den tidskritiske konteksten som gjelder ved vurdering av voldsrisiko i en innleggelsessituasjon psykisk helsevern. Vi anbefaler at det etableres særskilte rutiner og frister for informasjonsutveksling mellom politi og helsevesen, som reflekterer de situasjoner der det er behov for umiddelbar tilgang til opplysninger. Dette bør forankres i forskrift eller veileder, og støttes av digitale løsninger som sikrer sikker og effektiv dokumentflyt.

2.3 Pålegg om utlevering av opplysninger fra helsevesen til PST

Det mangler informasjon om hva PST skal med informasjonen og hvordan de skal nyttiggjøre seg den, og hvordan det skal gjøre en forskjell i deres arbeid.

Det mangler også vurdering av lovforslagets "treffsikkerhet". Per i dag har man for lite kunnskap om både korrelasjon og kausalitet mellom psykisk lidelse og radikaliserings til voldelig ekstremisme. PST skriver selv i sin temarapport fra 2022 at det er ikke en direkte årsakssammenheng mellom psykoser og terrorhandlinger. En rekke tilstander med mulig korrelasjon som nevnes i rapporten vil ikke fanges opp av lovforslaget. Ved å velge ut en avgrenset gruppe pasienter (pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern) vil resultatet kunne være at man stigmatiserer en gruppe mennesker unødig, uten at man oppnår det som er intensjonen med loven.

Lovforslaget åpner for at PST kan innhente informasjon om:

- a) **tvungent psykisk helsevern** med døgnopphold i institusjon
- b) **overføring** til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold
- c) **permisjoner** fra tvungent psykisk helsevern
- d) **utskrivning** fra institusjon som nevnt i bokstav a
- e) planlagt **oppholdssted** under permisjon eller etter utskrivning fra tvungent psykisk helsevern
- f) helsepersonellens vurdering av personens **voldsrisiko**
- g) innholdet i en eventuell **risikohåndteringsplan**

Formuleringen i selve lovteksten er ikke entydig når det gjelder hvilke pasienter PST skal kunne innhente informasjon om. Bokstav f) og g) kan tolkes dithen at det åpner for at enhver som helsepersonell innehar opplysninger om, eller det kan lese som at det peker tilbake på de øvrige bokstaver (a-e), altså pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern. Sistnevnte tolkning understøttes av at det anføres at PST skal 'kunne pålegge helsepersonell å utlevere tilsvarende opplysninger som det skal varsles om etter forslaget til psykisk helsevernloven § 3-3 c, samt om utskrivning fra institusjon' jf lovforslagets side 42. Det foreligger imidlertid ikke noe forslag om ny phvl § 3-3 c. Her trengs en helt tydelig avklaring dersom man skal gå videre med forslaget.

Vi ønsker å påpeke at vurderinger av voldsrisiko normalt inneholder helseopplysninger, inkludert vurdering av diagnoser, alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelbruk. Det bør derfor drøftes nærmere hvilke opplysninger som er hensiktsmessige å utlevere, særlig når henvendelsen fra PST ikke er begrunnet på en måte som er synlig for helsepersonellet. En henvendelse fra PST som sådan kan håndteres av helsevesenet, men innholdet i hva som skal utleveres er vanskeligere å vurdere.

Det virker videre som det ikke legges opp til utlevering av pasientjournal, men spesifikke opplysninger. I så fall bør det utformes standardiserte skjemaer som helsepersonell kan bruke. Å svare ut slike skjema er tidkrevende og krever fagkompetanse.

Dersom man ønsker utlevering av sensitive personopplysninger bør det sikres at begrunnelsen og vilkårene for den type henvendelse til helsevesenet er til stede. En domstolsprøving kan utgjøre den forsikringen.

Når det gjelder innsyn i de opplysningene som gis, kan det være krevende for helseinstitusjonene å ikke gi innsyn til pasient eller den som representerer pasienten f.eks. pårørende, advokat, verge, annet helsepersonell.

Det er for øvrig verdt å merke seg at lovforslaget ikke dreier seg om *gjensidig* informasjonsutveksling. Lovforslaget handler primært om at helsevesenet skal gi sensitive helseopplysninger til PST, mens PST skal ikke gi opplysninger i retur. Vi ønsker her å påpeke det paradoks at den faglig ansvarlige, ved en eventuell innføring av forslaget, vil få informasjon om at PST anser pasienten som farlig, men ikke få vite hva som ligger til grunn for denne vurderingen, og heller ikke ha anledning til å dokumentere henvendelsen. Dette setter den faglig ansvarlige i en vanskelig situasjon, hvor det – i mangel av svært sentral og relevant informasjon - blir umulig for den faglig ansvarlige å gjøre en *reell* risikovurdering. Vi anser det også som helt usannsynlig at kunnskap om at PST har opprettet sak på pasienten ikke vil påvirke den faglig ansvarliges beslutninger om f.eks. overføring av en pasient til et lavere behandlings- og sikkerhetsnivå. Samtidig vil ikke den faglig ansvarlige i et slikt tilfelle kunne anvende denne kunnskapen til å begrunne sin vurdering, f.eks. ved klage på overføringsvedtaket til Kontrollkommisjonen, noe som er svært uheldig for alle parter.

