

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Saksbehandler: FRK
Vår ref.: 10/3501
Dato: 01.11.2010

Helsedirektoratets høringsvar NOU 2010:3. Drap i Norge i perioden 2004-2009

Generelle kommentarer:

Utvalget har lagt fram en grundig rapport om et vanskelig tema. Det vises til at drap ikke kan forklares ut fra én årsaksfaktor alene. Helsedirektoratet synes det er viktig at rapporten understreker at frykten i befolkningen er større enn fakta tilsier selv om disse hendelsene ofte berører mange personer, både pårørende, venner, omgangskrets og nabolag. Det påpekes likevel at det er én viktig faktor for risiko for voldelig atferd, bruk av rusmidler. I første rekke gjelder det bruk av alkohol blant personer både med og uten psykiske lidelser. Det foreslås en rekke tiltak som kan forebygge drap begått av psykisk syke. Selv om det er vanskelig å forutsi alvorlig vold, er det likevel viktig å ha rutiner og kunnskap om metoder for å vurdere risiko. Dette støttes av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet er i ferd med å ferdigstille en nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykiske lidelser. Retningslinjen er planlagt publisert i 2011. Retningslinjen inneholder mange anbefalinger og tiltak som kan bidra til å redusere risiko. Vi vil også vise til rundskriv IS-9/2007 *Vurdering av risiko for voldelig atferd*. Rundskrivet skal bidra til å øke bevisstheten og kunnskapen om gjennomføring av risikovurdering og risikohåndtering. Slik kunnskap er viktig for å vurdere når en risikovurdering skal gjennomføres eller ikke, og når tiltak for å håndtere slik risiko skal iverksettes. Derfor bør denne kunnskapen gjøres bedre kjent.

I det følgende vil de ulike kapitlene bli adressert separat. Siste delen av høringssvaret er viet juridiske forhold.

Kommentarer til de ulike kapitlene

Kapittel 4. Materiale og metode

Vi noterer at det oppstår en rekke metodologiske problemer når man i den undersøkte populasjonen inkluderer 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 (i 55% av tilfellene ble hoveddiagnosen på gjerningstidspunktet først satt i etterkant av hendelsen). Dette er et veivalg som vi grunnet begrensninger i den kartlagde populasjonens størrelse har forståelse for.

Helsedirektoratet • Divisjon primærhelsetjenester

Avd. psykisk helse og rus
Freja Ulvestad Kärki, tlf.: 24 16 35 44

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Samtidig kan dette også medføre en potensiell bias i undersøkelsen. Man bør i den forbindelsen bla. utgå fra at det å utføre et drap med påfølgende rettslige konsekvenser har betydning for gjerningsmannens psykiske status – dette kan defineres som en krisesituasjon.

Når det gjelder metode for å skaffe informasjon om gjerningspersoner med kjent psykisk lidelse ble vedkommendes fastlege forespurt om dennes pasient hadde psykisk lidelse (inklusive ruslidelser) på gjerningstidspunktet eller tidligere. Det vil her kunne være kun de eksplisitte psykiske lidelsene som er kjent av fastlegen, avhengig av både kompetanse i psykiatrisk diagnostikk og systematikken i utredningen. Det er grunn til å anta at disse begge varierer betydelig blant fastlegene. I vurderingen av omfanget av psykiske lidelser (se eksempelvis 5.5.3) har man 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 hvilken diagnose. Dette er ikke metodologisk uproblematisk siden det her ligger interesseforhold som kan tenkes påvirke symptom-/ tilstandsbeskrivelsene, eksempelvis risiko for simulering.

I 4.2 vises det til at "Litteraturgjennomgangen viser at det er foretatt flere grundig forskningsbaserte studier på mange av teamene som mandatet omfatter". Mye av litteraturen kunne vært brukt for å danne grunnlag for forslag til råd og tiltak. Her hadde det vært viktig med en referanseliste som vedlegg.

4.5. Blant bistandsyttere nevner man Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ville også vært en relevant instans å inkludere blant bidragsytterne.

Kapittel 5

Blant de demografiske karakteristikkene hos gjerningsmenn fant utvalget at 64% hadde grunnskole som høyeste fullførte utdanning - mot 30% i befolkningen ellers. I anbefalingene er dette ikke spesielt adressert. Det vil være viktig å sette betydelig større fokus på å hindre drop-out fra skolen, samt monitorere de elevene som fremstår som de faglig svakeste og i største risiko for å falle ut av skolen. Dette burde være blant prioritettene. I Sverige kan man vise til gode resultater ift å hindre skolefravall gjennom systematiske psykologiske / pedagogiske tiltak (Social rapport 2010, Socialstyrelsen).

