



TEMARAPPORT: EKSTREMISME OG PSYKISKE LIDELSER - SAMT SAMHANDLING MELLOM HELSETJENESTENE, POLITI OG PST - ÅPEN VERSJON

Den sentrale enhet

Dokumentdato: 30. august 2022
Vår referanse: 21/05486-4

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1. Innledning.....	4
2. Forekomst av psykiske lidelser hos ekstremister.....	4
3. Forståelsen av sammenhengen mellom psykiske lidelser og ekstremisme er endret over tid.....	5
4. Psykiske lidelsers rolle i et radikaliseringsløp	5
5. Samarbeid med helsetjenestene.....	7
6. Konklusjon	8
7. Litteraturliste.....	9

Sammendrag

Mange ekstremister har psykiske lidelser. Disse kan over tid forsterke en negativ utvikling i et radikaliseringsløp. Bredden i hvilke psykiske lidelser som er rapportert hos ekstremister har økt, og blant de vanligste er ulike psykoselidelser, autisme og rusmisbruk.

PST har ikke anledning til å behandle opplysninger om personer utelukkende basert på psykiske lidelser. PST kan kun behandle opplysninger om personer på bakgrunn av bekymring om radikalisering, terrorplanlegging, støtte til terrorhandlinger eller annet som faller inn under PSTs mandat. Psykiske lidelser kan i så fall behandles som tilleggsinformasjon.

Det kan være vanskelig innledningsvis å avklare hvorvidt en person som utfører en alvorlig voldshandling er motivert av en ekstrem ideologisk målsetting eller av andre forhold som psykisk sykdom, eller av begge deler. I slike tilfeller vil avklaringen som regel berøre mandatene til både politiet, PST og helsetjenestene.

Samhandling mellom helsetjenestene og politiet er avgjørende for å forhindre at personer som kan falle inn under begge mandat ikke fanges opp før de gjennomfører en alvorlig voldshandling.

PST samhandler med helsetjenestene primært i forebyggende saker og i noen få tilfeller i etterforskningsaker. Samhandlingen skjer i all hovedsak med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I samarbeidet med helsetjenestene erfarer PST at helsetjenestenes mulighet til å utlevere opplysninger ofte hindres av taushetsplikten. PST mener at det er behov for å klargjøre grensen mellom helsetjenestenes taushetsplikt og hensynet til politiets og PSTs behov for helseopplysninger for å ivareta vernet av viktige samfunnsinteresser. PST mener det er viktig at helsetjenestene får bedre mulighet til å dele informasjon av relevans med PST og politiet for å forebygge alvorlig kriminalitet.

De aller fleste med ulike psykiske lidelser eller utviklingsforstyrrelser utgjør ingen fare for andre mennesker. Psykiske lidelser er heller ikke en direkte risikofaktor for radikalisering, men kan over tid ha en indirekte og forsterkende effekt sett opp mot det totale bildet av sårbarhetsfaktorer en person kan ha.

1. Innledning

Høsten 2021 var det to alvorlige hendelser i henholdsvis Kongsberg og Oslo, hvor personer med innledningsvis uavklart intensjon gjennomførte alvorlige voldshandlinger. I etterkant av disse hendelsene har det vært en offentlig debatt om sammenhengen mellom ekstremisme og psykiske lidelser¹, og om hvorvidt samfunnet er skodd for å ivareta og håndtere personer som kan utgjøre en fare for seg selv og andre.

Denne rapporten har til hensikt å gi en bedre forståelse av hvordan psykiske lidelser kan påvirke et radikaliseringsforløp, og å belyse viktigheten av samhandlingen mellom helsetjenestene, politiet og PST for å forhindre alvorlige voldshandlinger.

PSTs mandat er å forebygge og etterforske sabotasje og politisk motivert vold.² PSTs regelverk for behandling av ulike typer opplysninger om enkeltpersoner er direkte knyttet til vårt mandat om å forhindre terror- og terrorrelaterte handlinger. Å være ekstrem vil si at man støtter bruk av vold som politisk, religiøst eller ideologisk virkemiddel for å påvirke eller endre samfunnet.