Forslaget fremstår for lite gjennomtenkt og kan ikke tiltres av OUS.

Forslaget peker på behovet for en hjemmel til å nekte pasienten innsyn i egen journal dersom PST tar kontakt med helsetjenesten. Slik § 5-1 første ledd nå er utformet, er det ikke mulig å nekte pasienten innsyn dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller helseskade for tredjeperson.

PST peker selv på en barriere mot å ta kontakt med helsetjenesten, fordi risiko for f.eks. angrep kan øke dersom pasienten leser om kontakten i sin journal. Dersom man ved innføring av en slik hjemmel kan åpne for en toveiskommunikasjon, vil man i noen flere tilfeller kunne vurdere om opplysningsretten etter hpl § 23 nr 4 er aktualisert. En slik hjemmel kan være fornuftig av flere grunner, som ved trusler mot helsepersonell og andre som ikke uten videre favnes av begrepet 'nærstående'. Det fordrer at ordlyden peker på 'fare for tredjeperson' og ikke avgrenses til PST, slik som i forslaget.

2.4 Endringsforslag knyttet til sivilrettslig tvungent psykisk helsevern. Varslingsplikt ved permisjon fra døgninstitusjon og ved overføringer mellom institusjoner. Opplysninger fra helsevesen til politi.

Lovforslaget legger opp til varslingsplikt for faglig ansvarlig, i tilfeller hvor hensynet til samfunnsvernet tilsier at politiet bør varsles ved permisjon og overføring til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), når pasienten oppfyller farevilkåret.

Begrepsbruk: Begrepet *hensynet til samfunnsvernet* brukes uten nærmere presisering. Selv om samfunnsvern hensynet omtales i psykisk helsevernloven §§ 5-2b, 5-3 og indirekte i § 3-3 gjennom farevilkåret, er det fraværende i formålsparagrafen (psykisk helsevernloven § 1-1), til tross for at loven har stor betydning for samfunnsbeskyttelse. Når begrepet nå introduseres uten klar avgrensning eller definisjon, kan det skape usikkerhet og variasjon i praksis.

Ansvarsdeling: Ansvar for permisjoner og overføringer er i dag fullt ut helsevesenets ansvar. Vi stiller spørsmål om departementet ønsker at de foreslåtte endringene av varslingsplikten skal medføre at politiet får et medansvar ved permisjoner og overføringer til andre institusjoner eller tvungent psykisk helsevern? Eventuelt kan en (utilsiktet) effekt være at helsepersonell kan få en forventning om at politiet får et medansvar idet politiet er varslet. Dette kan igjen føre til en opplevd "falsk

trygghet” hos helsevesenet, eller en lavere terskel for å gi pasienten permisjon. Det bør beskrives hvorvidt et mer gjensidig ansvar eller samarbeid om pasienter i permisjon eller i oppfølging utenfor døgninstitusjon er en ønsket effekt, og hva som må gjøres for å i så fall få til dette samarbeidet.

Omfang og håndtering av opplysningene: Ifølge rapporten *Bedre beslutninger, bedre behandling* er vilkåret fare for andre angitt som et «relevant vilkår for 665 personer i 2020. Dette tilsvarer om lag 10 prosent av de pasientene som i løpet av 2020 hadde vært underlagt tvungent vern». En plikt til å varsle permisjoner og overføringer kan med andre ord utgjøre flere tusentalls varslinger årlig. Vi kan videre ikke se at høringsnotatet gjør rede for politiets bruk av de opplysningene som høringsnotatet ønsker utlevert. Det er uheldig med en lovendring som tilfører politiet store mengder sensitive opplysninger, uten at det samtidig redegjøres for om politiet har kapasitet til å motta, vurdere og deretter handle på bakgrunn av opplysningene. Uten en slik redegjørelse vil overføring av sensitive opplysninger fremstå som uforholdsmessig. Det fremstår for oss som at departementet ikke har tatt inn over seg det størrelsesmessige omfanget av forslagene, og konsekvensene av dette.

Respons på varsling: Det må fremgå klart hvilke vurderinger som skal ligge til grunn for varsling, og hva som kan forventes av politiets respons. Uten dette risikerer man en falsk trygghet, der helsepersonell varsler, men politiet ikke følger opp med tiltak.