Sysselsetningsgrad i gruppen gjerningspersoner var 34 % mot 72% i resten av befolkningen. Blant beskyttende faktorer er deltakelse i arbeidslivet nevnt. Samarbeid mellom NAV og andre tjenester ift sysselsetningstiltak og oppfølging av boligsituasjonen fremstår som viktige anbefalinger i rapporten.

5.4.4 Fødeland

Det var en betydelig overrepresentasjon av gjerningspersonene som var født i utlandet (proporsjonelt 27% mot 10% av hele befolkningen). Samtidig var det vesentlig mindre andel av disse som hadde psykisk lidelse på gjerningstidspunktet, dvs. helsetjenestens muligheter til å fange opp risikosignaler fremsto som begrenset. Helsedirektoratet har gitt støtte til oversettelsen av en manual for kultursensitiv diagnostikk. Det er også i gang satt arbeid for å adressere voldsrisiko blant beboere i asylmottak.

5.5. Tidligere historie av vold og kriminalitet

Tidligere historie av vold (ved siden av alder og kjønn) er funnet til å være den viktigste prediktor for fremtidig vold. 62% var dømt for noe tidligere – 36% med fengselsdommer for voldelig kriminalitet. Gjerningspersoner med psykisk lidelse på gjerningstidspunktet hadde vesentlig oftere utøvet vold tidligere (79%) enn personer uten psykisk lidelse (41%). Dette understreker behovet for integrerte voldsrisikovurderinger i kontakt med det psykiske helsevesenet. Samtidig vil man, når man tar hensyn til kjente risikofaktorer utover psykisk helse oppdage, at personer med psykisk lidelse ikke lenger er like overrepresentert eller overrepresentert i det hele tatt, blant gjerningspersoner (se eksempelvis 6.2.)

Kapittel 7 Rus, psykisk lidelse og vold

En høy andel av gjerningspersonene hadde betydelig bruk av rusmidler. Utvalget fant, at det var mange med ruslidelser som ikke hadde fått behandling. *Det fremgår ikke hvorvidt disse hadde de vært motivert til behandling eller søkt behandling. Samtidig konstateres det, at mer enn halvparten av den alkoholrelaterte volden kan tilskrives det store flertallet av alkoholkonsumenter som ikke er i høyrisikogruppen, dvs. som ikke vil ha alkoholbruk som nødvendigvis blir oppdaget av helsevesenet. Det anbefales å rette forebyggende tiltak mot hele befolkningen. Dette støttes av Helsedirektoratet.*

Når det gjelder oppfølging av personer med kombinasjonen rus og vold, anbefales det at man vurderer systematiske oppfølgingstiltak med utgangspunkt i en rekke aktuelle instanser, blant disse politi, kriminalomsorg, legevakt, kirurgiske avdelinger, krisesentre, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser, familievern, barnevern, primærhelse etc. Kontinuitet i relasjoner en sterk sårbarhetsfaktor for personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse – bør få konsekvenser for behandlingsopplegget. Integrert behandlingsløp – i tett samarbeid mellom de ulike aktørene er optimal for å fange opp målgruppen. Forpliktende samarbeidsrelasjoner med tilbud om individuell plan. Rollene mellom instansene bør være avklart ift koordinering, i gangs setting av arbeid med IP etc. Det anbefales integrert behandling, i samme enhet, og 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. *Helsedirektoratet støtter anbefalingen.*

På tiltakssiden konstateres det at "Ved lett til moderat overforbruk av alkohol vil enkel rådgivning og oppfølging – for eksempel i primærhelsetjenesten – kunne føre til redusert forbruk. Enkelte pasienter vil trenge bolig med støtte kollektivt eller individuelt. Oppfølgingen i boligen vil kunne ha sentral betydning." *Dette støttes av Helsedirektoratet.*

7.7.3.

Flertallet av personer med skadelig bruk av rus hadde fått sitt rusproblem kartlagt. Det var imidlertid ganske stor andel på 37% som ikke hadde blitt vurdert på tross av at de hadde skadelig bruk av rusmidler. *Det var vanskelig å vite om dette er grunnet mangel*

hos hjelpeinstanser eller fordi personene ikke selv oppsøkte hjelpetjenester for en slik vurdering.

7.8.1. Grunnleggende anbefaling vedrørende rus, psykisk lidelse og vold.

"Det er svært vanskelig å forutse 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 utøvet 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. Voldelig atferd bør være et prioritert tema under behandling av rusavhengige pasienter, spesielt pasienter som er alkoholavhengige eller avhengige av benzodiazepiner eller sentralstimulerende stoffer". "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." *Helsedirektoratet støtter anbefalingen.*

7.8.4.

Anbefaling om satsing på aktivt oppsøkende virksomhet og høytspesialiserte tverrfaglige team i form av videreutvikling av ambulante modeller støttes av Helsedirektoratet.

7.8.6. og 7.8.7.