2. Forekomst av psykiske lidelser hos ekstremister

PST har ikke anledning til å behandle opplysninger om personer utelukkende basert på psykiske lidelser, jf politiregisterloven § 7.³ For å kunne registrere en person i PSTs register må vedkommende være knyttet til radikaliserings-, terrorplanlegging, støtte til terrorhandlinger eller annet som faller innunder PSTs mandat. Dersom en person allerede ligger i PSTs register knyttet til slike forhold, vil enkelte psykiske lidelser kunne vurderes som nødvendig og relevant tilleggsinformasjon og registreres på vedkommende. For PSTs del vil tett samhandling med helsetjenestene være en forutsetning for å kunne få innsikt i helserelaterte forhold som kan påvirke voldsrisikoen hos PST-registrerte personer.

Siden psykiske lidelser ikke kan registreres isolert, er heller ikke forekomsten av psykiske lidelser hos PSTs registrerte personer søkbart som et eget forhold. Det er derfor ikke mulig å gi en oversikt over hvor mange av PSTs registrerte personer som også står oppført med en psykisk lidelse, eller over personer man mistenker kan ha en psykisk sykdom som kan påvirke radikaliseringsforløpet eller de ekstreme holdningene til en person.

Utviklingen viser at stadig flere av de gjennomførte terrorhandlingene utføres av personer som handler alene, såkalte soloterrorister.⁴ Sannsynligheten for at en soloterrorist har en psykisk lidelse er 13 ganger høyere enn for medlemmer av en terrorcelle.⁵

Umiddelbart etter en alvorlig voldshendelse, ofte med flere drepte eller skadde, kan det være uavklart hvorvidt gjerningspersonen agerte på bakgrunn av ekstrem ideologisk overbevisning, var psykisk syk, eller begge deler. Det vil videre kunne ta tid å avklare hvorvidt psykiske lidelser eller en ekstrem ideologisk motivasjon foreligger, dersom voldsutøveren må gjennomgå en prejudisiell observasjon. Det må foreligge en sakkyndigvurdering for å avgjøre skyldspørsmålet.

¹ Med psykiske lidelser menes her sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser, noe som kan medføre endret atferd, nedsatt funksjonsevne og redusert livskvalitet. Psykiske lidelser forekommer hos 15-20 prosent av befolkningen til enhver tid (Store norske leksikon). PST definerer psykiske lidelser som en samlebetegnelse på ulike sykdommer og lidelser, kombinert med utviklingsforstyrrelser og rusmisbruk.

² Jamfør politiloven § 17b nr. 5.

³ Etter politiregisterloven § 7 fremkommer det at helsemessige opplysninger kun er registreringsverdige dersom det er «strengt nødvendig ut fra formålet med behandlingen».

⁴ I 2018 og 2019 ble 90 prosent av terrorangrepene i Vesten utført av soloterrorister. Se temarapporten om soloaktører på PSTs hjemmeside for fremveksten av soloterror i Vesten.

⁵ Corner & Gill (2014): "A False Dichotomy? Mental Illness and Lone-Actor Terrorism".

I politiets trusselvurdering for 2021 fremkommer det at det er registrert en økning av «tilfeller der personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer utøver grov vold og trusler, og det er sannsynlig at flere enn tidligere vil begå grove voldshandlinger.»⁶ Det er ikke mulig å sammenligne politiets tall opp mot forekomst av psykiske lidelser hos terrordømte eller terrormistenkte, rett og slett fordi klassifiseringen kan være ulik i ulike land, og i enkelte tilfeller vil en påvist psykoselidelse medføre at en person ikke kan dømmes for terror.