2.5 Utveksling av opplysninger ved overprøving av tvungent psykisk helsevern

Vi støtter lovendringen som gir hjemmel for informasjonsutveksling ved rettslig overprøving av vedtak om sivilrettslig tvungent psykisk helsevern.

2.6 Endringsforslag knyttet til strafferettslig tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62 og psykisk helsevernloven kapittel 5. Varslingsplikt ved permisjon fra døgninstitusjon og ved overføringer mellom institusjoner. Opplysninger fra helsevesen til politi.

Lovforslaget legger opp til varslingsplikt for faglig ansvarlig til politiet, i tilfeller hvor hensynet til samfunnsvernet tilsier at politiet bør varsles ved permisjon og overføring til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), når pasienten er på en dom til tvungent psykisk helsevern. Det er, som høringsnotatet også nevner, allerede utarbeidet rutiner for informasjonsflyt mellom de klageberettigede (jf. psykisk helsevernloven § 5-4) som er den domfelte selv, hans eller hennes nærmeste pårørende samt påtalemyndigheten. *Påtalemyndigheten* er i denne sammenheng politiadvokat og statsadvokat. Rutinene legger opp til en praksis hvor den faglig ansvarlige sender kopi av vedtak om overføring til de klageberettigede. I tillegg skal den faglig ansvarlige varsle påtalemyndigheten ved “vesentlige endringer”. Avgjørelser om permisjoner er eksempel på en slik endring. Det gis i dag ikke rutinemessige opplysninger til politiet.

Ved gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern skal samfunnsvernet være førende for *alle* beslutninger om overføringer og permisjoner, og den faglig ansvarlige må til enhver tid vurdere behandlingsbehovet opp mot samfunnsvernens hensynet. Ved en tidsubestemt dom skal samfunnsvernens hensynet tillegges mest vekt. Ved en tidsbestemt dom skal hensynene vektas likt. Det kan derfor stilles spørsmål ved om det vil foreligge situasjoner hvor hensynet til samfunnsvernet -

etter en eventuell ny lovgivning - *ikke* vil tilsa en varslingsplikt til politiet? Samtidig vil gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern alltid ha et element av risiko for gjentatt kriminalitet i seg, og bak hver overføring eller permisjon skal det foreligge risikovurderinger som tilsier at slik endring i gjennomføringen er forsvarlig ut ifra et samfunnsvern hensyn. Det bør derfor beskrives hvilke vilkår som skal legges til grunn for slik varsling plikt til politiet.

På det praktiske plan, har vi i utgangspunktet ingen innvendinger mot at kordineringsenhetens rutiner endres, slik at også politiet mottar kopi av vedtak og beslutninger om permisjoner. Men det er viktig å avklare om politiet skal få en *utvidet* rolle i gjennomføringen av dom til tvungent psykisk helsevern og et medansvar for samfunnsvernet som er beskrevet i psykisk helsevernlovens kapittel 5. Slik vi leser høringsnotatet, skal varsling til politiet *gjøres i forebyggende hensikt*, og skal gjøre politiet i stand til å iverksette tiltak innenfor *eget* ansvarsområde. På samme måte som for sivilrettslig tvungent psykisk helsevern, er samfunnsvernet ved permisjoner og overføringer i dag fullt ut helsevesenets ansvar. Vi mener det derfor er viktig å avklare om de foreslåtte endringene av varslingsplikten skal medføre at politiet får et større ansvar ved permisjoner og overføringer til andre institusjoner for personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern.

3 Administrative og økonomiske konsekvenser

I høringsnotatet fremgår det at lovendringene antas å ikke medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for helsevesenet. Denne vurderingen mener vi er feil. Enhver lovendring – særlig på et komplekst område som dette – medfører betydelige ressursbehov for de involverte aktørene, og - i denne sammenheng - særlig for helsevesenet. Det vil kreves:

- Utarbeidelse av nye rutiner og maler
- Opplæring av helsepersonell i lovendringenes innhold og praktisk anvendelse
- Tolkning og implementering av forskrifter og veiledere
- Løpende vurdering av varslingsplikt ved permisjoner og overføringer til tvungent psykisk helsevern
- Dokumentasjon
- Dialog og samarbeid mellom helse og politi om gjennomføring av følgene av lovendringer
- Uthenting av relevant informasjon fra journal ved anmodning om dette fra PST

Loverket som regulerer psykisk helsevern er allerede omfattende. Innføring av ytterligere bestemmelser vil kreve tid og kompetanse for å sikre korrekt og retts sikker anvendelse.