Anbefalingene her adresserer behovet for kontinuitet i behandlingskjeden:

1)"ved gjensatte innleggelser ved psykotiske gjennombrudd under påvirkning av rus bør ikke spesialisttjenesten slippe tak i pasienten før denne er utredet med sikte på alvorlig psykisk lidelse, alvorlig personlighetsforstyrrelse og på risiko for utøvelse av vold."

2)Behov for å sikre at pasientene ikke faller mellom stolene uten at man ved utskrivning etter en innleggelse i spesialisthelsetjenesten – forpliktende oppfølging på plass før utskrivning.

Helsedirektoratet ser det som viktig at man sikrer at ingen pasienter utskrives fra akutt- / døgneheter for psykisk helse uten at videre oppfølging for pasienten er på plass. Vi støtter også anbefalingen om at utskrivningen gjerne bør skje gradvis (se også 8.3.2.)

7.8.8.

3) Pårørende til 44 % av gjerningspersonene hadde vært i kontakt med hjelpeinstanser i forbindelse med gjerningspersonenes psykisk helse (se også 8.3.5.)

Samarbeid og støtte til pårørende og pasientens øvrige nære relasjoner, særskilt der klienten bor tett innpå disse, bør implementeres i planarbeidet, "manglende registrering av pårørendes bekymringer vil kunne oppfattes som systemsvikt" (sitat fra Rasmussen-utvalget).

De pårørende representerer en spesielt viktig ressurs med informasjon om pasienten som er et viktig bidrag i diagnostikken / vurdering av eventuell voldsrisiko.

Helsedirektoratet anser det derved som ekstra viktig at man har gode rutiner for å registrere og følge opp eventuelle bekymringsmeldinger som kommer fra de pårørendes side.

Kapittel 8 Oppfølging som personene mottok før hendelsen

8.4 Utvalgets råd

Utvalget påpeker at det er viktig at det er viktig å sikre hjelpetiltak for alle som har behov for behandling av psykiske lidelser. Selv om psykisk helsevern er sentral i dette er den vanligste kontakten for målgruppen fastlegen. Utvalgets gjennomgang indikerer at samarbeid på tvers av etater og behandlingsnivåer ikke alltid er tilfredsstillende - og at utskrivning av pasientene fra akutt-/døgneheter ofte har skjedd for brått, videre at det kun sjelden eksisterte individuelle planer og koordinator ved utskrivning (se også 8.3.8). Utvalget anbefaler at man ved Samhandlingsreformen sikrer en nødvendig overføring av kompetanse til fastlege og annen helsepersonell i kommunehelsetjenesten, videre at man for pasienter med høy risiko for vold sikrer tett samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. *Helsedirektoratet understreker at spesialisthelsetjenesten har veiledningsansvar overfor primærhelsetjenesten, og at det er viktig at man inngår bindende samarbeidsavtaler mellom nivåene. I noen tilfeller kan dette samarbeid kunne ut i veiledning ift bruk av strukturerte kliniske verktøy for risikovurdering. Samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og NAV som for mange av gjerningspersonene er en sentral instans bør skje i større grad enn i dag (72 % av gjerningspersonene hadde mottatt bistand fra NAV eller sosialtjeneste, jmfør 8.3.4.)*

Utvalget anbefaler at forskning på vold begått av nåværende eller tidligere partner prioriteres. Samme gjelder for forskning mellom sammenheng alkohol og vold. *Det er flere høyt spesialiserte forskningsmiljøer i Norge som vil kunne være aktuelle i denne sammenheng. Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag til prioriterte områder.*

Kapittel 9 Voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse

I kapittel 8 ble det påpekt vedrørende oppfølging av personer med schizofreni / paranoid psykose at man i mange tilfeller ikke hadde foretatt en voldsrisikovurdering. Også tidligere gjennomganger viser at manglende rutiner for voldsrisikovurderinger kan være et generelt problem innen deler av psykisk helsetjeneste (8.3.7. og 8.3.8) Det vises til en engelsk studie som viste en klar sammenheng mellom manglende strukturert risikohåndteringsstrategi og voldsgjentakelse (9.3). En rekke studier har vist lovende resultater når det gjelder bruk av noen spesifikke instrumenter for vurdering av voldsrisiko / behandling av mennesker med psykiske lidelser og voldsrisiko (Voldsrisikosjekkliste -10 / V-Risk-10 og miljøterapeutisk behandlingsmetode Early Recognition Method). Voldsrisikosjekklisten er enkel å bruke og har vist seg å ha god prediktiv validitet for trusler og fysisk vold. I 9.5. påpekes det at det er meget viktig at de ulike kliniske behandlingstilbudene for mennesker med alvorlig psykisk lidelse er forskningsbaserte. Samtidig understrekes det behov for mer og bedre klinisk forskning. *Utvalget kommer ikke med anbefaling om å implementere Voldsrisikosjekklisten rutinemessig i de aktuelle instansene, hvilket kan fremstå som noe overraskende. Med utgangspunkt i den hittil begrensede men lovende støtten som forskningen gir til bruk av sjekklisten, er det grunn til å se mer på instrumentets bruksmuligheter i form av flere studier på området.*

Utvalgets tilrådninger i kap. 12 Samarbeid helsetjeneste- politi

Utvalget mener at samarbeidet mellom politi og helsetjenesten må styrkes og at rollene må defineres tydeligere. Dessuten bør begge instansers kompetanse om hverandres arbeidsområder styrkes.