3. Forståelsen av sammenhengen mellom psykiske lidelser og ekstremisme er endret over tid

Forståelsen av sammenhengen mellom psykiske lidelser og ekstremisme har endret seg over tid. Personer i et radikaliseringsløp, og i særdeleshet de som har utøvd terrorhandlinger, ble på 1970- og 1980-tallet ansett som psykopater eller som å være drevet av avvikende personlighetstrekk.^{7,8} Senere vektla man i større grad ulike ytre situasjonelle faktorer som utenforskap og livskriser som viktige faktorer for radikalisering.⁹

I dag forstås radikalisering og mobilisering til terror som en prosess der det ikke finnes en ensartet profil for ekstremister. Dette innebærer at det er et bredt spekter av faktorer som kan påvirke en persons radikalisering og rekruttering til terror. Dette kan være knyttet til både personlighet, atferd, oppvekst, psykiske lidelser, ideologi og propaganda til ulike ytre påkjenninger og erfaringer.¹⁰

4. Psykiske lidelsers rolle i et radikaliseringsløp

Psykiske lidelser kan utgjøre en sårbarhetsfaktor i et radikaliseringsløp, men det vil variere på individuelt nivå hvor stor påvirkning en psykisk lidelse vil ha i radikaliseringsprosessen, og på hvilken måte dette vil manifestere seg. Det er en bred sammensetning av ulike ytre og indre påkjenninger og psykiske lidelser som personer i et radikaliseringsløp ofte står i. Det kan være en negativ spiral av oppsamlet stress, knyttet til livsutfordringer som vil være unike i sin sammensetning for den det gjelder.

PST har tidligere beskrevet forholdet mellom psykiske lidelser og personer som utfører terrorhandlinger på egenhånd i en temarapport om soloaktører.¹¹ I rapporten beskrives både ulike sårbarhetsfaktorer som kan bidra til radikalisering samt varseltegn som kan opptre i mobiliseringsfasen forut for et terrorangrep. Samtidig har kunnskapen om hvordan ulike psykiske lidelser kan påvirke et radikaliseringsløp utviklet seg vesentlig de siste fem årene.

Bredden i psykiske lidelser og psykisk uhelse som rapporteres hos terrorister, er også blitt stadig større. Autismespekteret og psykoselidelser er blant de hyppigst nevnte og utdypes under. Utover dette er listen mer eller mindre uttømmende, eksempelvis depresjon, ADHD, posttraumatisk stressyndrom, personlighetsforstyrrelser m.m. Det er med andre ord ingen konkret diagnose som er typisk for terrorister.¹² Psykiske lidelser og psykisk uhelse som sårbarhetsfaktorer i et radikaliseringsløp samvirker også med andre sårbarhetsfaktorer for

⁶ Ukom rapport 5-2021: «Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand?»

⁷ Corner & Gill (2022): «Psychopathy and terrorist involvement» i Psychopathy and Criminal Behaviour.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Temarapport: Soloaktører. Den sentrale enhet. 27. februar 2017. Ref.nr: 16/06241-9.

¹² Gill et al. (2021): "Systematic review of Mental Health Problems and Violent Extremism", The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 32:1, 51-78.

radikalisering, som utenforskap, dårlige sosioøkonomiske livsvilkår, kriminalitet og rusmisbruk, livskriser og opplevelser av tap.

Innenfor terrorforskningen har enkelte psykiske lidelser blitt viet særskilt oppmerksomhet, uten at dette kan tilskrives en økt risiko for at personer med disse diagnosene blir radikalisert. Felles for mange som forsker på terrorrelaterte fenomener, er at forekomsten av terrorhendelser er så lav at man risikerer å anta at funn er allmenngyldige uten at de nødvendigvis er det.

Psykiske lidelser er ikke en direkte risikofaktor for radikalisering, men har indirekte og over tid en forsterkende effekt sett opp mot det totale bildet av sårbarhetsfaktorer en person kan ha.