Vi støtter intensjonen om å styrke samarbeidet mellom helsevesen og politi, særlig i saker der voldsrisiko er relevant. Dette samarbeidet er viktig og nødvendig – men også tidkrevende. Dersom lovendringene gjennomføres slik de er foreslått, vil det medføre betydelig ressursbruk både ved innføring og i den daglige oppfølgingen. I tillegg må det sikres at mottakerorganene – politi og PST – har tilstrekkelig kapasitet til å:

- motta og håndtere store mengder sensitive opplysninger
- analysere og vurdere informasjonen
- iverksette nødvendige tiltak, som risikoplaner, vakthold, varsling og pågripelser

Uten en slik samtidig opprustning av både politi og PST, vil informasjonsdelingen ha begrenset effekt, og delingen av betydelige mengder sensitive personopplysninger fremstå som et uforholdsmessig inngrep i personvernet.

4 Øvrige betraktninger

Den faglig ansvarliges rolle vs. institusjonens ansvar: I høringsnotatet gis *faglig ansvarlig* en rekke plikter. En slik ansvars plassering gjenfinnes i strafferettslig tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven kapittel 5), men den finnes ikke i sivilrettslig tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven kapittel 3). Bakgrunnen for denne mangelen på koherens i lovverket er at kapittel 5 ble laget før helsereformene på 1990-tallet, og dermed før overlegenes rolle ble endret.¹

I dag er det den sivilrettslige forståelse av faglig ansvarlig-begrepet som dominerer på institusjonene, slik at lovforslaget er basert på en utdatert forståelse. Enkeltpersoner kan gis ansvaret for vedtak på grunn av deres formalkompetanse, men å gi spesialister i psykiatri og psykologi ansvar for andre forhold vil være i strid med modellen for enhetlig ledelse ved sykehusene. Innhold i vurdering og behandling, som for eksempel voldsriskovurderinger med påfølgende avbøtende tiltak, samt beslutninger om utgang og permisjoner, gjøres av en tverrfaglig gruppe under enhetlig ledelse. Det bør følge av dette at institusjonen gis ansvaret og at oppgavene fordeles slik det er hensiktsmessig lokalt.

5 Oppsummering og anbefalinger

Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF støtter intensjonen om å styrke samfunnsvernet og forbedre samhandlingen mellom helsetjenesten og politiet i saker der voldsrisiko er relevant. Samtidig mener vi at de foreslåtte lovendringene har vesentlige svakheter og kan få utilsiktede konsekvenser for pasientrettigheter, faglig praksis og tillitsforholdet mellom pasient og behandler.

Revisjon av helsepersonelloven § 23 nr.4 som alternativ til nye lover

Vi anbefaler at ønsket effekt for samhandling med politiet heller søkes oppnådd gjennom en revisjon og presisering av helsepersonelloven § 23 nr.4, fremfor å innføre nye og spesifikke unntak i psykisk helsevernloven. Det bør utredes om dette i større grad vil møte behovet:

- Sikre en helhetlig og rettssikker regulering av informasjonsdeling.
- Øke treffsikkerhet og unngå unødige stigma
- Ivareta helsepersonells kompetanse og erfaring med interesseavveining.
- Redusere risikoen for utilsiktet utvidelse av tvangsbruk for å få tilgang til informasjon.

¹ En utdypning av den utdaterte bruken av faglig ansvarlig-rollen i phvl. kap. 5 er gitt i *Samfunnsvernets begrensninger*, pkt. 4.5.3, Ø. Holst, 2020.

- Unngå fragmentering og kompleksitet i lovverket.

Vi anbefaler at det utarbeides forskrift eller veileder som konkretiserer hvilke opplysninger som kan deles, i hvilke situasjoner, og med hvilke aktører – samt at det etableres digitale løsninger for sikker og effektiv informasjonsflyt.

Innvendinger mot informasjonsdeling med PST

Klinikken stiller seg kritisk til forslagene om utlevering av helseopplysninger til PST slik de er foreslått. Det fremgår ikke tydelig hva PST skal bruke opplysningene til, hvordan de skal nyttiggjøres, eller hvilken effekt dette vil ha for samfunnsvernet. Det foreslås utlevering av omfattende og sensitive opplysninger uten tilstrekkelig vurdering av nødvendighet, proporsjonalitet og treffsikkerhet. Helsevesenet skal gi opplysninger til PST, men får ikke informasjon tilbake. Dette kan svekke faglig ansvarligs evne til å gjøre reelle risikovurderinger.

Vi anbefaler at forslagene om informasjonsdeling med PST ikke gjennomføres før det foreligger en grundig utredning av formål, virkemåte, rettssikkerhet og etiske konsekvenser.

Administrative konsekvenser

Lovendringene som foreslås vil medføre betydelige administrative og økonomiske konsekvenser for helsevesenet, til tross for at høringsnotatet hevder det motsatte. Endringene krever nye rutiner, opplæring, tolkning av regelverk, dokumentasjon og samarbeid med politi og PST. Intensjonen om bedre samarbeid støttes, men det krever tid og ressurser.