Helsedirektoratet anser at et pågående arbeid med å revidere og deretter implementere felles rundskriv på området (fra Helsedirektoratet og Politidirektoratet) vil dra i ønsket retning.

I direktoratets arbeid med Nasjonal handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, vil innspill i rapporten bli vurdert, herunder forslag om å styrke politiets kompetanse om psykiske lidelser og forslag om retningslinjer for hvordan tjenesten skal følge opp og samarbeide når pasienten har takket nei til individuell plan.

Utvalgets anbefalinger i kap. 16 oppsummering av utvalgets forslag til tiltak

Utvalgets råd er at personer med alvorlig psykisk lidelse og en ruslidelse skal vurderes med tanke på tiltak som kan redusere/forebygge voldelig atferd. *Det er her viktig å understreke at selv om det utarbeides rammer, regelverk og rutiner, samt retningslinjer, er det nødvendig at de implementeres i de forskjellige virksomhetene. En god implementering er avhengig av ledelsesforankring av hvordan slik implementering skal håndteres.*

- Anbefalingene i kap. 16.1.1 "Grunnleggende anbefaling om rus, psykisk lidelser og vold", kap. 16.1.3 "Integrerte tjenester og sømløse overganger", kap. 16.1.4 "Satsing på aktivt oppsøkende team", kap. 16.1.7 "Råd for å forebygge kasteballeffekten og råd vedrørende personer med personlighetsforstyrrelse" *Alle disse punktene ivaretas i stor grad i den nye faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykiske lidelser.*
- Anbefalingene i kap. 16.1.2 "Tidlig intervensjon"
Utvalget anser at det fra samfunnets side bør satses på tidlig identifisering av personer som har problematisk bruk av rusmidler og voldsproblemer. Barnevernet blir påpekt som viktig for tidlig identifisering og innsats for å forhindre fremtidig rus og vold. En betydelig andel (30 %) av personer som begikk drap i perioden hadde hatt kontakt med barnevernet. *Generelt kan man konstatere at primærforebygging fra tidlige barneår ikke har vært adressert i dokumentet selv om dette er tiltak som vil kunne være både kostnadseffektive og relativt enkle å implementere på universell basis (her mener vi tidlig intervensjon i et livsløpsperspektiv og hvorvidt man tar høyde for forskningsresultatene som tydelig indikerer den store betydningen av sosialt belastende arv).*

En viktig arena som er aktuell for tidlig å identifisere tegn på atferdsvansker og / eller debuterende rusproblemer (i tillegg til barnevernet) er skolen. Utvalget påpeker at tidlig intervensjon også betyr å sikre at fastleger har og benytter seg av verktøy for å vurdere problematisk bruk av rusmidler. *For ungdommens del har man også mulighet til å benytte seg av ungdommens helsestasjon.*

Tjenesten er tilgjengelig i 79,3% av landets kommuner. Vi viser også i denne sammenhengen til retningslinjen sammen med "Risikorundskrivet". Samtidig vil det være behov for å styrke forpliktende samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og barnevernstjenesten.

Oppsummeringsvis kan man konstatere at anbefalingene til en større grad burde adressert betydningen av samhandling mellom etatene ift barn og unge (eksempelvis oppfølging av drop-outs fra skolen).

- Anbefalingene i kap. 16.1.8 "Sikkerhet og trygghet for pasienter, pårørende og personell"

Dette gjelder i stor grad kapasitet og kompetanse innen DPS og det kommunale tjenesteapparatet overfor utredning, behandling og oppfølging av personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser som er utagerende, aggressive og som ofte ruser seg.

Helsedirektoratet støtter forslagene om et bedre og mer forpliktende samarbeid mellom politi, kriminalomsorg, helse- og sosialvesen (det vises til IS-15/2006 Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke). Dette angår også pkt 16.6. Videre støttes forslag om en lav terskel for anmeldelse av alvorlige trusler og vold mot personell, samt en rask reaksjon fra politi og rettsvesen. Til sist ønsker vi å påpeke at det er landets sikkerhetsavdelinger som har best kompetanse til både å vurdere og følge opp de farlige og dyssosiale personer. Disse personene har ofte et rusproblem i tillegg. Det må derfor være tilstrekkelig kapasitet i sikkerhetsavdelingene slik at de kan brukes til vurderinger, behandling ved behov og til veiledning av DPS og kommuner. Kompetanse finnes også i de tre regionale kompetansesentrene for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri (Trondheim, Bergen og Oslo). Kompetansesentrene og de regionale sikkerhetsavdelingen samarbeider tett. Dette omfatter også kap. 16.2.8 og 16.2.9.