Psykiske lidelser, utviklingsforstyrrelser og rus hos personer i PSTs registre

Autisme er en utviklingsforstyrrelse, og diagnosen er hyppig forekommende hos personer i PSTs registre, noe som fremkommer ved gjennomgang av registrerte enkelthendelser og taktiske eller operative etterretningsprodukter. Dette ser ut til å samsvare med andre lands erfaringer. Det kan være svært krevende å avklare på hvilken måte en slik diagnose påvirker et radikaliseringsløp, ettersom PST ikke gjennomfører kliniske vurderinger.

Det har pågått en diskusjon i enkelte fagmiljøer om personer innen autismespekteret kan være ekstra sårbare for radikalisering. Ulike fagmiljøer har utviklet policy-dokumenter og risikovurderingsverktøy til støtte for helsepersonell og andre aktører som kan få ansvar for å vurdere om en person innen autismespekteret er i en radikaliseringsprosess.¹³

Mellom 75 og 90 prosent av de som diagnostiseres med autisme utvikler særegne interesser som kan grense til fiksering. Dette kan bidra til en fiksering på elementer som kan kobles til ekstremisme, eksempelvis våpen eller militæreffekter og uniformsymbolikk. Imidlertid er det ikke nødvendigvis slik at fikseringen hos personer innen autismespekteret på elementer som kan kobles til ekstremisme, er et uttrykk for ekstremisme.

Psykososer er en gruppe psykiske lidelser hvor personer har en forvrengt virkelighetsoppfatning. Det er viktig å understreke at de fleste personer i en psykose, eller med en psykoselidelse, ikke utgjør en fare for andre. Samtidig er det viktig å identifisere hvem som i verste fall kan være i risikosonen for å utøve alvorlige voldshandlinger, og sikre at det gjennomføres en voldsrisikovurdering i rett tid.

Det er ikke en direkte årsakssammenheng mellom psykososer og terrorhandlinger, men det kan eksistere en indirekte risiko der personer i en eksempelvis paranoid psykose føler en intens trussel og en samtidig manglende kontroll over denne opplevde trusselen. Det er mulig å utføre en villet terrorhandling med en psykoselidelse, eller en annen psykisk lidelse.

I andre tilfeller kan en alvorlig voldshandling være drevet av psykose, hvor elementer av ekstrem ideologi kan synes å være tilstede, uten at dette har vært avgjørende for at voldshandlingen fant sted. Nettopp disse utfordringene krever en tett og god samhandling mellom PST, politi og helsevesen for å sikre tilstrekkelig oppfølging av personer som potensielt kan utgjøre en voldsrisiko, med eller uten ekstrem ideologisk forankring.

Rus er ofte et element som opptrer samtidig med eller i kjølvannet av andre livsutfordringer og sårbarheter, som tidlig omsorgssvikt, utenforskap, psykisk sykdom, redusert eller fraværende tilknytning til skole og arbeidsliv, livskriser og relasjonelle tap. Rusmisbruk kan

¹³ RAN Centre of Excellence (2019): «Understanding the mental health disorders pathway leading to violent extremism» Ex post paper RAN H&SC.

bidra til å forsterke allerede negative livsutfordringer, og forverre eksisterende psykiske lidelser.^{14,15}

Tilsvarende som med ulike psykiske lidelser er rusmisbruk også registrert hos en rekke personer i PSTs registre, både hos ekstreme islamister, høyreekstremister og hos personer som truer myndighetspersoner. Ofte fremstår psykiske lidelser og rus å være gjensidig negativt forsterkende i et risikoperspektiv, spesielt i kombinasjon med akutte livskriser og opplevelser av tap.

I et radikaliseringsperspektiv kan rusmisbruk kombinert med livskriser og andre psykiske lidelser bidra til at ekstremt ideologisk tankegods fremstår både som en løsning på og en flukt fra situasjonen man er i. Samtidig har rusmisbruk også vært en del av ekstreme gruppers virkemidler for å senke voldsterskelen, minske motstanden mot et voldelig og dehumaniserende ideologisk budskap, og for å håndtere stress og frykt.

Psykiske lidelser og rusmisbruk kan følgelig like fullt være en konsekvens av som en forløper til voldelig ekstremisme. Dette gjelder ikke kun for de ekstremistene som har vært aktive i konfliktområder som Syria og Irak, men kan også gjelde for eksempelvis høyreekstremister som konsumerer svært voldsforherligende propaganda på ulike netttforum og sosiale medier. Breivik brukte rusmidler for å være i stand til å klare å gjennomføre terrorhandlingene 22. juli 2011.

5. Samarbeid med helsetjenestene

I Helsedirektoratets rundskriv om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke omhandler kapittel 5 kommunikasjon mellom helsetjenesten og politiet. Her presiseres følgende:

Både av hensyn til samfunnet og av hensyn til den enkelte pasient, er det viktig at politiet og helsevesenet tilstreber kommunikasjon i den utstrekning lovverket åpner for dette. Behov for kommunikasjon er særlig aktuelt i situasjoner der psykisk syke kan utgjøre en risiko for egen eller andres sikkerhet. Det vil her foreligge et gjensidig behov for opplysninger knyttet til risikovurderinger og nødvendig oppfølging.

Det kan være krevende for både PST, politi og helsepersonell, samt andre aktører, å få klarhet i motivasjonen til personer som gjennomfører alvorlige voldshandlinger, og hvorvidt handlingene kan klassifiseres som terrorhandlinger eller ikke. Det kan derfor være utfordrende for PST, politi og helsesektoren å avklare hvem som har mandat til å følge opp personer som kan utgjøre en trussel mot seg selv og andre.

PST samhandler med helsetjenestene primært i forebyggende saker og i noen få tilfeller i etterforskningssaker. Samhandlingen skjer i all hovedsak med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I konkrete saker er formålet å sikre at etatene sammen vurderer hvilken trussel en person kan utgjøre. Videre å sørge for hensiktsmessige varslingsrutiner ved en bekymringsfull utvikling, samt at oppfølging og ansvar avklares på en måte som mest hensiktsmessig ivaretar samfunnsvernet og oppfølging av personer.

Det er viktig å få frem at PSTs målsetning, i de aller fleste tilfellene som gjelder dialog med helsetjenestene, ikke er å straffeforfølge personene det er ønskelig å dele informasjon om. Målsettingen er å håndtere og redusere risikoen for en alvorlig voldshandling, først og fremst ved å ivareta personen det gjelder gjennom oppfølging eller behandling hos helsetjenestene, eller en annen samfunnsaktør.

¹⁴ Koehler (2020): «Violent extremism, mental health and substance abuse among adolescents: towards a trauma psychological perspective on radicalization and deradicalization», The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology.

¹⁵ Al-Attar (2020): «Severe Mental Disorder and Terrorism: When Psychosis, PTSD and Addictions Become a Vulnerability», The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology.

Om taushetsplikten og behovet for opplysninger fra helsetjenestene

Helsepersonells mulighet til å dele opplysninger med PST og politiet er ofte forhindret av taushetsplikten/pasientvernet. Det foreligger imidlertid et juridisk handlingsrom for å utlevere helseopplysninger dersom *tungtveiende private eller offentlige* interesser tilsier det, jf helsepersonellovens § 23 nr 4.

Samfunnet opplever en økende grad av det PST vurderer som trusler mot *tungtveiende private eller offentlige interesser*. PST mener det er viktig å få klargjort handlingsrommet mellom helsetjenestenes taushetsplikt og hensynet til politiets og PSTs behov for informasjon fra helsetjenestene for å forebygge alvorlig kriminalitet.

PST jobber forebyggende på et tidlig stadium. Det er behov for opplysninger fra helsesektoren som ikke umiddelbart og uten kontekst vil fremstå alvorlige nok for helsetjenestene til å dekkes av unntaket *tungtveiende private eller offentlige interesser*, for dermed å kunne utleveres uten hinder av taushetsplikten. PST mener imidlertid at hele mandatet i politiloven § 17b og større deler av politiets mandat faller inn under begrepet *tungtveiende private eller offentlige interesser*. Det bør derfor komme på plass bedre ordninger for at PST og politiet kan få utlevert opplysninger som vurderes nødvendige for å få løst samfunnsoppdraget. Dette vil også bidra til at det føles trygt for helsepersonell å utlevere helseopplysninger uten bekymring for at man bryter taushetsplikten.

6. Konklusjon

Psykiske lidelser utgjør en sårbarhetsfaktor for personer som er i en radikaliseringsprosess. Mange ekstremister har psykiske lidelser. Disse kan over tid forsterke en negativ utvikling i et radikaliseringsforløp.

Avklaringen av hvorvidt en person som utfører en alvorlig voldshandling er motivert av en ekstrem politisk, religiøs eller ideologisk målsetning eller andre forhold som psykisk sykdom, eller en sammensetning av disse, kan være svært vanskelig. I slike tilfeller vil avklaringen som regel berøre mandatene til både politi, PST og helsetjenestene.

PST mener at det er behov for å klargjøre grensen mellom helsetjenestenes taushetsplikt og hensynet til politiets og PSTs behov for helseopplysninger for å ivareta vernet av viktige samfunnsinteresser. Det er viktig at helsetjenestene får bedre mulighet til å dele informasjon av relevans med PST og politiet for å forebygge alvorlig kriminalitet.

7. Litteraturliste

- Zainab Al-Attar (2020): «Severe Mental Disorder and Terrorism: When Psychosis, PTSD and Addictions Become a Vulnerability», *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31:6, 950-970.
- Zainab Al-Attar (2020): "Autism spectrum disorders and terrorism: how different features of autism can contextualise vulnerability and resilience", *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31:6, 926-949.
- Emily Corner & Paul Gill (2014): "A False Dichotomy? Mental Illness and Lone-Actor Terrorism" i *Law and Human Behaviour* 2015, Vol. 39, No. 1, 23-34.
- Emily Corner & Paul Gill (2022): «Psychopathy and terrorist involvement» i *Psychopathy and Criminal Behaviour*.
- Emily Corner, Helen Taylor, Isabelle Van Der Vegt, Nadine Salman, Bettina Rottweiler, Florian Hetzel, Caitlin Clemmow, Norah Schulten & Paul Gill (2021): "Reviewing the links between violent extremism and personality, personality disorders, and psychopathy", *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 32:3, 378-407.
- Paul Gill, Caitlin Clemmow, Florian Hetzel, Bettina Rottweiler, Nadine Salman, Isabelle Van Der Vegt, Zoe Marchment, Sandy Schumann, Sanaz Zolghadriha, Norah Schulten, Helen Taylor & Emily Corner (2021): "Systematic review of Mental Health Problems and Violent Extremism", *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32:1, 51-78.
- Daniel Koehler (2020): "Violent extremism, mental health and substance abuse among adolescents: towards a trauma psychological perspective on violent radicalization and deradicalization", *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31:3, 455-742.
- Jordy Krasenberg & Lieke Wouterse (2019), RAN Centre of Excellence: «Understanding the mental health disorders pathway leading to violent extremism» Ex post paper RAN H&SC.
- Caroline Logan & Rachel Sellers (2021): "Risk assessment and management in violent extremism: a primer for mental health practitioners", *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32:3, 355-377.
- Politiets sikkerhetstjeneste (2017): «Temarapport: Soloaktører». Den sentrale enhet. 27. februar 2017. Ref.nr: 16/06241-9.
- Rundskriv 2012/007: Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid.
- Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten Rapport 5-2021: "Hva kan vi lære etter drap begått i psykotisk tilstand? Helsehjelp og samfunnsvern for pasienter med psykose og økt voldsrisiko».
- Florian Walter, Sarah Leonard, Suhel Miah & Jenny Shaw (2021): «Characteristics of autism spectrum disorder and susceptibility to radicalisation among young people: a qualitative study», *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32:3, 408-429.