- Anbefalingene i kap. 16.1.9 "Restriktiv forskrivningspraksis og trygge utleveringsordninger"

Det vises her til rundskriv IK-2755 Vanedannende legemidler, forskrivning og forsvarlighet (www.helsetilsynet.no/trykksak/IK-2755). Dette rundskrivet er under revisjon i Helsedirektoratet.

- Anbefalingene i kap. 16.2.10 "Forskning"

Det foreslås en permanent forskningsbasert ordning for gjennomgang av samtlige drapssaker i Norge og at ordningen legges til et etablert forskningsmiljø. Det settes likhetstegn mellom drap og selvdrap og at forskningen her må samkjøres. Helsedirektoratet er ikke enig i en slik sammenlikning og samkjøring. Det er etablert tre kompetansesentre innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Dette er små miljøer som kunne styrkes for å ivareta en slik forskningsordning. Sammen med de regionale sikkerhetsavdelingene sitter disse på kompetansen innenfor fagområdet sikkerhetspsykiatri. I løpet av de siste årene har kompetansesentrene styrket sin forskningskompetanse ved at stadig flere av de ansatte har en doktorgrad. Her er det også et godt etablert forskningsmessig samarbeid innen Norden (Finland, Danmark, Sverige og Norge) i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. De tre regionale kompetansesentrene bør sammen framstå som et nasjonalt kompetansesenter hvor ett av de tre sentrene på omgang kan fungere som en koordinerende instans. Da kan man bedre utnytte sentrenes kompetanse.

- 16.7.7 Ansvargrupper og koordinatorrollen
 Det foreslås at bestemmelsen om IP blir supplert med en bestemmelse om å etablere ansvarsgruppe. *Dette er Helsedirektoratet ikke enig i da det ved å bestemme at det skal etableres en ansvarsgruppe dermed rokker ved intensjonen i forskriften om at brukeren selv skal kunne innvirke på hvordan samarbeidsformen skal etableres. Koordinator skal diskutere seg frem til, bli enig med bruker om hvilken samarbeidsform som skal etableres. Dette bør videre nedfelles i planen.*
Det vises her til veileder til forskriften IS- 1253 2010 kap 6. og 7.

Kommentarer til juridiske forhold (helsepersonells taushetsplikt og helsepersonells mulighet for kommunikasjon med andre).

Utvalget redegjør i kapittel 11 for gjeldende rett når det gjelder taushetsplikt, opplysningsplikt og – rett. Utvalget gir sin forståelse av reglene, og ser herunder på mulighetene for informasjonsutveksling i ulike situasjoner og mellom ulike etater. Vi vil nedenfor gi våre kommentarer til den forståelsen som er lagt til grunn, i forholdt til både den enkelte bestemmelse og forholdet mellom disse.

1.1. Forholdet mellom § 31 og § 23 nr. 4

Utvalget har gått igjennom gjeldende rett på området og mener at det ut ifra blant annet Helsedirektoratets rundskriv og uttalelser i forarbeidene, er 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 påpeker allikevel at det etter gjeldende regelverk fremstår som noe uklart om § 23 nr. 4 gir helsepersonell en opplysningsrett om mulig voldelige psykisk ustabile pasienter, som går lenger enn det som allerede følger av plikten i helsepersonelloven § 31. Utvalget gir på s. 119 uttrykk for at § 23 nr. 4 gir helsepersonell en rett til å melde i situasjoner som er mindre alvorlige enn de som omfattes av opplysningsplikten i § 31. De mener således at de materielle vilkårene i bestemmelsene ikke er sammenfallende.

Utvalget bemerker for det første at det er vanskelig å se at ikke opplysningsretten i § 23 nr. 4 må gå lenger enn informasjonsplikten i § 31. Dette begrunnes blant annet med at det er 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.

Helsedirektoratet er ikke enig med utvalget i dette. På generelt basis kan ikke vi se at det er holdepunkter for å legge til grunn at en bestemmelse som innebærer en rett til å utlevere opplysninger, går lenger i å gjøre unntak fra taushetsplikten enn en pliktbestemmelse. Hensynet til taushetsplikten taler etter vår oppfatning for det motsatte standpunkt i dette tilfellet.

Utvalget viser videre til at lovens ordlyd også kan tale for at retten går lenger enn plikten. I pliktbestemmelsen i § 31 fremgår det at varsling 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". Utvalget uttaler til dette at pliktbestemmelsen har preg av en

nødrettsbestemmelse spesielt for å avverge alvorlig skade, mens rettighetsbestemmelsen åpner for et bredt skjønn med veiing av interesser mot hverandre. Utvalget mener at forarbeidene til bestemmelsen ikke gir noen begrunnet veiledning i dette spørsmålet, og at heller ikke Helsedirektoratets rundskriv anses som noen tungtveiende rettskilde til forståelse av bestemmelsene. Utvalget antar videre 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.

Helsepersonelloven § 31 er en særlig pliktbestemmelse hvor det er presisert og tydeliggjort at helsepersonellet har en plikt til å videreformidle opplysninger til konkrete angitte etater, dersom vilkårene i bestemmelsen er tilstede. Helsepersonelloven § 23 nr. 4 er en generell unntaksbestemmelse fra taushetsplikten som ikke er knyttet til noen konkret situasjon, eller til noen konkret mottaker. Bestemmelsen legger opp til en faglig skjønnsmessig vurdering.

Både i forholdt til § 23 nr. 4 og § 31 er det uttalt i lovens forarbeider at de i hovedsak gjelder i nødrettssituasjoner. I forhold til rettstridsreservasjonen fremgår blant annet av høringsnotatet til loven at "de vurderinger helsepersonell må foreta vil langt på vei være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner." I forhold til § 31 fremgår det at bestemmelsen i hovedtrekk innebærer en presisering av nødrett i de aktuelle situasjoner, jf. Ot. prp. nr. 13 (1998-99) s. 99.

Etter vår oppfatning er forskjellen mellom det generelle unntaket i § 23 nr. 4 og de særlige pliktbestemmelsene, at lovgiver i visse situasjoner og for visse etater har ment at det ikke tilstrekkelig at helsepersonellet gis en rett til selv å bestemme om opplysninger skal gis videre, men at de må pålegges en plikt. Slik vi ser det har lovgiver her ansett nødetater som så viktig for å avverge eller begrense de konkrete angitte situasjoner, og man har ansett de aktuelle situasjoner som så alvorlige, at det er etablert en opplysningsplikt.

Vi kan ikke finne holdepunkter i forarbeidene for at retten til å melde til politiet etter § 23 nr. 4 omfatter mindre alvorlige tilfeller enn de som også vil omfattes av plikten etter § 31. Idet både § 23 nr. 4 og § 31 legger opp til en nødrettsbetraktning i vurderingen av om opplysninger kan videreformidles, er det vanskelig å finne eksempler på situasjoner hvor retten til å melde politiet inntreffer, men ikke plikten.

Vi oppfatter at det er relativt enighet i juridisk teori om at retten ikke går lenger enn plikten i de situasjoner der det finnes en særbestemmelse. Vi mener videre at lovens forarbeider gir støtte for den forståelse som er lagt til grunn. I høringsnotatet til helsepersonelloven ble det opprinnelig foreslått en bestemmelse som i første ledd inneholdt en plikt til å melde fra til nødetater for bistand ved fare for utrykningspersonellets sikkerhet eller ved fare for øket skadeomfang hvis slik bistand ikke innhentes. I annet ledd inneholdt denne bestemmelsen en rett for helsepersonellet til også ellers å gi opplysninger for å avverge alvorlig skade på mennesker. Det fremgår av kommentarene til bestemmelsen at denne retten normalt ikke ville gå lenger den det som var ment å følge av det generelle unntaket i forslagets § 29 (som senere ble § 23 nr.4), altså rettstridsreservasjonen. Det fremgår videre at bestemmelsen åpner for at helsepersonell kan kontakte politiet for å hindre at en

person som er påvirket av legemidler, narkotiske stoffer eller alkohol, kjører bil, og at det ikke var meningen at dette skulle forstås på annen måte enn i det generelle unntaket i § 29. I høringsrunden ble dette kommentert blant annet fra Statens helsetilsyn som mente at de situasjoner som bestemmelsen ønsket å regulere allerede var dekket av det generelle unntaket i rettsstridsreservasjon. Forslaget i annet ledd om opplysningsrett for å avverge alvorlig skade på person ble senere (i Ot. prp. nr. 13 (1998-99)) foreslått som en pliktbestemmelse. Vi kan ikke finne holdepunkter for at det materielle innholdet i bestemmelsen skulle endres. Kommentarene fra høringsnotatet er i stor grad videreført til omtalen av § 31, i Ot.prp. nr. 13 (1998-99). Etter vår oppfatning vil det være førende for hva man ønsket å oppnå med vedtakelse av loven. Før øvrig mener vi at det kun skyldes en feil at man i kommentarene til § 31 bruker begrepet "rett", selv om bestemmelsen pålegger en plikt.

Vi er således av den oppfatning at § 23 nr. 4 ikke gir helsepersonellet en rett til å varsle politiet om mulige voldelige psykiatriske personer med sikte på å avverge eller forebygge at vedkommende kan komme til å begå voldshandlinger, som går ut over det som følger av pliktbestemmelsen i § 31. Er vilkårene i § 23 nr. 4 oppfylt i ovennevnte situasjon, mener vi at også vilkårene i § 31 er oppfylt, slik at det foreligger en plikt.

Dersom det foreligger en plikt til å utlevere opplysninger til politiet, er ikke det til hinder for at helsepersonellet i tillegg melder fra til andre, for eksempel til et familiemedlem eller til sosialtjenesten, i medhold av § 23 nr. 4. Også i situasjoner som ikke vil innebære en plikt til å melde politiet vil det kunne være mulig å gi opplysninger til sosialtjenesten, dersom vilkårene for dette er tilstede. Virkeområdet til § 23 nr. 4 er derfor videre enn etter § 31, som kun gjelder plikt til å gi opplysninger til nødetater. Vi er imidlertid av den oppfatning at § 23 nr. 4 materielt sett ikke går lenger i de tilfeller der det finnes særbestemmelser.

2. Kommentarer til forslag som fremkommer av rapporten:

Utvalgets tilrådninger i kapittel 11 – taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett

2.1. Generelle kommentarer

Noe av bakgrunnen for utredningen var 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. Utvalget har derfor sett på mulighetene for informasjonsutveksling i ulike situasjoner. Utvalget har videre gjort en gjennomgang av de 132 avgjorte drapssakene i perioden og blant annet undersøkt om kommunikasjonen mellom hjelpeinstanser og /eller pårørende har vært problematisk og eventuelt på hvilken måte. I denne forbindelse reises spørsmålet: Foreligger det et tungtveiende samfunnsmessig behov for informasjonsutveksling som ikke ivaretas av eksisterende regler?

Utvalget kommer ikke med konkrete forslag til endringer, men tar til orde for at endringer i bestemmelsene om taushetsplikt bør vurderes og utredes nærmere. Dette forslaget gjelder i forhold til konkrete bestemmelser i blant annet helsepersonelloven.

Vi kan ikke se at utredningen har kartlagt et behov som tilsier at regelverket på området bør endres. I kun et fåtall av situasjonene som utvalget har undersøkt er informasjonsutveksling tatt opp som et tema i dokumentasjonen. I de tilfellene der

spørsmålene var aktuelle, var det svært få tilfeller der det hadde vært indikasjoner på problemer i forhold til informasjonsutveksling. Utvalget gir uttrykk for at det er en utfordring at det finnes så få studier på hvordan taushetspliktbestemmelsene faktisk brukes innen og mellom samarbeidende etater, og at det på denne bakgrunn er vanskelig å si noe sikkert om det er regelverket eller andre forhold som eventuelt vanskeliggjør eller forhindrer nødvendig informasjonsflyt og samarbeid mellom etater og forvaltningsnivåer. For å forsøke å avhjelpe situasjonen ble det avholdt et høringsmøte, hvor temaet var diverse problemstillinger knyttet til blant annet reglene om taushetsplikt og opplysningsrett- og plikt. I plenumsdiskusjonen kom det frem uttalelser som kunne tyde på at praktisering av regelverket i flere sammenhenger opplevdes som vanskelig, og flere tok til orde for at det burde være bedre veiledning for helsepersonell i form av eksemplifisering i lovteksten eller i form av rundskriv og lignende, og med eksempler på ulike praktiske situasjoner/problemstillinger.

Etter vår oppfatning har vi allerede i dag bestemmelser som er ment å ivareta behovet for informasjonsutveksling i de situasjoner som omfattes av utvalgets utredning. I den grad det er problemer med hensyn til kommunikasjon mellom etatene, mener vi at hovedårsaken snarere må være manglende kunnskap og usikkerhet hos helsepersonell, med hensyn til hvordan bestemmelsene skal forstås og anvendes. Et viktig tiltak må derfor være å lære helsepersonell opp i bruken av de bestemmelsene som er i lovverket i dag. At dette er et behov fremkom også fra den åpne høringen som ble avholdt av utvalget. Dette er forhold vi er opptatt av og vi ser at det kan være behov for mer informasjon fra helsemyndighetenes side, for eksempel med opplæringspakker i veiledning om hvordan bestemmelsene om opplysningsplikt- og rett skal forstås.

Politidirektoratet og Helsedirektoratet holder for tiden på med revisjon av et felles rundskriv IS-15/2006, hvor blant annet bestemmelsene om opplysningsplikt- og rett vil søkes tydeliggjort. Her vil vi også forsøke å gi en nærmere veiledning i den praktiske håndtering av bestemmelsene. Direktoratet arbeider også med revisjon av rundskrivet til helsepersonelloven, hvor blant annet kommentarer til de aktuelle bestemmelser vil revideres.

2.2. Kommentarer til de ulike bestemmelser:

Helsepersonelloven § 25

Utvalget foreslår for det første at 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 ikke er helsepersonell i lovens forstand. Utvalget mener at det særlig vil være aktuelt med informasjon til personer i kommunal sosialtjeneste. Utvalget sier videre at forutsetningen bør være at informasjonen er "nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp". Vi viser til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor det foreslås at helsepersonellovens bestemmelser skal gjelde for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter den nye loven. Dette innebærer at ovennevnte problemstilling ikke vil være relevant dersom dette forslaget blir vedtatt. Vi går derfor ikke nærmere inn i drøftelse av dette konkrete forslaget.

Utvalget foreslår videre at selv om man skulle velge å endre innholdet i begrepet "samarbeidende personell", så bør det også overveies å sløyfe eller myke opp den absolutte reservasjonsretten som pasientene har etter bestemmelsen. På s. 121

knytter utvalget dette opp mot § 32, og uttaler at bestemmelsen pålegger helsepersonell en plikt til å vurdere om det er behov for bistand fra sosialtjenesten, og deretter krever § 25 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. Utvalget uttaler på s. 132 at 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.

Vi er ikke enig at reservasjonsretten skal sløyfes eller mykes opp. Vi kan ikke se hvilke hensyn som taler for dette. Reservasjonsretten i bestemmelsen er et uttrykk for den rett den enkelte har til å bestemme over opplysninger om seg selv. I retten til å kunne reservere seg ligger også at pasienten selv må ta konsekvensene av å nekte at det gis tilgang til opplysninger, herunder den konsekvens dette kan få for pasientbehandlingen.

Vi mener for øvrig at utvalgets begrunnelse for endring av bestemmelsen dekkes opp av regler vi allerede har. Det fremgår av kommentarene til § 45 at det kan tenkes tilfeller hvor journalen bør utlånes eller overføres selv om pasienten motsetter seg dette. For eksempel i forbindelse med tvangsinnleggelser av psykiatriske pasienter vil pasienter kunne tenkes å motsette seg utlevering av journalopplysninger. Det vil kunne være av stor betydning at behandlende personell får kjennskap til tidligere sykdomshistorie eller behandling. I slike tilfeller vil man kunne bygge på rettsstridsreservasjonen i § 23 nr. 4, og det vil således kunne åpnes for at journalen kan overføres eller lånes ut til tross for at pasienten har motsatt seg det dersom det er av særlig stor betydning for helsehjelpen. Dette gjelder tilsvarende for retten til å dele opplysninger med samarbeidende personell, jf. merknadene til § 25. Vi viser for øvrig til pasientrettighetsloven § 5-3, hvor det blant annet fremgår at utlevering allikevel kan skje dersom tungtveiende grunner taler for det. I praksis vil "tungtveiende grunner" være situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for alvorlig liv eller alvorlig helseskade.

Helsepersonelloven § 23 nr. 4

Utvalget mener 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. Vi forstår ikke hva utvalget mener med dette. Dersom det er risiko for at en pasient vil begå en alvorlig voldshandling vil det allerede foreligge en opplysningsplikt etter § 31.

Utvalget mener at et alternativ til lovendring er at en endring initieres ved nytt rundskriv som gir uttrykk for ny forståelse av § 23 nr. 4. Vi er enig med utvalget i at det kan være behov for en tydeliggjøring av forståelsen av § 23 nr. 4 og § 31 i nye rundskriv. Og som vist over så arbeides det for tiden med revisjon av rundskriv om blant annet disse bestemmelsene. Vi er imidlertid av den oppfatning at den forståelsen som er lagt til grunn i blant annet Helsedirektoratets rundskriv gir uttrykk for gjeldende rett på området. Dersom det man ønsker en forståelse av § 23 nr. 4 som går ut over det som tidligere er lagt til grunn, mener vi derfor at dette må gjøres i form av lovendring.

Utvalget fremhever videre at det i rundskriv uansett bør kunne påpekes 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

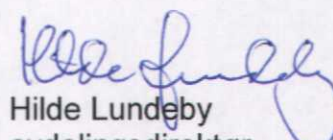
pasienten gis skal ha den ønskede virkning. Som tidligere bemerket mener vi at § 23 nr. 4 åpner for at helsepersonell kan gi opplysninger til sosialtjenesten. Dette forutsetter imidlertid at de materielle vilkårene i bestemmelsen er oppfylt.

3. Avsluttende kommentar

Vi er av den oppfatning at det ikke bør foreslås lovendringer så lenge de forhold utredningen omhandler allerede er regulert. Vi ser imidlertid at utvalgets forslag tydeliggjør det behovet vi har sett om veiledning og opplæring av helsepersonell, i forståelse og bruk av bestemmelsene om taushetsplikt og opplysningsrett- og plikt.

Vennlig hilsen

Jon Hilmar Iversen e.f.
divisjonsdirektør



Hilde Lundebj
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk