



Betydningen av psykisk helse for forebyggingsapparatets forståelse og håndtering av radikaliserings- og voldelig ekstremisme

Rapport

Per Moum Hellevik

**NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS**

Betydningen av psykisk helse for forebyggingsapparatets forståelse og håndtering av radikaliserings og voldelig ekstremisme

Per Moum Hellevik

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet i 2003. Selskapet er en del av Norwegian Research Centre AS (NORCE).

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene

- vold og overgrep i nære relasjoner
- tvungen migrasjon og flyktningshelse
- katastrofer, terror og stressmestring

NKVTS har en egen seksjon for implementering og behandlingsforskning som arbeider på tvers av temaområdene våre. Senteret har også en nasjonal beredskapsfunksjon på området katastrofer og stressmestring.

Virksomheten ved senteret finansieres av flere departementer og direktorater, Norges forskningsråd, EU, frivillige organisasjoner og andre.

Vår visjon: «Et bedre liv for berørte av vold og traumer».

ISBN 978-82-8122-184-0 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-185-7 (PDF)

ISSN 0809-9103

Forsidebilde: Shutterstock

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no



Innhold

Forord	5
<hr/>	
Bakgrunn for prosjektet	6
<hr/>	
Sammendrag	8
<hr/>	
Innledning	12
<hr/>	
Del 1 – introduksjon	14
Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme	14
Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme i Norge	14
Begreper og definisjoner	15
Radikaliserings: en prosess?	16
Begrepsbruk i forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme	18
Psykisk helse	19
Radikaliserings og psykisk uhelse	21
<hr/>	
Del 2 – metode	24
Rekrutterings	24
Utvalg	26
Intervjuer	26
Spørreundersøkelse	27
Analyser	28
Etikk	29

Del 3 – resultater	30
Forebyggingsarbeiderne	30
Fenomenforståelse	32
Klientene	36
Psykisk uhelse i forebyggingsarbeidet	38
Helsetjenestenes rolle	45
Samarbeid	48
Myndighetenes strategi i forebyggingsarbeidet	52
Del 4 – diskusjon	55
Del 5 – konklusjon og anbefalinger	66
Referanser	69
Appendiks	74

Forord

Først av alt ønsker vi å takke alle som jobber med forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme, et svært viktig arbeid som er med på å sikre grunnleggende verdier som demokrati, menneskerettigheter og trygghet i samfunnet vårt. Deretter vil vi takke alle som har deltatt i denne studien og delt av sine erfaringer med slikt forebyggingsarbeid. I tillegg må vi takke de ansatte ved DPS-ene som har svart på spørreskjemaundersøkelsen. Så ønsker vi også å rette en stor takk til RVTS og FARE-nettverket, der representantene for de ulike regionene har vært svært behjelpelige i arbeidet med å rekruttere respondenter til intervjuer. Til slutt vil vi takke Helsedirektoratet, som har initiert og finansiert dette prosjektet; uten deres støtte ville ikke denne forskningen latt seg realisere. Gjennom dette prosjektet har vi fått inngående innsikt i arbeidet som legges ned i forebyggingen av radikaliserings og voldelig ekstremisme her i landet. Norges tilnærming til tematikken bygger på en generell kriminalitetsforebyggende modell. Det innebærer en bred innsats på ulike nivåer, med samarbeid mellom ulike instanser, institusjoner, organisasjoner, avdelinger, direktorater og departementer. Radikaliserings og voldelig ekstremisme er et komplekst problem som krever innsats fra alle disse forskjellige aktørene i samfunnet. Vi håper at denne rapporten kan anses som et bidrag til forståelsen og bruken av denne modellen.

Bakgrunn for prosjektet

Radikalisering og voldelig ekstremisme (RVE) har i flere år vært et av forskningsfeltene på Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). I vår forskning på tematikken har vi lagt vekt på forholdet mellom psykisk helse og voldelig ekstremisme, politiets arbeid i tilknytning til RVE og forebygging av RVE mer generelt. Denne rapporten er en videreføring av dette arbeidet.

I tillegg til forskningen som er direkte knyttet til RVE, har NKVTS flere tilliggende forskningsfelt som er relevante for ekstremisereforskningen, herunder traume-, volds-, migrasjons- og behandlingsforskning. Tidligere publikasjoner fra NKVTS om tematikken RVE inkluderer én bok, to rapporter, to artikler og ett bokkapittel: *Bekymringsarbeidet. Politiets forebygging av radikalisering og voldelig ekstremisme* (Førde, Hellevik & Andersen, 2023), *Radikalisering og psykisk helse – En kunnskapsoppsummering* (Grønnerød et al., 2016), *Bekymringsarbeidet: Dilemmaer og muligheter i lokal forebygging av radikalisering og voldelig ekstremisme i Norge* (Førde & Andersen, 2018), «Basically, I am here to help you» (Førde & Andersen, 2021), «Policing mental health? Norwegian police's work with preventing radicalization into violent extremism» (Hellevik et al., 2022) og «Bekymring – Hva er det, og hva gjør det?» (Førde & Andersen, 2019).

I NKVTS' avtale med Helsedirektoratet om kjøp av kunnskaps- og forskningsbasert rådgivning er radikalisering og voldelig ekstremisme ett av temaene. Bakgrunnen for arbeidet i prosjektet er dermed forankret i NKVTS' ansvarsområder som er tilknyttet den kunnskaps- og forskningsbaserte rådgivningen senteret skal levere til Helsedirektoratet. På et mer detaljert nivå har NKVTS ansvar for å levere på fire hovedområder relatert til RVE:

1) NKVTS skal kunne fremme anbefalinger basert på tilgjengelig kunnskap og beste praksis om radikalisering og voldelig ekstremisme nasjonalt og internasjonalt. Disse anbefalingene avgrenses innenfor senterets tre tilnærminger til feltet:

- radikalisering som uttrykk for psykiske helseproblemer
- radikalisering som konsekvens av sosial marginalisering

- forebyggende tiltak og hvordan tjenestesektoren møter fenomenet helse og radikalisering

Rådgivningen bygger på vår flerfaglige kompetanse og er relevant for flere sektorer: helse, justis, integrering, oppvekst og skole.

2) NKVTS skal kunne bistå med råd om forebygging av radikalisering og voldelig ekstremisme, basert på internasjonale erfaringer som tilpasses nasjonale forhold. I tillegg kan vi bistå med råd basert på NKVTS' generelle kompetanse innenfor vold og traumer. Senterets flerfaglige profil er en fordel med tanke på at det forebyggende arbeidet i Norge er fordelt mellom flere sektorer og fagkompetanser.

3) NKVTS skal kunne bistå med råd om metoder og tiltak for å ivareta individer som allerede har vært gjennom en ekstremisering.¹ Basert på økende kunnskap om og forståelse av den psykiske helsens rolle i radikalisering og voldelig ekstremisme vil blant annet senterets inngående kunnskap om implementering av traumefokuserte behandlingsmetoder være med på å informere tilnærminger overfor individer eller grupper som skal hjelpes ut av et radikaliseringsforløp.

4) NKVTS deltar i flere nettverk og samarbeider med andre aktører innenfor feltet radikalisering og voldelig ekstremisme. Dette medfører at vi har god kontakt med andre aktører innenfor forskning på, og forebygging av, RVE. Som det vil framgå av denne rapporten, er NKVTS' brede nedslagsfelt avgjørende for å forstå og informere forebyggingsarbeidet mot RVE.

I tillegg er NKVTS' arbeid med helse og RVE spesifikt beskrevet i Handlingsplan mot radikalisering og voldelig ekstremisme (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020). Her framheves helsetjenestenes potensielle rolle i oppfølging og behandling av ekstremister, og det henvises blant annet til pågående utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner for traumer for voksne i spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet ledes av NKVTS. På bakgrunn av dette arbeidet og NKVTS' samarbeid med RVTs klargjør handlingsplanen at NKVTS skal fortsette utviklingen av helsesektorens kompetanse om voldelig ekstremisme (s. 16). Denne rapporten skal betraktes som en del av dette arbeidet.

1 Definert som «... bevegelsen inn i ekstreme posisjoner». Se Gule (2018) for en gjennomgang av dette begrepet.

Sammendrag

I denne rapporten utforskes betydningen av psykisk helse i forebyggingen av radikaliserings og voldelig ekstremisme (RVE). Formålet er å belyse hvordan aktørene i forebyggingsapparatet forstår og håndterer klientenes psykiske helse i arbeidet med RVE. Eksisterende forskning på forebygging av RVE i Norge viser at arbeidet er mangefasettert og komplekst, og at det omfatter en rekke instanser og organisasjoner på ulike nivåer, hvor helse er ett av flere fokusområder. Rapporten bygger på to metodiske tilnærminger: kvalitative intervjuer med 23 personer som jobber i forebyggingsapparatet i Norge – hvor disse intervjuene danner hovedgrunnlaget for analysene – og en kort spørreundersøkelse besvart av 35 DPS-er om berøring med RVE i deres arbeid.

Det var store forskjeller blant respondentene når det gjaldt hvor mye av arbeidshverdagen deres som var viet spesifikt til RVE-forebygging. Noen jobbet utelukkende med forebygging, ofte i deler av landet hvor det – relativt sett – er mange RVE-saker, mens andre hadde begrenset befatning med RVE-problematikken. Respondentene hadde også variert kunnskaps- og fagbakgrunn, og arbeidsoppgavene varierte. Mange fokuserte på oppfølging og støtte til klienter, koordinering med andre instanser og sosial kontakt.

Majoriteten av respondentene refererte til myndighetenes definisjon av radikaliserings og voldelig ekstremisme, som inkluderer en aksept og vilje til å bruke vold for å oppnå politiske, religiøse eller ideologiske mål. Når det gjaldt forståelsen av psykisk helse, var respondentene enige om at det ikke eksisterer en klar definisjon av begrepet innen forebyggingsapparatet. Noen hadde et mer diagnostisk perspektiv og fokuserte på spesifikke psykiatriske/psykologiske diagnoser, som angst, depresjon, psykose, rusmisbruk og autismspekteret. Andre hadde en bredere forståelse av psykisk helse som inkluderte oppvekst, sosialt samvær, skolegang, arbeidssituasjon og livskvalitet. De fleste respondentene la vekt på en helhetlig forståelse av psykisk helse og understreket at det var mer enn bare diagnoser.

Mange av klientene hadde omfattende problemkomplekser som inkluderte psykiske helseproblemer, rusmisbruk, isolasjon, vanskelige familierelasjoner og frafall fra arbeidsliv eller utdanning. Det ble også påpekt at

problemkompleksene hos personer involvert i RVE hadde likheter med problemkompleksene hos personer involvert i annen kriminalitet. Det var samtidig variasjon i graden av RVE-problematikk og voldsrisiko blant klientene. Det ble videre fremhevet at klientene ofte hadde vært i kontakt med hjelpetjenestene for andre problemer før RVE-problematikken ble avdekket.

Respondentene beskrev en rekke psykiske helseutfordringer hos klientene, ofte knyttet til familiesituasjon, traumatiske opplevelser, problematisk livssituasjon, mangel på nære relasjoner, vold, seksuelle overgrep, omsorgssvikt, mobbing, isolasjon og ensomhet. Noen av de vanligste psykiske helseproblemer som ble nevnt var posttraumatiske stressreaksjoner, angst, depresjon, autismespekteret, psykisk funksjonsnedsettelse, psykoselidelse og vrangforestillinger. Det ble også påpekt at psykiske helseproblemer ikke alltid er tydelige eller diagnostisert. Samlet sett var det ingen store forskjeller i tiltakene for psykiske helseutfordringer i RVE-saker sammenlignet med andre saker. Mange av de utfordringene klientene stod overfor var ikke unike for RVE-tematikken, og tiltakene var ofte de samme uavhengig av om det gjaldt RVE, kriminalitet, rusmisbruk eller andre problemer.

Respondentene beskrev høy grad av samarbeid på tvers av instanser i forebyggingen av RVE, men det var også utfordringer, spesielt i overgangen mellom helsetjenestene og andre instanser. Taushetsplikt var et gjennomgående tema her. Noen mente at helsetjenestene tolket taushetsplikten for strengt, noe som vanskeliggjorde samarbeidet med andre instanser. Andre mente derimot at det var rom for mer informasjonsdeling innenfor loven om taushetsplikt, og at økt kompetanse hos de involverte kunne lette utfordringene. Noen av respondentene var del av samarbeidsnettverk og kontaktpunkter hvor de kunne dele erfaringer og annen ikke-taushetsbelagt informasjon. Dette bidro til enklere diskusjon av grensegangene knyttet til taushetsplikt. Det var også utfordringer knyttet til gråsonen mellom helsesystemet og straffesystemet. Vurderinger av ekstreme uttalelser og holdninger var krevende, da det var vanskelig å skille mellom psykiske helseproblemer og ideologiske/politiske overbevisninger. Manglende kunnskap og informasjon om RVE og psykiske helseproblemer bidro til usikkerhet om oppfølging og ansvarsfordeling.

Flere respondenter rapporterte at helsetjenestene generelt har begrenset kunnskap og bevissthet rundt RVE-tematikken. Imidlertid økte interessen og viktigheten av temaet når kunnskap og kompetanseheving ble gjennomført. Mange respondenter uttrykte ønske om økt kunnskap, men dette ble i liten grad tilbudt fra overordnet hold. Samtidig er RVE et relativt sjeldent problem i helsetjenestene og RVE-tematikken ikke er høyt prioritert. Lokale tiltak i noen kommuner førte imidlertid til større bevissthet og kompetanse på området. Noen respondenter etterlyste nasjonal oppmerksomhet for å sikre likhet i kommunenes tiltak. Respondenter fra helsetjenestene stilte også spørsmål ved rollen som ble tilskrevet helsetjenestene av andre aktører i forebyggingsapparatet. De påpekte at klienters problemkompleks ofte var omfattende og krevde en bredere tilnærming enn bare fokus på psykiske helseproblemer. Det ble også understreket at selv om psykiske helseproblemer kan være en del av radikaliseringsproblematikken, betyr det ikke nødvendigvis at helsetjenestene kan behandle vedkommende. En helhetlig tilnærming som inkluderer flere aspekter er ofte nødvendig.

Det eksisterer per nå ingen standardisert nasjonal modell for forebygging av RVE, men ulike lokale modeller – hovedsakelig kommunale – med forskjellige samarbeidsstrukturer er utviklet. Noen av respondentene framhevet fordelene med et kommunalt ansvar, mens andre påpekte at dette kunne være en utfordring for mindre kommuner. Flere av respondentene ønsket mer tverrkommunalt samarbeid for å overføre kunnskap og kompetanse på tvers av kommuner. Noen av respondentene opplyste at de hadde deltatt i opplærings- og informasjonstiltak knyttet til forebygging av RVE. Samtidig var det flere som hadde fått lite eller ingen informasjon om temaet. Nasjonale veiledere og prosedyrer for RVE-tematikken ble etterspurt.

Forebygging av RVE er komplekst og krever vanskelige vurderinger, inkludert risikovurdering, tiltaksplanlegging og informasjonsdeling. RVE-saker involverer ofte ulike problemområder, som dårlige oppvekstvilkår, vold, rusmisbruk, manglende utdanning/jobb, straffetiltak og ulike psykiske helseproblemer. For å håndtere slike komplekse problemer kreves omfattende samarbeid mellom ulike tjenester og fagområder. Det er samtidig behov for økt kunnskap om radikaliserings og voldelig ekstremisme i helsetjenestene, noe som krever ressurser og tid. Samarbeidet i forebyggingsapparatet er generelt godt, men det er utfordringer i samarbeidet mellom helsetjenestene og andre tjenester, inkludert forventningsavklaring,

grenseoppganger og taushetsplikt. Kommuner i Norge har ulike ressurser og muligheter til å prioritere forebygging av RVE, og kunnskap og praksis bør derfor formidles på tvers av kommunene. Psykisk helse er en viktig faktor å ta hensyn til i forebyggingsarbeidet, og helsetjenestenes rolle må derfor styrkes og tydeliggjøres.

Innledning

Natt til 25. juni 2022, dagen før pride-paraden, stilte Zaniar Matapour seg opp utenfor utestedene Per på Hjørnet og London Pub i Oslo sentrum og begynte å skyte mot menneskene som var utenfor. Da skytingen opphørte, hadde to personer blitt drept, mens tjuen var skadet, ti av dem alvorlig. Det ble raskt spekulert på om angrepet var knyttet til islamsk ekstremisme. Blant annet rapporterte vitner at gjerningsmannen skulle ha ropt «Allahu akbar» flere ganger mens han skjøt. Politiet gikk etter kort tid ut og omtalte hendelsen som en ekstrem islamistisk terrorhandling. I dagene etter terrorangrepet kom det fram at Matapour hadde hatt psykiske problemer i en årrekke og stått på PSTs liste over personer man var bekymret for at kunne bli ekstremisert. Litt under enn ett år tidligere angrep Espen Andersen Bråthen en rekke tilfeldige personer i Kongsberg med pil og bue og kniv. Han drepte fem mennesker og skadet tre. Også her ble det tidlig spekulert på om handlingene var ekstremistisk terror. I timene etter angrepet dukket det opp en YouTube-video fra 2017 der Bråthen erklærte troskap til islam og beskrev seg som budbringer av en advarsel. Senere viste det seg at Bråthen hadde vært alvorlig psykisk syk i flere år, og at politiet hadde mottatt bekymringsmeldinger tilknyttet hans helsetilstand og risikoen for at han kunne begå voldelige handlinger. I etterkant av terrorhandlingene Philip Manshaus begikk i 2019, prosederte forsvarerne hans på at han ikke kunne anses som strafferettslig tilregnelig, på grunn av psykiske problemer. Manshaus selv ønsket ikke å anses som utilregnelig. Han ble vurdert som tilregnelig av de tre sakkyndige. Også under rettssaken mot Anders Behring Breivik i etterkant av terroren 22. juli 2011 var psykisk uhelse et sentralt tema. På lik linje med Manshaus ønsket ikke Breivik å anses som strafferettslig utilregnelig, noe han heller ikke ble i den endelige straffeutmålingen. I motsetning til i saken mot Philip Manshaus var de sakkyndige langt mer usikre i saken mot Breivik, og retten endte opp med to ulike vurderinger, hvor to av de sakkyndige anså Breivik som psykisk syk, mens de to andre sakkyndige ikke var enige i dette. Tre år tidligere, i 2008, ble en pirattaxi-sjåfør av somalisk opprinnelse skutt og drept av en høyreekstrem mann. Drapsmannen ble senere dømt til tvunget psykisk helsevern.

Gang på gang har vi sett søkelyset bli rettet mot forholdet mellom psykisk helse og voldelig ekstremisme. Samtidig viser forskningen på feltet at

eventuelle sammenhenger er komplekse, og at det er vanskelig å trekke klare konklusjoner, men funn kan peke på at det er en viss sammenheng (Ebbrecht, 2022; Gill et al., 2021; Misiak et al., 2019). I denne rapporten skal vi forsøke å belyse tematikken fra perspektivet til dem som jobber med å forebygge RVE i Norge gjennom det overordnede temaet «betydningen av psykisk helse for forebyggingsapparatets forståelse og håndtering av radikaliserings og voldelig ekstremisme». Dette skal vi gjøre gjennom følgende problemstillinger:

- Hvilken rolle tillegges psykisk helse i forebyggingsarbeidet mot radikaliserings og ekstremisme?
- Hvordan brukes og forstås begreper som «psykisk helse» og «utenforskap» av aktørene i forebyggingsarbeidet?
- Hva kjennetegner helsetjenestenes rolle i forebyggingsarbeidet?
 - Hva kjennetegner forebyggingstiltakene som begrunnes med utgangspunkt i psykisk helse?

Gjennom intervjuer med personer i forebyggingsapparatet vil vi utforske betydningen psykisk helse har for forebyggingsapparatets forståelse og håndtering av RVE. Det er ikke et mål med denne rapporten å bevise eller motbevise en sammenheng mellom psykisk uhelse og RVE, men heller å belyse i hvilken grad, og hvordan, forebyggingsapparatet forstår og håndterer klientenes psykiske helse i sitt arbeid. En bedre forståelse av den psykiske helsens rolle i forebyggingsarbeidet vil kunne informere og veilede tiltak og policy på feltet og forhåpentligvis være med på å utbedre forebyggingstiltak som iverksettes.

Denne rapporten er delt opp i fem overordnede deler. I del 1 vil vi først gjennomgå eksisterende kunnskap om forebygging av RVE, både nasjonalt og internasjonalt, før vi ser nærmere på sentrale begreper og definisjoner i RVE-forskningen som er relevante for denne rapporten. I del 2 blir den metodiske tilnærmingen benyttet i studien beskrevet, inkludert rekrutteringsprosessen, utvalget, gjennomføringen av intervjuene, spørreskjemaundersøkelsen, den analytiske strategien samt etiske aspekter ved studien. I del 3 presenteres resultatene fra datainnsamlingen, hvorav dataene fra intervjuene danner hovedgrunnlaget. I del 4 blir resultatene sett i lys av eksisterende forskning på feltet, og vi vil diskutere hvilke slutninger vi kan rekke fra funnene. I femte og siste del presenteres konklusjon og forslag til eventuelle tiltak.

Del 1 – introduksjon

Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme

Kostnadene av ekstremistisk vold er svært store, på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå, og fører til frykt og bekymring hos mange (Frey et al., 2007). Ekstremistisk vold kan være med på å begrense menneskers handlingsrom, deres ytringsfrihet og deres mulighet til å leve et fritt liv (Sloan et al., 2021). Å forebygge voldelig ekstremisme er dermed en viktig del av kampen for grunnleggende menneskerettigheter, noe som understrekes i FNs handlingsplan: «Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme er en forpliktelse og er bindende under prinsippene og verdiene som er nedfelt i FN-pakten, Verdenserklæringen om menneskerettighetene og andre internasjonale menneskerettighetsinstrumenter» (United Nations, 2015, [vår oversettelse]). Dette budskapet gjenspeiles i de nasjonale handlingsplanene mot radikaliserings og voldelig ekstremisme i Norge (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014, 2020; Justis- og politidepartementet, 2010). Her understrekes det at enhver som lever i Norge, har rett til å gjøre det uten å frykte hat eller vold, og at ingen religiøs, politisk eller ideologisk overbevisning rettferdiggjør angrep på våre verdier og vårt frie samfunn (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020: 2). Det presiseres: «Forebyggingsarbeidet er således sentralt for å sikre grunnleggende verdier som demokrati, menneskerettigheter og trygghet» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014). Samtidig framheves det at globaliseringen medfører at situasjonen i andre deler av verden kan ha konsekvenser for Norge. Forebyggingsarbeidet er dermed både globalt og lokalt. I denne rapporten vil vi ta for oss de lokale tiltakene.

Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme i Norge

Arbeidet med å forebygge RVE i Norge er karakterisert av tidlig intervensjon, på lavt nivå. Det innebærer en bred og lokal orientering, med lokale tiltak, implementert gjennom ulike førstelinjetjenester og frivillige organisasjoner (Lid et al., 2016). Dette henger sammen med et ønske om tidlig identifisering av personer som er sårbare for potensiell radikaliserings, noe som fordrer

tjenester som er nær de menneskene det gjelder (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014). Det gjenspeiler også tilnærmingen til dette arbeidet, som bygger på en generell kriminalitetsforebyggende modell, med et bredt og generalisert perspektiv i forebyggingen, der tiltak implementeres og iverksettes av ulike instanser og aktører overfor ulike problemer og utfordringer i klientens livssituasjon (Bjørge & Gjelsvik, 2015; Lid et al., 2016). Tidligere forskning har vist hvordan forebyggingsarbeidet i Norge blir administrert av kommunene og bygger på et samarbeid mellom ulike tjenester som i varierende grad er spesialisert inn mot RVE-problematikken (Lid et al., 2016). Dette innebærer at det på nasjonalt nivå er færre overordnede instruksjoner om hvordan forebyggingsarbeidet skal gjennomføres, noe som medfører at lokale modeller er avhengige av i hvilken grad den enkelte kommune prioriterer forebygging av RVE (Lid et al., 2016). Kommunene besitter som oftest mest kompetanse innenfor mer generell forebygging, og benytter også slike tiltak i forebyggingen av RVE. Dette inkluderer tiltak iverksatt av helse- og sosialtjenester, bolig, arbeid og utdanning (Lid et al., 2016). Dette kan medføre at mer spesialisert kompetanse på tematikken er lavere, noe som kan resultere i at kommunene har færre spesifikke tiltak å rette mot personer i risikozonen (Lid et al., 2016).

Begreper og definisjoner

Der begrepet «terror» tidligere ble brukt i henvisning til ideologisk/religiøs/politisk vold, har «radikalisering» og «voldelig ekstremisme» i stor grad tatt over denne diskursen (Sedgwick, 2010). Begrepet «radikalisering» ble brukt i etterkant av terrorhandlingene i USA 11. september 2001. Formålet var da å øke forståelsen av terroristgrupper, som al-Qaida, og på den måten i større grad kunne forebygge/stanse framtidige terrorangrep (Malthaner, 2017). I forskningen på feltet er begrepet «radicalisation into violent extremism» (RVE) utbredt. To sentrale begreper i forskningen på forebyggingsarbeid er «preventing violent extremism» (PVE) og «countering violent extremism» (CVE). Disse er foreslått kombinert til ett felles begrep: «preventing and countering violent extremism (P/CVE)» (Davies, 2018; Pistone et al., 2019; Stephens et al., 2019). Generelt sett er begrepsbruken innenfor dette forskningsfeltet omdiskutert, og det foreligger en omfattende litteratur om hvordan RVE skal forstås og omtales. Det er samtidig viktig å nevne at gjennomgangen av forskningsfeltet i denne rapporten ikke har som formål å gi noe uttømmende bilde av status for RVE-forskning, men det vil pekes på

temaer og utfordringer som bør belyses i sammenheng med vektleggingen av psykisk helse i forebyggingsarbeidet.

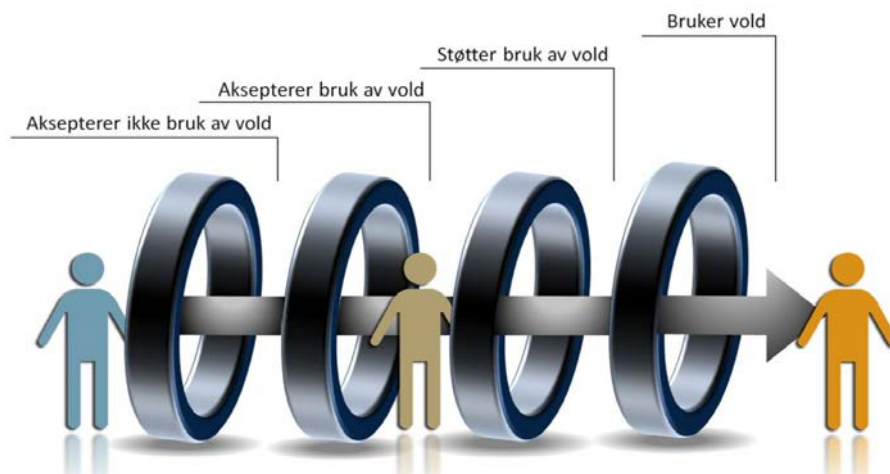
Hvordan definere radikaliserings og voldelig ekstremisme?

Det finnes flere ulike definisjoner av RVE, men ingen enighet om hvordan konseptet skal forstås (McNeel et al., 2022). Samtidig har forståelsen av begreper som «terrorisme» og «radikaliserings og voldelig ekstremisme» endret seg over tid (Malthaner, 2017). Ifølge McNeel et al. (2022) er det tre sentrale kilder som påvirker hvordan RVE forstås og defineres: 1) forskere og akademikere som utforsker og studerer tematikken; 2) mediene og deres produksjon av saker om radikaliserings og terror; og 3) styringsmaktens og deres håndtering av radikaliserings gjennom tiltak og policy. I tillegg består RVE av to grunnbegreper, «radikaliserings» og «ekstremisme», og innenfor academia har begge disse vært gjenstand for kritikk. Malthaner (2017) har påpekt hvordan overgangen i begrepsbruken innenfor forskningen på politisk vold, fra begrepet «terror» til begrepet «radikaliserings», medførte en endring i hvordan slik vold ble analysert og forklart. Han viser til forskning hvor det argumenteres for at bruken av begrepet «radikaliserings» medførte en dreining mot en vektlegging av kognitive og ideologiske aspekter, hovedsakelig på individnivå, framfor av sosiale bevegelser og relasjonelle dynamikker (Bjørge & Horgan, 2009; Borum, 2011a; Malthaner, 2017). Onursal og Kirkpatrick (2021) har utforsket bruken av begrepet «ekstremisme» og mener at en sterk forbindelse mellom begrepene «ekstremisme» og «terror» innskrenker handlingsrommet for avvikende meninger og handlinger i samfunnet (Onursal & Kirkpatrick, 2021). Lowe (2017) har framsatt en lignende kritikk og etterspør en juridisk definisjon av ekstremisme for å sikre at liberaldemokratiske aktiviteter, som aktivisme, ikke begrenses som en følge av tiltak som er iverksatt for å stanse voldelig ekstremisme (Lowe, 2017).

Radikaliserings: en prosess?

I en ofte brukt definisjon av RVE beskrives radikaliserings som en kronologisk prosess, hvor flere steg eller nivåer karakteriserer en progresjon mot voldelige handlinger (Beelmann, 2020; Borum, 2011b). I «Nasjonal veileder for forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme» refereres det til «radikaliseringsstunnelen» (se figur 1) (Justis- og beredskapsdepartementet, 2015).

Figur 1 – radikaliseringsstunnelen.



Hentet fra Justis- og beredskapsdepartementet (2015, s. 6).

Denne modellen beskriver radikalisering nettopp som en slik gradvis prosess, hvor individer som i utgangspunktet ikke er motivert for å utøve vold, til slutt – avhengig av forskjellige faktorer og ulike påvirkninger – vil utvikle en slik motivasjon (Justis- og beredskapsdepartementet, 2015). Hva disse faktorene og påvirkningene består i, og hvordan de interagerer med hverandre, på både individ- og samfunnsnivå, er et av de sentrale spørsmålene i RVE-forskningen.

En slik lineær forståelse av radikaliseringsprosessen som denne radikaliseringsstunnelen baserer seg på, ligger til grunn for flere teorier om radikalisering (Borum, 2011b). I en ofte brukt definisjon av RVE beskriver Moghaddam (2005) slik vold som «the final step on a narrowing staircase» (s. 161). På et overordnet nivå argumenterer han for at de sentrale faktorene som påvirker et individs utvikling fram til gjennomføring av en terrorhandling, er fattigdom, utenforskap og undertrykkelse. Hans trappemetafor illustrerer en prosess hvor et individ beveger seg oppover i et bygg, og hvor hver nye etasje tilsvarer økt sannsynlighet for utøvelse av vold. Øverste etasje innebærer en vilje til å begå en terrorhandling. Hvorvidt et individ fortsetter opp gjennom hele denne prosessen, avhenger av vedkommendes opplevelse av kontekst/situasjon og tilgjengeligheten av eventuelle valgmuligheter (Moghaddam, 2005). Moghaddam argumenterer for at det er lite effektivt å bruke storparten av forebyggingsressursene på å stanse individer som allerede er villige til å begå terror, og at tiltakene heller bør settes inn på et tidligere nivå gjennom

kontekstualisert demokrati, en tilpasning av demokratiske prinsipper og praksiser til lokale eller regionale forhold og utfordringer.

En alternativ forståelse av radikaliseringsprosessen kan sies å være ikke-lineær eller dynamisk (Feddes et al., 2013). Her vektlegges det at prosessen ikke nødvendigvis følger en spesifikk vei, men at forskjellige faktorer virker inn på ulike måter og i ulik rekkefølge for den enkelte. Sageman (2007) argumenterer for radikalering som en uforutsigbar og kompleks prosess hvor fire hovedfaktorer bidrar til å radikalisere et individ, men at disse verken trenger å finne sted i noen bestemt rekkefølge eller innenfor noen bestemt tidsperiode (Sageman, 2007). De fire faktorene er 1) moralsk forargelse (*moral outrage*): for eksempel en reaksjon på en opplevd krenkelse, som torturen muslimer ble utsatt for i Abu Ghraib-fengselet i Irak; 2) en spesifikk fortolkning av verden: for eksempel at Vesten fører krig mot verdens muslimer; 3) sammenfall med egne opplevelser: for eksempel opplevelser av rasisme og hat mot islam; og til slutt 4) mobilisering gjennom nettverk: for eksempel jihadistiske grupperinger på internett som gjennom intern interaksjon er med på å forsterke radikaleringen av hverandre (Sageman, 2007). Et viktig aspekt ved Sagemans radikaliseringsmodell er at disse faktorene verken er nivåer i en prosess eller opptrer i noen bestemt rekkefølge, men heller at de er gjentakende faser i radikaliseringsprosessen. Sagemans forslag til tiltak bygger på hans forståelse av jihadister som unge menn som søker spenning, berømmelse og ære. Han tar derfor til orde for at radikalering må møtes med kriminalisering, demilitarisering og en nedtoning av oppmerksomheten som slike terrorister mottar (Sageman, 2007).

Begrepsbruk i forebygging av radikalisering og voldelig ekstremisme

Også i forskningen på forebygging av RVE er begrepsbruk sentralt (Davies, 2018; Pistone et al., 2019; Stephens et al., 2019). Som nevnt har forskjeller mellom henholdsvis «preventing» og «countering» RVE vært en kilde til diskusjon. Selv om begrepene ofte brukes om hverandre, har det blitt argumentert for at de representerer to ulike innfallsvinkler til forebyggingsarbeidet (Stephens et al., 2019). Stephens et al. (2019) mener at begrepet «countering» representerer forebyggingstiltak som er grunnlagt på et sikkerhetsperspektiv, hvor tiltak bygger på identifisering og nøytralisering av risiko. Stephens et al. (ibid.) argumenterer for at sikkerhetsperspektivet etter

hvert har påvirket de mer omsorgsorienterte sidene av forebyggingsarbeidet, herunder omsorgssektoren, sosialt arbeid og utdanning. Sammenblendingen av sikkerhets- og omsorgstiltak har blitt kritisert for blant annet å resultere i stigmatisering av muslimer, hvor opprinnelige omsorgstiltak som er rettet mot en «utsatt gruppe», erstattes av / kombineres med sikkerhetstiltak som rettes mot en «risikogruppe». Ifølge Stephens et al. (ibid.) har bruken av begrepet «preventing» kommet som et svar på denne kritikken: En undergruppe av forebyggingslitteraturen har økt oppmerksomhet på sårbarhetsfaktorer, som marginalisering og diskriminering, som viktige drivere bak voldelig ekstremisme.

I en studie med søkelys på psykisk helse i forebyggingen av RVE i Storbritannia viser Knudsen (2020a) hvordan de to tilnærmingene risiko/sårbarhet påvirker hvordan psykisk helse forstås i forebyggingsarbeidet. Ifølge Knudsen (ibid.) eksisterer det to motstridende innfallsvinkler i det britiske forebyggingsarbeidet på dette feltet. På den ene siden finner vi «mykere» tiltak, der vern og støtte av sårbare personer vektlegges. På den andre siden er det «hardere» tiltak, med vekt på håndtering av sikkerhetsrisiko gjennom forhindring, etterforskning og påtale. Knudsen trekker fram hvordan dette setter psykisk helse i spenning mellom omsorg og sikkerhetstiltak i forebyggingsarbeidet. I en studie av det norske politiets forebyggingsarbeid mot RVE og den psykiske helsens rolle i dette arbeidet viser Hellevik et al. (2022) hvordan politiet møter lignende utfordringer i Norge. Psykisk uhelse i forebyggingsarbeidet faller i mange tilfeller mellom to stoler, der radikaliseringsproblematikken ikke nødvendigvis er omfattende nok til at det blir en sak for straffeapparatet, samtidig som helseproblematikken ikke er omfattende nok til at det er en sak for helseapparatet.

Psykisk helse

Et annet sentralt begrep i denne rapporten er «helse» og mer spesifikt «psykisk helse». I likhet med begrepene «radikalisering» og «voldelig ekstremisme» finnes det ingen felles omforent definisjon av psykisk helse (Leonardi, 2018), og hvordan psykisk helse forstås, påvirker tilnærmingen til tematikken i forebyggingsammenheng, noe vi vil se nærmere på i denne rapporten. På et overordnet nivå definerer Verdens helseorganisasjon (WHO) helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke

bare fravær av sykdom eller lidelser»² (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022; WHO, 1946: 1). Denne definisjonen er på mange måter historisk – blant annet ble den introdusert tidlig i opprettelsen av WHO.³ Psykisk helse ble inkludert i helsebegrepet, og helse – inkludert velferd – ble ansett som et viktig fundament for sikkerhet og fred i verden (Callahan, 1973). WHOs definisjon av helse har siden blitt utsatt for mye kritikk (f.eks. Callahan, 1973; Jadad & O’Grady, 2008; Saracci, 1997). Noe av kritikken gjelder hvordan definisjonen i for stor grad knytter menneskers helse an til lykke og velvære, og dermed åpner for at enhver forstyrrelse av lykke vil kunne anses som et helseproblem (Callahan, 1973; Saracci, 1997). Kritikk har også blitt rettet mot bruken av ordet «fullstendig»⁴. At helse skal defineres på bakgrunn av «fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære [vår utheving]», vil kunne innebære en sykeliggjøring av samfunnet, og som Smith (2008) har understreket, vil det kunne medføre at mennesker flest bør anses som usunne mesteparten av tiden (Huber et al., 2011; Smith, 2008). Samtidig bygget tidligere definisjoner av helse (før WHOs definisjon) på en langt mer reduksjonistisk forståelse, hvor helse gjerne ganske enkelt ble ansett som fraværet av sykdom (Leonardi, 2018). Det har derfor blitt påpekt at WHOs utvidede forståelse av helse, herunder inkluderingen av psykisk helse i begrepet, var en viktig videreutvikling av helsebegrepet, til tross for visse svakheter (Callahan, 1973; Saracci, 1997).

Akkurat som det ikke finnes noe allment overordnet helsebegrep, finnes det heller ingen omforent felles definisjon av psykisk helse, men også her refereres det ofte til WHOs definisjon. WHO (2022) definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet» (Nes & Clench-Aas, 2011; WHO, 2022). Også WHOs definisjon av psykisk helse har vært gjenstand for mye kritikk (f.eks. Galderisi et al., 2015; Manwell et al., 2015). Noe av denne kritikken går ut på hvordan WHOs definisjon – til tross for at den understreker at man skal kunne håndtere normale stressituasjoner – knytter velvære og funksjonering for tett an til psykisk helse (Galderisi et al., 2015). Galderisi et al. (2015) understreker at ettersom et fullverdig liv ofte

2 Original versjon: «Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.»

3 WHO ble etablert i perioden mellom 1946 og 1948 (Callahan, 1973).

4 «complete»

består av både opp- og nedturer, sykdom, sinne og ulykkelighet, er det vanlig at også individer med god psykisk helse opplever å være i slike situasjoner, og det er derfor uheldig å basere forståelsen av psykisk helse for mye på positive følelser og funksjonering. Samtidig understrekes det at WHO's definisjon av psykisk helse har vært et viktig bidrag i å forstå psykisk helse som mer enn kun fraværet av psykisk sykdom (Galderisi et al., 2015). Som vi vil se senere i rapporten, er definisjonen av psykisk helse et viktig element i hvordan forebyggingsapparatet forstår den psykiske helsens rolle i sitt arbeid og i hvilke tiltak som implementeres.

Radikalisering og psykisk uhelse

Voldelige ekstremisters psykiske helsetilstand har vært et fokusområde i forskning i flere tiår (Gill & Corner, 2017; Gøtzsche-Astrup & Lindekilde, 2019; Knudsen, 2020a; Misiak et al., 2019). Dette til tross er det fortsatt uklart i hvilken grad psykisk helse og voldelig ekstremisme kausalt kan sies å henge sammen (Gill et al., 2021; Misiak et al., 2019; Trimbur et al., 2021). Studier har gitt ulike resultater, der noen konkluderer med at det er sammenhenger, mens det i andre studier konkluderes motsatt. Mulige forklaringer på disse ulikhetene er forskjeller i metoder, utvalg, datakilder og fortolkninger av data (Gill et al., 2021). Samtidig vil forholdet mellom psykisk helse og ekstremistisk vold tidvis framstilles som langt klarere i mediene og gjennom policy og diverse myndighetstiltak enn det finnes forskningsmessig belegg for, noe som medfører at terrorhandlinger iblant tilskrives manglende handling fra helsemyndigheter heller enn fra sikkerhetsmyndigheter (Misiak et al., 2019). Ser man på resultatene fra større systematiske oversikter, er det indikasjoner på noe høyere forekomst av psykiske lidelser blant såkalte soloaktører (*lone wolf/actor*), men forholdet mellom psykisk uhelse og ekstremistisk vold er uklart, og flere argumenterer nå for en mer nyansert forståelse, der psykisk helse heller ses som ett aspekt av et større problemkompleks enn som en hovedårsak til ekstremistisk vold (Gill et al., 2021; Gøtzsche-Astrup & Lindekilde, 2019; Misiak et al., 2019; Trimbur et al., 2021). Samtidig gjennomføres det stadig forebyggings tiltak som bygger på potensielle sammenhenger mellom psykisk helse og voldelig ekstremisme. For eksempel viser Gill et al., 2021 til hvordan en rekke slike tiltak har blitt iverksatt de siste årene, blant annet psykisk helse-orienterte intervensjoner i USA og Storbritannia (Hurlow et al., 2016; Knudsen, 2020b), samfunnstjenestebaserte tilnærminger i USA (Ellis & Abdi, 2017), familiebasert rådgivning i Tyskland (Koehler, 2015, og

tverrsektorielt samarbeid, som svar på risiko i tilknytning til *lone-wolf*-vold (Pathé et al., 2017).

Selv om det er få klare svar, begynner den etter hvert omfattende forskningen på forholdet mellom psykisk helse og voldelig ekstremisme å resultere i noen anbefalinger (Gill et al., 2021; Misiak et al., 2019). I en systematisk gjennomgang av tolv studier (publisert mellom 2010 og 2016) konkluderer Misiak et al. (2019) med at det er lite sannsynlig at psykisk uhelse direkte påvirker utviklingen av radikale forestillinger, og at man i forskningen heller burde være opptatt av faktorer som medierer eller modererer effekter av psykisk helse enn av psykisk helse som utløsende faktor i seg selv. Samtidig understreker de at visse psykiske lidelser og utviklingsforstyrrelser, som schizofreni, vrangforestillingsforstyrrelse og autisme, har høyere forekomst blant soloaktører enn blant medlemmer i terrorgrupper, men argumenterer også for at soloaktører og medlemmer i terrorgrupper potensielt er to distinkte grupper med tanke på psykisk helse-karakteristikker. På et overordnet nivå konkluderer Misiak et al. (ibid.) med at det ikke finnes noen unik(e) psykopatologisk(e) profil(er) eller personlighetstrekk som medfører at et individ er mer tilbøyelig til radikaliserings enn andre.

I en annen systematisk gjennomgang av 25 studier om forholdet mellom psykisk helse og radikaliserings (publisert mellom 1986 og 2020 – hvor flertallet er publisert etter 2013) kommer Gill et al. (2021) fram til lignende konklusjoner som Misiak et al. (2019). Blant annet støtter de punktet om at det basert på eksisterende forskning ikke er mulig å finne noen overordnet psykopatologisk profil for individer som radikaliseres/ekstremiseres. De støtter også punktet om at soloaktører og medlemmer av terrorgrupper ser ut til å være to distinkte grupper. Gill et al. (2021) vektlegger at vi i stor grad kan trekke to overordnede konklusjoner basert på forskningen som foreligger, og at disse påvirker hvordan vi kan forstå forholdet mellom psykisk helse og voldelig ekstremisme. For det første finnes det flere veier til voldelig ekstremisme, med en rekke ulike faktorer som påvirker et individs utvikling, på forskjellige måter. Dette innebærer at individer med ulikt utgangspunkt kan gå gjennom ulike prosesser og påvirkes av ulike faktorer og likevel ende opp med samme resultat, i denne sammenhengen som voldelig ekstremist. Borum (2011) refererer til dette som «ekvifinalitet». For det andre kan individer med samme utgangspunkt få forskjellige resultater, hvor samme faktor kan påvirke dem på ulike måter, noe Borum (ibid.) refererer til som

«multifinalitet». Dermed er det vanskelig å si noe bestemt om en eventuell sammenheng mellom psykisk helse og RVE, ettersom psykisk uhelse kan ha ulik innvirkning i ulike forløp. Gill et al. (2021) argumenterer derfor for at eventuelle helsetiltak må være skreddersydd og spisset heller enn brede og generelle.

En slik sammensatt forståelse av forholdet mellom psykisk uhelse og RVE blir også framhevet i andre studier. Gøtzsche-Astrup og Lindekilde (2019) mener at debatten rundt eventuelle sammenhenger mellom psykisk helse og RVE er for kategorisk, og argumenterer for en mer flerdimensjonal forståelse av sammenhengen, hvor psykisk uhelse ikke kun burde anses som en assosiert faktor, men heller som en faktor som interagerer med andre situasjonelle faktorer, potensielt resulterende i radikaliserings. Videre argumenterer de også for at ikke-kliniske, men problematiske atferdsmønstre interagerer i tandem med sosiale faktorer, noe som kan medføre økt risiko for ekstremistisk vold. Dermed forsøker de å gi en forklaring på hvordan for eksempel sosiale nettverk, i samvirke med psykisk uhelse – helt fra problematisk atferd til psykiatriske diagnoser – kan medføre en radikaliserings som resulterer i ekstremistisk vold (Gøtzsche-Astrup & Lindekilde, 2019).

Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme i Norge er karakterisert av et mangefasettert og komplekst arbeid som inkluderer en rekke instanser og organisasjoner på ulike nivåer, hvor helse er ett av flere fokusområder (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020; Lid et al., 2016). Og som påpekt av Lid et al. (2016) er arbeidsfeltet som omhandler denne forebygging av RVE, i utvikling og utprøving, inkludert samhandlingen mellom de ulike aktørene. Dette inkluderer helsetjenestenes rolle i arbeidet. Samtidig som det er innhentet viktig erfaring og kompetanse på dette feltet de siste syv årene, er nok deler av forebyggingsarbeidet fortsatt karakterisert av utvikling og utprøving, også i 2023. Og selv om psykisk helse har vært et av fokusområdene i dette arbeidet over flere år (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014, 2020; Justis- og politidepartementet, 2010), vet vi lite på et mer overordnet nivå om hvilken rolle psykisk helse spiller i forebyggingsarbeidet. Målet med denne rapporten er derfor å øke kunnskapen om den psykiske helsens rolle i dette arbeidet og belyse utfordringer og muligheter dette medfører.

Del 2 – metode

På bakgrunn av at forebyggingsarbeidet i Norge er komplekst og praktiseres på ulike måter rundt omkring i kommunene, valgte vi et eksplorerende forskningsdesign, hovedsakelig bygget på forskningsintervjuer. Denne typen forskningsdesign har vært benyttet tidligere innenfor RVE-forskning ved NKVTS og har gitt gode resultater (Førde & Andersen, 2018). Designet ga oss muligheten til å gjøre justeringer underveis etter som forståelsen av temaet økte. I tillegg til å samle inn data via intervjuer sendte vi ut forespørsel til alle landets distriktpsikiatriske sentre (DPS) om å delta i en digital spørreundersøkelse som omhandlet RVE og dets rolle i deres arbeid.

Rekruttering

Det norske forebyggingsarbeidet av RVE har bred forankring i ulike tjenester, herunder lokalt politi, kommunale myndigheter og diverse lokale rus- og kriminalitetsforankrende tiltak, gjennom en videreføring av de eksisterende grunnprinsippene om generell forebygging av kriminalitet (Regjeringen, 2019). Følgelig var det viktig at rekrutteringen favnet en bred gruppe av aktører. Det foreligger ingen offisiell oversikt over alle aktørene i forebyggingsapparatet, men Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Øst (RVTS Øst) har en sentral koordinerende rolle innad i apparatet. NKVTS og RVTS har et nært samarbeid på feltet RVE, blant annet gjennom FARE-nettverket (RVTS' fagnettverk om RVE), og dette nettverket bidro med hjelp til rekruttering av potensielle respondenter i de ulike RVTS-regionene. FARE-nettverkets regionale representanter har god oversikt over forebyggingsarbeidet i sin respektive region og oversendte lister over personer som kunne være aktuelle for oss å snakke med. Disse personene ble kontaktet med forespørsel om deltakelse i studien. I tillegg benyttet vi oss av allerede etablerte kontakter (via tidligere arbeid med RVE på NKVTS), noe som medførte direkte rekruttering av respondenter og i tillegg forslag til andre personer vi burde kontakte. Samtidig gjennomførte vi såkalt snowball sampling, hvor man forsøker å rekruttere aktuelle deltakere blant respondenters kontakter (Parker et al., 2019). Vi ba også DPS-ene som deltok i spørreundersøkelsen, om kontaktinformasjon til terapeuter ved hver

respektive DPS som hadde jobbet med klienter hvor RVE var del av problemkomplekset.

Siden antallet instanser/organisasjoner som jobber hovedsakelig med forebygging av voldelig ekstremisme, er relativt lavt, og antallet personer som inngår som en del av dette arbeidet, også er lavt, vil vi være restriktive i bruken av personinformasjon i tilfeller hvor vi refererer til respondenter. På et overordnet nivå ser listen over respondentene slik ut:

- Østlandet – kommunale instanser, frivillige organisasjoner, helsetjenester og velferdsinstanser
- Vestlandet – kommunale instanser, frivillige organisasjoner og helsesystemet
- Trøndelag – kommunale instanser, statlige instanser og helsetjenester
- Sørlandet – kommunale instanser og statlige instanser

I spørreundersøkelsen deltok DPS-er fra alle landsdelene. Liste over landets DPS-er ble innhentet via offentlige nettsider. Helse Norges nettsider tilbyr en oversikt over alle landets behandlingssteder med offentlig tilbud.⁵ Oversikten kan filtreres med «Psykisk helse» som behandlingstilbud. Alle DPS-er i denne oversikten ble kontaktet via de fire ulike helseforetakene (Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF) med forespørsel om kontaktinformasjon til relevant person ved hver enkelt DPS. Ideelt sett kunne alle landets behandlingstilbud for psykisk helse blitt kontaktet, men grunnet tids- og ressursbegrensninger ble det bestemt at kontakten skulle begrenses til DPS-ene. I tillegg kom det i flere av intervjuene med forebyggingsapparatet opp at individer med det som ble ansett som psykiske helseproblemer, ble henvist til DPS. Vi visste derfor at mulige ekstremister med psykiske helseproblemer kunne bli plukket opp av DPS. Disse sentrene er også representert i hele landet og møter derfor en bred andel av befolkningen. De som besvarte nettskjemaet, brukte i underkant av to minutter på besvarelsen. I de tilfellene hvor besvarelse ikke var registrert i løpet av tre uker, ble det sendt ut en påminnelse. En endelig purring ble sendt ut seks uker etter første kontakt.

5 <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandlingssteder>

Det må understrekes at rekrutteringen ikke nødvendigvis gir et representativt bilde av alle aktørene som deltar i forebyggingsarbeidet, noe som heller ikke var et mål i dette prosjektet. Formålet har heller vært å inkludere en rekke ulike aktører for å belyse problemstillingene gjennom ulike perspektiver og innfallsvinkler. Dette innebærer også at det vil kunne være aktører som hadde vært relevante å inkludere i prosjektet, som vi ikke har klart å nå ut til.

Utvalg

Totalt kontaktet vi 42 personer med forespørsel om deltakelse i forskningsintervjuer samt 96 DPS-er med forespørsel om å besvare spørreundersøkelsen. Av de førstnevnte deltok 23 personer i intervjuer, og totalt 35 DPS-er besvarte spørreundersøkelsen. Utvalget besto av en rekke organisasjoner/instanser i forebyggingsapparatet, fra ulike deler av landet, med ulik erfaring med arbeidet, og fra forskjellige nivåer (førstelinje, andrelinje, kommunale nivåer o.l.). Dette inkluderte diverse kommunale tjenester, herunder oppsøkende tjenester og helsetjenester, koordinerende stillinger, spesialisthelsetjenester, politiet, interesseorganisasjoner og diverse lavterskeltilbud. I utgangspunktet hadde vi utfordringer med å rekruttere respondenter fra helsetjenestene, men vi lyktes etter hvert med å blant annet rekruttere respondenter fra DPS via spørreundersøkelsen. Det var sentralt for oss å belyse den psykiske helsens rolle i forebyggingsarbeidet *i praksis*, altså hvordan de ulike aktørene jobber direkte med tematikken. Dette medførte at vi i størst mulig grad ønsket å intervjuere personer som var i direkte berøring med klientene i forebyggingen av RVE. Selv om arbeidsoppgaver og innfallsvinkel til forebyggingsarbeidet varierte mellom respondentene, hadde alle erfaringer med helserelaterte utfordringer hos personer som ble ansett som ekstremister eller som var på vei til å bli det.

Intervjuer

Data ble innhentet gjennom semistrukturerte intervjuer, med predefinerte, overordnede spørsmål og temaer som vi ønsket å ta opp, men der respondentene ellers valgte selv hva de ønsket å formidle til oss under paraplyen av den psykiske helsens rolle i sitt arbeid med RVE. Temaene dekket ikke bare aktørenes egne opplevelser av psykisk helse som en faktor i arbeidet, men også deres forståelse av begreper som «radikalisering og

voldelig ekstremisme» og «helse».⁶ En gjennomgang av hva de ulike delene av forebyggingsapparatet faktisk legger i disse begrepene, var sentralt i analysene av dataene. Intervjuene ble gjennomført fra mars 2021 og fram til februar 2023, med brorparten av dem ble gjort våren 2021. På denne tiden var det fortsatt iverksatt strenge koronatiltak, så alle intervjuene foregikk digitalt. Ettersom koronatiltakene hadde vært gjeldende forholdsvis lenge på dette tidspunktet, var alle som ble intervjuet, godt vant med digitale møter. Vi anser det derfor som lite sannsynlig at denne intervjuformen har hatt noen store innvirkninger på datainnhenting.

I gjennomføringen av de digitale intervjuene ble Confrere benyttet.⁷ Confrere er et verktøy for ende-til-ende-krypterte videosamtaler over internett og oppfyller norske myndigheters krav til sikkerhet, blant annet Normen og GDPR. Confrere benyttes av en rekke norske helse- og forskningsinstitusjoner. I forkant av intervjuet fikk den enkelte respondent tilsendt en påloggingslenke som kunne åpnes i en hvilken som helst nettleser. Dette innebar at det ikke var noen krav til nedlasting eller installasjon av programvare, noe som gjør bruken svært enkel. Respondenten logget seg på ved bruk av BankID, som sikret at riktig person ble intervjuet. I tillegg til Confrere benyttet vi også UiOs Nettskjema-diktafon mobilapp.⁸ Denne muliggjorde at lydopptaket kunne lastes direkte opp i UiOs Tjenester for sensitive data (TSD), en løsning som muliggjør innsamling, lagring, deling og analyser av sensitive data innenfor et sikret miljø.

Spørreundersøkelse

Til innsamling av data fra spørreundersøkelsen benyttet vi tjenesten Nettskjema, levert av UiO. Tjenesten tilbyr en rekke ulike funksjonaliteter for datainnhenting og lagring, inkludert pålogging ved bruk av FEIDE, TSD og ID-porten. Ettersom vi ikke etterspurte noe personsensitiv informasjon om verken respondent eller tredjepart, valgte vi å tillate besvarelse av skjemaet uten pålogging via disse tjenestene. Besvarelse kunne samtidig kun innleveres via hver unik lenke som ble sendt ut til DPS-ene. Skjemaet besto av tre spørsmål (svaralternativ ja/nei), og de som besvarte spørsmålene, registrerte i tillegg

6 Se tabell 3 i appendiks for en komplett liste over spørsmålene i intervjuguiden.

7 <https://confrere.com/no>

8 <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

navn, e-postadresse og hvilket distriktpsikiatrisk senter besvarelsen gjaldt. Eventuell kontaktinformasjon til ansatte som ønsket å delta som respondent i studien, kunne også registreres. I to av spørsmålene var det mulig å få et oppfølgingsspørsmål avhengig av hva man svarte på det overordnede spørsmålet.⁹

Analyser

Analysen bygger på prinsippene for tematisk analyse. Tematisk analyse kan defineres som «[en] metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (temaer) innen data» (Braun et al., 2014, vår oversettelse). En slik analytisk tilnærming består av seks steg og begynner med en grundig gjennomgang av transkripsjonene, der forskeren registrerer tilbakevendende temaer. Dette omfatter gjennomlesing av alle transkripsjonene, uten at det legges vekt på spesifikke deler (Braun & Clarke, 2006). Gjennom denne prosessen ble sentrale konsepter produsert. Braun et al., 2014 refererer til slike konsepter som «sentrale organiseringskonsepter» eller «Clear Core Idea[s]» eller «Concept[s]» (2014: 102). På et overordnet nivå ble analysene konsentrert om uttalelser fra respondentene som gjaldt psykisk helse i relasjon til forebyggingsarbeidet. Disse ble kodet til spesifikke kategorier, herunder aspekter som «psykisk uhelse hos klientene», «forståelse av psykisk helse i forebyggingsarbeidet» og «samarbeid med helsetjenestene». Deretter ble transkripsjonene gjennomlest på nytt flere ganger, med spesifikk vekt på de identifiserte kategoriene. I tillegg ble kodede uttalelser deretter testet mot kategoriene for å avklare i hvilken grad de passet etter hvert som kategoriseringen ble spisset. Resultatene av analysen presenteres i fem hovedkategorier som ble analysert fram gjennom denne prosessen. Nvivo versjon 12.6.0.959 ble brukt til analysen av intervjudataene. I analysene av dataene fra spørreundersøkelsen ble SPSS versjon 29.0.0.0 benyttet for å gjennomføre deskriptive analyser, mens Excel versjon 16.72 ble brukt i den grafiske framstillingen av resultatene.

⁹ Se tabell 2 i appendiks for en komplett liste over spørsmål i spørreundersøkelsen.

Etikk

Dette prosjektet har blitt vurdert av Norsk senter for forskningsdata (NSD/Sikt), og innsamling og behandling av data har blitt gjennomført i samsvar med deres anbefalinger. Prosjektet følger også etablerte prosesser og retningslinjer ved NKVTS for forskning som inkluderer sensitive data. Hver person vi kontaktet i sammenheng med rekruttering til studien, fikk et skriv med informasjon om prosjektet, herunder prosjektets formål, hva det innebærer å delta i studien samt opplysninger om personvern og data-behandling, rettigheter og kontaktinformasjon. I tillegg har hver respondent underskrevet og sendt inn en samtykkeerklæring for deltakelse i prosjektet. Det ble hele veien understreket at respondentene på ingen måte ville være identifiserbare/gjenkjennelige i rapporten, eller i eventuelle andre publikasjoner. I rapporten er derfor framstillingen av karakteristikk ved respondentene (for eksempel stilling, lokasjon etc.) lite spesifikk.

Det ble hele tiden gjort en rekke andre etiske vurderinger, både før og under gjennomføringen av prosjektet. Selv om respondentene ikke ble bedt om å dele sensitive data om seg selv, sitt arbeid eller andre taushetsbelagte opplysninger, var vi bevisste muligheten for at sensitive data om tredjepart kunne tas opp. Etersom spesifikke data om tredjepart ikke var relevant for prosjektet, forsøkte vi i størst mulig grad å unngå å komme inn på person-identifiserende informasjon. Samtidig var det tilfeller der det i henvisninger til spesifikke situasjoner, med formål om å beskrive situasjoner som kunne være relevante for prosjektet, kom opp informasjon som i noen grad kunne være personidentifiserende. Gitt at de overordnede retningslinjene for behandling av personsensitive data ble fulgt (bl.a. kryptert opptak av lyd, sikker lagring i TSD, av-identifisering under transkribering), og at informasjonen ble behandlet på en konfidensiell og sikker måte, ble dette ikke ansett som problematisk. Respondentene ble informert om at de hadde rett til fullt innsyn i sine data, samt å få slettet dem ved ønske uten at dette ville få noen slags konsekvenser for dem.

Del 3 – resultater

I denne delen beskrives syv overordnede kategorier som bygger på respondentenes beskrivelser av eget forebyggingsarbeid og opplevelse av den psykiske helsens rolle i dette arbeidet: 1) forebyggingsarbeiderne; 2) fenomenforståelse; 3) klientene; 4) psykisk helse i forebyggingsarbeidet; 5) helsetjenestenes rolle; 6) samarbeid med andre instanser og 7) myndighetenes strategi.

Forebyggingsarbeiderne

Det var store forskjeller blant respondentene i hvor stor andel av arbeidshverdagen deres som var spesifikt knyttet an til forebygging av RVE. En del av dem jobbet kun med forebygging av RVE, noen av dem i områder av landet hvor det var – relativt sett – et høyt antall slike saker. Andre respondenter hadde hatt noen få saker som gjaldt RVE-problematikk, og noen hadde kun hatt én slik sak. Det er samtidig uklart om alle respondentene nødvendigvis ville beskrevet seg som en del av forebyggingsapparatet mot RVE. Siden forebyggingsarbeidet i Norge bygger på generelle kriminalitetsforebyggende tiltak, jobber mange av førstelinjetjenestene og oppsøkende tjenester med en rekke ulike problemområder – for eksempel rus, fattigdom, psykisk helse, utsatt ungdom – hvor også forebygging av RVE er en del av arbeidet. Samtidig er RVE, til sammenligning med andre av disse problemområdene, et lavfrekvent problem, noe som gjør at mange i disse tjenestene har hatt svært liten erfaring med problematikken, noen ingen i det hele tatt. Det må også nevnes at noen av respondentene var en del av mentorordninger i RVE-feltet eller jobbet opp mot disse ordningene. Flere kommuner i landet har opprettet slike mentorordninger i tilknytning til forebygging av RVE. Et uttalt mål for mentorarbeid i RVE-feltet er «å styrke brukerens motivasjon og mulighet for positiv forandring, samt redusere risikoatferd og bekymringstegn hos brukeren» (Regjeringen, 2017). Det er opp til kommunene hvordan dette gjennomføres. Det var ulike løsninger for hvilken rolle mentorene spilte i en forebyggingsprosess, men felles for beskrivelsene fra respondentene var at mentorene jobbet med et bredt spekter av oppgaver, hvor livsmestring og støtte i dagligdagse oppgaver står sentralt, inkludert kontakten og oppfølgingen overfor helsetjenestene.

Det var også stor variasjon i respondentenes kunnskaps- og fagbakgrunn. Noen av dem hadde helsefaglig bakgrunn, noen hadde en eller annen form for profesjonsutdannelse, andre hadde bakgrunn fra forebyggingsområder som ikke var tilknyttet RVE, mens andre igjen hadde erfaring fra områder som skolesektoren, kommunal sektor, velferdstjenester og lignende. Videre var det betydelig variasjon i ansiennitet innenfor forebygging av RVE blant respondentene, hvor én av dem hadde under ett års arbeidserfaring med forebygging av RVE da intervjuet ble gjennomført, mens andre hadde jobbet i ti år eller mer med tematikken. Samtidig må det understrekes at hovedandelen av respondentene hadde lang erfaring fra forebyggingsarbeid, men den spesifikke vektleggingen av RVE var for de fleste noe de hadde begynt med de siste årene. Forebyggingsarbeidet gjaldt i stor grad islamsk ekstremisme og høyreekstremisme.

Arbeidsoppgaver

Respondentene ble ikke bare bedt om å beskrive stilling og faglig/yrkesmessig bakgrunn, men også arbeidsoppgaver tilknyttet arbeidet sitt med forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme. De fleste vektla den store variasjonen det er i tiltakene som er forbundet med dette arbeidet. Flere beskrev oppgavene som hovedsakelig tilknyttet oppfølging av, og støtte til, klienten(e), inkludert for eksempel tilrettelegging og hjelp med praktiske gjøremål i hverdagen, koordinering og kontakt med andre involverte instanser (f.eks. NAV eller helsetjenester) og sosial kontakt med klienten(e). Den tette kontakten med klientene var en viktig del av arbeidet for flere av respondentene. Slik det ble understreket av én av respondentene, som jobbet i førstelinjetjenesten i en større by: «Hele jobben er jo å skape tillit. Skal vi klare å gjøre jobben, så er det tillit som er hele hoved[oppgaven].»

I forebyggingsarbeidet var det samtidig variasjon i hvor alvorlige ulike saker ble ansett for å være, noe som ofte så ut til å henge sammen med hvilke arbeidsoppgaver som ble beskrevet. Arbeidet i de mindre alvorlige sakene bar preg av å være mer generelt forebyggende, på lik/liknende linje med andre problemområder utover RVE (som for eksempel annen kriminalitet eller rus), mens arbeidsoppgavene i de mer alvorlige sakene var mer spesifikt knyttet an til radikaliserings, for eksempel koordinering med politi/PST, og trusselvurderinger. Alvorlighetsgrad i en sak vil også påvirke hvilke instanser som er involvert (f.eks. så politiet ut til å være mer involvert i alvorlige saker enn i lavterskeltiltak hvor radikaliseringsaspektet var mer uavklart). Samtidig var det en rekke arbeidsoppgaver i forebyggingsarbeidet som ikke var direkte

relatert til klienter, herunder ting som informasjons- og kunnskapsdeling med andre involverte instanser, kompetanseheving og utvikling av handlingsplaner og lignende. Også respondentene med helsefaglig bakgrunn hadde varierende stillinger og arbeidsoppgaver, hvor noen jobbet i oppsøkende tjenester eller andre førstelinjetjenester, mens andre var tilknyttet spesialisthelsetjenesten. På et overordnet nivå hadde flertallet av respondentene med helsefaglig bakgrunn arbeidsoppgaver i tilknytning til behandling/terapi; ingen av dem jobbet kun med RVE som tematikk.

Et viktig poeng å understreke her er hvordan en «RVE-sak» ofte inkluderer flere ulike problemområder, herunder områder som rusmisbruk, manglende utdanning/jobbs, straffetiltak, og behov for støtte i dialog/samarbeid/koordinering med helseapparatet (for eksempel kontakt med fastlege eller spesialisthelsetjenesten). Dermed er ikke arbeidsoppgavene kun oppgaver som er tilknyttet RVE. Slik vi vil se senere, har individer som er involvert i RVE, et stort mangfold av utfordringer. I tillegg var det også lokale variasjoner med hensyn til hvor opptatt den respektive kommunen var av RVE-tematikken. Ettersom forebyggingstiltakene hovedsakelig er kommunalt forankret, gir dette føringer for hvor spesifikt det jobbes med RVE-forebygging (Lid et al., 2016). Noen kommuner hadde et mer omfattende apparat rettet mot RVE-tematikken, noe som gjerne var karakterisert av et mer inngående samarbeid mellom ulike instanser rettet direkte mot forebygging av RVE sammenlignet med andre kommuner. Vi innhentet ikke spesifikke tall vedrørende omfang av RVE i de ulike kommunene, men inntrykket er at i kommunene der RVE var et – relativt sett – hyppigere problem, var flere tiltak innrettet mot problematikken.

Fenomenforståelse

Som beskrevet tidligere i rapporten er begrepene «radikalisering og voldelig ekstremisme» og «psykisk helse» omdiskutert og mangler omforente felles definisjoner. Det var derfor viktig for oss at respondentene fikk mulighet til å belyse hvordan de definerte og forsto disse begrepene i tilknytning til forebyggingsarbeidet sitt. Grad av utforskning og problematisering av begrepene i tilknytning til eget arbeid varierte blant respondentene. Noen henviste direkte til spesifikke definisjoner, mens andre ga mer omfattende beskrivelser av egen fenomenforståelse.

Hvordan defineres og forstås «radikalisering og voldelig ekstremisme»?

Et flertall av respondentene refererte til myndighetenes definisjon av radikalisering og voldelig ekstremisme fra handlingsplanen og til flere av myndighetenes nettsider (f.eks. en aksept og vilje til å utøve vold for å nå politiske, religiøse eller ideologiske mål [Regjeringen, 2016]). Noen respondenter refererte også til RVE som en vilje til å begå voldelige handlinger, uten at de nevnte myndighetenes definisjon spesifikt. Andre vektla identifisering med spesifikke grupperinger, som for eksempel med høyreekstremistisk eller islamistisk orientering, mens en tredje gruppe pekte mer mot ekstremistiske tankesett og meninger. De aller fleste refererte i en eller annen form til risiko for utøvelse av vold som et grunnleggende aspekt ved RVE. Med andre ord var respondentene forholdsvis overensstemt i sin grunnleggende forståelse av RVE. Én av respondentene som refererte til myndighetenes definisjon, beskrev hvordan han brukte denne forståelsen aktivt for å unngå at saker som ikke tilhørte RVE-forebygging, skulle tilfalle hans instans: «Så vi har egentlig holdt oss ganske tett til det [myndighetenes definisjon]. Vi prøver å ha en ganske klar linje på når det ikke er det [...], for da skal det ikke gå i det sporet.»

Denne respondenten hadde jobbet med en rekke RVE-saker i en stilling som var konkret rettet inn mot RVE-problematikk. Det var en tendens til at respondentene som jobbet mye med RVE-tematikken, var mer bevisste myndighetenes definisjon (og andre definisjoner). Som påpekt av en respondent på spørsmål om hvordan hun forsto og definerte radikalisering og voldelig ekstremisme: «Nei, altså jeg holder jo på med dette daglig, det er jo faget mitt», før hun ga en inngående redegjørelse for begrepsdebatten på feltet. Dette er ikke overraskende, ettersom det er å forvente at de som jobber spesifikt med RVE-tematikken, har større oversikt over litteraturen på feltet enn dem som jobber lite med tematikken. Respondentene som hadde minst erfaring med tematikken, refererte i større grad til mer generelle beskrivelser hvor de vektla aspekter som avvikende og ekstreme tankesett. Flere av respondentene – også respondenter som hadde omfattende erfaring med tematikken – bemerket samtidig at begrepsdefinisjon og forståelse i RVE kan være krevende, og trakk blant annet fram utfordringer med hensyn til hvor man setter grensen for hvorvidt noe burde anses som ekstremt eller ikke. Utfordringer i tilknytning til det å avgjøre om en person burde anses som

ekstremist eller ikke, ble trukket fram av flere respondenter, spesielt i de tilfellene der vedkommende aktivt forsøker å skjule sine ekstremistiske holdninger. Én respondent framhevet uklarheter i linjene mellom å være radikal og å være ekstremist og vektla at det å være radikal er fullt lovlig, og i noen tilfeller positivt. To andre respondenter påpekte hvordan begrepet «ekstremisering» (Gule, 2018) kunne være et bedre begrep enn «radikalisering», nettopp på grunn av hvordan begrepet «radikal» ikke nødvendigvis har noe med RVE å gjøre.

Hvordan defineres og forstås psykisk helse?

Respondentene ble også bedt om å beskrive hvordan de forsto og definerte begrepet «helse» i sammenheng med tematikken RVE. Først og fremst klargjorde alle respondentene at psykisk helse var tematikken de uttalte seg om heller enn helse generelt. Det kom videre fram at psykisk helse heller ikke er et avklart konsept innad i forebyggingsapparatet, og respondentene kunne plasseres på ulike punkter langs et spekter som strekker seg fra et mer diagnostisk perspektiv på den ene siden til et mer helhetlig perspektiv på klienten på den andre. Det ene ytterpunktet kan beskrives som basert på forholdsvis spesifikke psykiatriske/psykologiske diagnoser, herunder angst, depresjon, psykose, rus og autismespekteret. Det andre ytterpunktet kan beskrives som en bredere forståelse av psykisk helse, der aspekter som oppvekst, sosialt samvær / isolasjon, skolegang, arbeidssituasjon og livskvalitet var sentrale. Det må understrekes at de fleste respondentene lå nærmere en bredere forståelse av psykisk helse enn en snever, diagnose-basert forståelse. Det er også viktig å understreke at alle respondentene vektla at psykisk helse er mer enn kun diagnoser, og alle trakk fram aspekter som oppvekst og sosialt samvær som deler av psykisk helse, men det var variasjoner i hvor de la hovedtyngden i sin forståelse av psykisk helse i sammenheng med RVE. I tillegg var det flere av respondentene som påpekte at disse to ytterpunktene ikke nødvendigvis bør forstås som motsetninger, men heller at de henger nær sammen.

To av respondentene trakk først og fremst fram psykiatriske/psykologiske diagnoser i sine beskrivelser av helsens rolle i forebyggingsarbeidet. Begge jobbet fulltid med RVE-forebygging og hadde, relativt sett, omfattende erfaring med slike saker. Én av disse understreket at han brukte en snevrere forståelse av psykisk helse-begrepet:

Og det er, når jeg kommer til helse, så er nok jeg, jeg har nok ikke den vide definisjonen, da. [...] Altså alt er folkehelse, men jeg ser ikke på de ... altså når jeg kommer inn i de sakene her, så er jeg ikke så opptatt av diabetes også.

Respondenten forklarte videre hvordan mange av dem han jobbet med, hadde flere spesifikke utfordringer tilknyttet psykisk helse, herunder autisme-spekterlidelser, traumer og lett psykisk utviklingshemming. Han trakk også fram utfordringer i oppvekst og familiesituasjon som viktige aspekter ved klientenes psykiske uhelse. Samtidig beskrev denne respondente hvordan flere av klientene hadde lav til moderat grad av psykiske helseproblemer, og at dette medførte «at de går i normalsporet», til tross for de hadde det han refererte til som «store begrensninger». Nettopp denne utfordringen i tilknytning til graden av helseproblemer, og hvorvidt dette medfører at helsesystemet skal involveres eller ikke, vil vi komme nærmere inn på senere i rapporten. Respondenten forklarte også hvordan han, i vurderingen av en sak, ville bruke medisinske dokumenter for å avklare den psykiske helsetilstanden til den saken gjaldt. Samarbeid og informasjonsflyt mellom de ulike instansene i forebyggingsapparatet er også et tema vi vil komme nærmere inn på senere. Respondenten beskrev deretter at han jobbet med flere personer som ble ansett som farlige, og gjennom intervjuet kom det fram at vurdering av voldskapasitet var et viktig sikkerhetstiltak. Respondenten understreket at dette ansvaret ligger hos politiet.

Det var samtidig slik at hovedandelen av respondentene i mindre grad refererte til spesifikke diagnoser i sin beskrivelse av helseutfordringer og i større grad vektla sosiale, situasjonelle og kontekstuelle faktorer, som utenforskap, ensomhet, manglende mestring i skole/arbeidsliv, og fattigdom. Én av respondentene i førstelinjetjenesten med helsefaglig bakgrunn beskrev hvordan hun og kolleger gjerne definerte helse på en helhetlig måte:

Jeg liker Bronfenbrenners modell; alt påvirker helsen til barn og ungdommen. Og det tror jeg kanskje vi har veldig sånn framme i [geografisk sted], hvor vi har høy andel av barnefattigdom, ikke sant. Det påvirker helsen, ernæring påvirker helsen, trangbodhet ... det er mange ting som påvirker helsen. Så jeg har det, både jeg og de jeg samarbeider med, og kolleger inne helse, har jo den litt bredere forståelsen av helse, fordi vi ser at alle tingene henger sammen.

Denne respondenten jobbet med tidlig oppfølging av vanskeligstilt ungdom og var i berøring med en lang rekke ulike problemområder, i tillegg til RVE. På overordnet nivå var det forholdsvis stor enighet mellom respondentene i at psykisk helse er komplekst og favner en rekke faktorer, samtidig som ulike respondenter vektla disse ulike aspektene på forskjellig måte.

Klientene

Siden vi i stor grad aktivt unngikk informasjon om tredjepart under intervjuene, bygger denne delen på de mer generelle klientbeskrivelsene som ble gitt. Disse kom som oftest i sammenheng med at respondentene beskrev arbeidet sitt, siden det i noen tilfeller var nødvendig å gi visse beskrivelser av klientene for å kontekstualisere forebyggingsarbeidet. Dette innebærer samtidig at beskrivelsene ikke inkluderer klientenes egen forståelse og opplevelse av situasjonen, noe som medfører at beskrivelsene må anses som ensidige. Vi anser dem likevel for viktige i belysningen av forebyggingsapparatets forståelse av eget arbeid. Som nevnt var det flere av respondentene som jobbet med andre problemområder i tillegg til forebygging av RVE, for eksempel rusforebygging eller tiltak overfor vanskeligstilte personer. Dette innebar at det i flere av sakene var andre problemer som medførte at klientene var i kontakt med hjelpetjenestene, og at RVE-problematikken først ble avdekket etter hvert som klienten ble fulgt opp.

Bekymringer om radikaliserings kunne utløses av en rekke ulike faktorer, i stor grad i overensstemmelse med tegn på radikaliserings som listes opp i Nasjonal veileder for forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme (Justis- og beredskapsdepartementet, 2015). Dette inkluderer for eksempel ekstreme utsagn, endring av klesdrakt, sosial interaksjon med ekstreme grupperinger, ekstremistisk atferd og bruk av ekstreme symboler. Bekymringsmeldinger kunne også komme fra andre aktører i forebyggingsapparatet, som fra skoletjenestene, politiet eller oppsøkende tjenester. I flere tilfeller var klienten kjent fra før av i forebyggingsapparatet, gjerne for annen problematikk, som rus og annen kriminalitet.

Alder og kjønn

Flere av respondentene rapporterte at arbeidsområder de hadde utover forebygging av RVE, ofte var rettet mot spesifikke aldersgrupper, som oftest ungdom og unge voksne. For eksempel var det noen som jobbet med

vanskeligstilt ungdom. Dette var ikke nødvendigvis tilfellet i forebygging av RVE, hvor aldersspennet ofte inkluderte både ungdom, voksne og eldre. Samtidig understreket flere at selv om de ikke begrenset seg til spesifikke aldersgrupper i RVE-forebyggingen, arbeidet de ikke med yngre barn; som en av respondentene poengterte: «På radikaliserings og ekstremisme har jeg 0–100, og så jobber jeg ikke under 12.» De fleste beskrivelsene av klienter gjaldt likevel personer i aldersgruppen ungdom / unge voksne. Selv om vi ikke spurte spesifikt om kjønn hos klientene som ble beskrevet, gjaldt brorparten av disse tilfellene gutter/menn.

Problemkompleks

De aller fleste beskrivelsene av klientene tegnet et bilde av mennesker som sto overfor flerfoldige og komplekse utfordringer. Det ble raskt klart at i de fleste sakene var psykiske helseproblemer én del av et større problemkompleks, hvor også faktorer som rus, isolasjon, vanskelige familierelasjoner og frafall fra arbeidsliv/utdanning var til stede. Disse problemkompleksene varierte fra sak til sak, men ingen av sakene ble beskrevet som kun karakterisert av psykiske helseproblemer. Også graden av RVE-problematikk hos klientene varierte; for eksempel rapporterte én av respondentene at sakene hun hadde jobbet med, varierte fra dømte returnerte fremmedkrigere til barn som hadde kommet med uttalelser på internett. I forlengelsen av dette var det også stor variasjon i vurderingen av voldsrisiko, hvor noen klienter ble beskrevet som svært farlige, med stort voldspotensial, mens andre klienter ble vurdert til å ha svært lite voldspotensial. Gjennom intervjuene kom det også fram at problemkomplekset hos personer som var involvert i RVE, hadde mange likheter med problemkomplekset hos personer som var involvert i andre former for kriminalitet. Én av respondentene, som jobbet i en koordinerende stilling, påpekte nettopp dette:

Det som er spes, det er veldig mange, faktisk, hvis du tar sånn type lister, så er det jo samme faktorene på alt. [...] Ikke sant. Hvis jeg tar bort, ikke sant, dette her handler om en uløst barnevernssak eller dette handler om bosted eller et overgrep eller traumer eller noe sånt.

Respondenten forklarte videre at det likevel er en liten gruppe av klientene som, når slike bakgrunnsfaktorer blir tatt bort, sitter igjen med en sterk ideologisk overbevisning, og at disse tilfellene var utfordrende ettersom vi mangler tiltak som er rettet spesifikt inn mot dette.

Det at en klient i mange tilfeller har et omfattende problemkompleks, kunne også være en utfordring for forebyggingsapparatet, for eksempel i tilfeller hvor relevant informasjon ikke hadde blitt videreformidlet mellom alle de involverte instansene. Én av respondentene beskrev hvordan hennes instans hadde mottatt en forespørsel om hjelp fra politiet vedrørende en klient som da var tilknyttet instansen. I sammenheng med politiets forespørsel kom det fram at de anså vedkommende for å være ekstremist, noe respondenten ikke hadde fått informasjon om tidligere. Respondenten beskrev hvordan klienten for en tid tilbake hadde vært svært utagerende og truende, og understreket at hennes instans kunne forholdt seg til denne klienten på en mer hensiktsmessig måte hvis de hadde fått vite om politiets vurderinger på et tidligere tidspunkt. Utfordringer i samarbeidet mellom involverte instanser ser vi nærmere på i avsnittet om samarbeid.

Psykisk uhelse i forebyggingsarbeidet

Som tidligere nevnt har det ikke vært et mål i denne studien å si noe om eventuelle sammenhenger mellom psykisk uhelse og RVE. Studien har heller ikke hatt som formål å si noe om forekomst av psykisk uhelse i forebyggingen av RVE. Respondentene ble følgelig ikke spurt om spesifikke tall på saker de hadde jobbet med der psykisk uhelse var en del av problemkomplekset. Likevel var det noen av respondentene som hadde en overordnet oversikt over slike saker; blant annet rapporterte én respondent at psykisk uhelse var en faktor i rundt 60 prosent av RVE-sakene hennes instans hadde håndtert. Blant respondentene som sa noe om omfang uten å oppgi spesifikke tall, var flertallet klare på at psykiske helseproblemer er utbredt. Hvorvidt dette gjaldt spesifikke kliniske diagnoser eller bunnet i en mer generell vurdering av helsetilstanden hos klientene, er uvisst. Samtidig er det viktig å huske at respondentene ble rekruttert på bakgrunn av at de hadde hatt saker med forebygging av RVE der psykiske helseproblemer inngikk i problemkomplekset. Følgelig ekskluderte denne studien personer i forebyggingsapparatet som ikke hadde observert helseproblematikk hos sine klienter. Det overordnede inntrykket er likevel at psykisk uhelse er en faktor aktørene i forebyggingsarbeidet må forholde seg til.

Typen av psykiske helseutfordringer

Respondentenes beskrivelser av psykiske helseutfordringer kom som svar på spørsmål om den psykiske helsens rolle i RVE. Respondentene tegnet et bredt bilde av utfordringer, i overensstemmelse med den helhetlige helseforståelsen de la til grunn for svarene sine. På et overordnet nivå var det flere som trakk fram familiesituasjon eller potensielt traumatiserende opplevelser tidligere i livet som karakteristiske problemområder hos klientene. Dette inkludert også problematisk(e) livssituasjon(er) og/eller oppvekstvilkår, utfordrende/fraværende nære relasjoner, vold i hjemmet, seksuelle overgrep, omsorgssvikt og lignende. Det var også beskrivelser av mobbing, isolasjon og ensomhet. Et begrep som ofte ble brukt, og som vi vil si mer om senere, var «utenforskap». Noen av respondentene framhevet hvordan psykiske helseproblemer i disse sakene ikke nødvendigvis er åpenbare, og i mange tilfeller verken identifisert eller diagnostisert. I andre tilfeller er det helt klart at klienten har omfattende psykiske helseproblemer. Felles for de fleste beskrivelsene av klientenes psykiske uhelse var likevel betegnelser av omfattende problemkomplekser, både tilbake i tid og i klientens nåværende situasjon.

Når det kom til spesifikke former for psykiske helseproblemer, varierte det hvilke som ble omtalt, men visse kategorier gikk igjen. Det må understrekes at respondentene i liten grad argumenterte for en kausal sammenheng mellom psykiske helseproblemer og RVE, men heller beskrev psykiske helseproblemer som en faktor med innvirkninger på en klients RVE-situasjon. En av de hyppigst nevnte psykiske helseproblemene var posttraumatiske stressreaksjoner, da ofte som følge av dårlige oppvekstvilkår eller krig og flukt. Angst og depresjon ble også omtalt som psykiske helseproblemer respondentene så hos klienter, gjerne knyttet til sosial isolasjon eller erfaringer fra krig og flukt. Autismespekteret ble nevnt av to respondenter, hvorav den ene beskrev det som en faktor – spesielt i kombinasjon med psykisk funksjonsnedsettelse – som kunne gjøre det vanskeligere å få klienten «hektet av» et potensielt radikaliseringsspor. Den andre vektla utfordringer i tilknytning til autismespekteret og manglende behandlingstilbud. To av respondentene rapporterte om tilfeller der klienter hadde blitt vurdert med (mild) psykisk funksjonsnedsettelse. Psykisk funksjonsnedsettelse var ett av områdene hvor forholdet mellom psykisk uhelse og utilregnelighet ble problematisert, som her av en respondent fra førstelinjetjenesten med helsefaglig bakgrunn:

Ja, vi har jo hatt ungdom som vi har vært kjempebekymret for, og så har det vist seg at de kanskje har en lettere psykisk funksjonsnedsettelse, og at det [...] kan sammenlignes med en åtteåring, ikke sant. Så hva skal man da forvente, hvorfor sier de som de gjør? [...] Så er det psykisk helseutfordringer, eller er det ... vet de hva de gjør, og vet de hva de ytrer? Det er jo hele tiden spørsmålet.

Lignende utfordringer ble trukket fram i sammenheng med psykoselidelse, og i forlengelse av dette vrangforestillinger. Vrangforestillinger gikk igjen i flere av beskrivelsene, ofte som symptom på en underliggende diagnose. Tilsvarende hos respondentene som beskrev klienter som hadde psykiske utviklingshemninger, var det lignende utfordringer tilknyttet det å skulle kategorisere noe som enten vrangforestillinger eller radikaliseringskategorier:

Altså, radikaliseringskategorier ... Det som ser ut som radikaliseringskategorier kan være et uttrykk for en begynnende psykoselidelse eller vrangforestillingslidelse, men det kan òg være noe helt annet. Så det er jo ofte spørsmålet: Er dette uttrykk for psykoselidelse, eller er det en person som er ekte radikalisert?

Denne respondenten jobbet som lege og hadde lang erfaring fra flere ulike problemområder innenfor kriminalitetsforebyggende arbeid, inkludert RVE. Likevel er det ikke noe mål å etablere et klart skille mellom vrangforestillinger og radikaliseringskategorier, som understreket av en annen av respondentene: «Poenget er at det går fint an å være både psykotisk og radikalisert på én gang.» Det må understrekes at henvisningene til spesifikke kliniske diagnoser var en relativt liten del av beskrivelsene respondentene ga av klientenes psykiske helseproblemer. Dette kan være knyttet til at et mindretall av respondentene hadde helsefaglig kompetanse, men også at respondentene var mer opptatt av det helhetlige bildet av klientenes psykiske helseproblemer, herunder aspekter som traumehistorikk og sosial isolasjon, heller enn av kliniske diagnoser.

Utenforskap

«Utenforskap» var et begrep som til stadighet ble trukket fram av respondentene i deres beskrivelser av klientenes psykiske uhelse. Spørsmål om utenforskap var en del av intervjuguiden, men i flere tilfeller tok respondentene opp begrepet uoppfordret. Og forholdet mellom utenforskap og psykiske helseproblemer ble av noen framstilt ganske direkte, ved at man

trakk linjer mellom utenforskap og påfølgende psykisk uhelse. Som her beskrevet av en respondent fra en kommunal oppfølgingstjeneste med vekt på psykisk helse og rus, som svar på hvorvidt utenforskap og helse henger sammen / har noe med hverandre å gjøre: «Absolutt. Det vi ser på ... Altså, utenforskap, et aspekt av det er jo isolasjon, og jo mindre kontakt man har med andre mennesker, jo mere psykisk uhelse får vi alle.»

I andre tilfeller var sammenhengen mellom utenforskap og psykiske helseproblemer mer uklar. Én respondent beskrev sammenhengen som at «ensomme mennesker har det jo ikke nødvendigvis så godt». I tillegg var det andre som trakk mer overordnede linjer mellom utenforskap og helse gjennom å vektlegge sosioøkonomiske forhold og det å stå utenfor storsamfunnet. Her ble ikke psykisk uhelse direkte framhevet, man så heller en mer uklar påvirkning av helse generelt. Noen av respondentene understreket også hvordan utenforskap (mis)brukes av ekstremistiske miljøer som ønsker å rekruttere sårbare individer. I slike tilfeller blir utenforskapet en fasilitator for radikaleringen, hvor individer som står utenfor samfunnet, finner andre utenforstående og likesinnede og dermed unngår eventuelle alternative perspektiver til sine holdninger og sin atferd. I slike miljøer trenger ikke psykiske helseproblemer å være noe hinder, som eksemplifisert av en av respondentene med helsefaglig bakgrunn som jobbet i oppsøkende tjeneste: «Mitt inntrykk er ikke at det nødvendigvis oppstår noe stort utenforskap av å ha en psykisk helseproblematikk i de miljøene. Eh ... snarere tvert imot. De finner litt sammen der ute.»

Samtidig understreket noen av respondentene at selv om at det å stå utenfor fellesskapet kan medføre at man søker mot marginaliserte grupper, betyr ikke det nødvendigvis at man søker seg mot ekstremistiske grupper, men at man ender opp i vanskelige miljøer som kan ha en negativ effekt på ens egen livssituasjon. Som her beskrevet av en respondent fra en kommunal oppfølgingstjeneste:

Jeg har vel ofte tenkt at det å ikke ha noe nettverk, da er det lettere å havne inn i et nettverk hvor du også kan bli radikalisert, fordi ett eller annet [sosialt nettverk] er bra nok. Og du tar på en måte det du får da.

[...]

Og derav også liksom disse dårlige miljøene man kommer inn i, uten at ... Det kan være et dårlig miljø og det behøver ikke nødvendigvis å være fare

for radikalisering, men vi tenker at dette ikke er heldig for utviklingen videre, da.

Begrepet «utenforskap» ble også problematisert av respondentene.¹⁰ For eksempel understreket én respondent at de hadde sluttet å bruke det, men heller snakket om «innenforskap» som et mål i forebyggingsøyemed. En annen respondent argumenterte for at det er viktigere å legge vekt på klientenes dårlige eller manglende nettverk enn å snakke om utenforskap. Det var også forskjeller i hvordan respondentene definerte og beskrev utenforskap. Den største forskjellen lå i hvor bredt man mente utenforskapet favnet. For noen av respondentene gjaldt utenforskap i stor grad manglende (nært) sosialt nettverk, herunder familie og venner. For andre omfattet begrepet mer, herunder aspekter som skole- og arbeidsmuligheter, mening i hverdagen, det å bli sett, eller individets tilknytning til samfunnet. For andre igjen favnet utenforskap alle disse elementene. Felles for beskrivelsene for utenforskap var likevel mangelen på sosialt nettverk og sosial støtte i klientenes liv.

Tiltak ved psykiske helseutfordringer

For å få en bedre forståelse av rollen psykisk helse spiller i forebyggingen av radikalisering og voldelig ekstremisme, ønsket vi også å få større innsikt i hvilke tiltak som igangsettes i saker som inkluderer slike helseproblemer. Respondentene ble derfor bedt om å gi eksempler på tiltak som ble benyttet i de ulike sakene. Som vi allerede har sett, var RVE-saker ofte karakterisert av et omfattende problemkompleks, noe som medfører at det i mange tilfeller ikke er mulig å følge noe «standardforløp». Slike komplekse problemer er likevel ikke unikt for personer i en RVE-situasjon, og respondentenes tilbakemeldinger gjorde det klart at alt forebyggingsarbeid ofte inkluderer en rekke tilpassede løsninger.

Noen av respondentene som hadde mindre erfaring med RVE-saker, beskrev hvordan det at slike saker i visse tilfeller inkluderte et (nærere) samarbeid med politiet enn det som var vanlig i deres arbeid, medførte at de forholdt seg annerledes til dem. Én av respondentene fra spesialisthelsetjenesten forklarte for eksempel hvordan politiets vurdering av klienten som «potensielt en veldig farlig person» medførte at de ikke kunne jobbe på den måten de normalt sett

¹⁰ Begrepet er omdiskutert; blant har det blitt argumentert for at det er upresist og i liten grad konseptualisert (Fagertun, 2022; Madsen, 2021).

ville gjort, blant annet grunnet politiets nære tilstedeværelse i oppfølgingen av denne klienten. Etter hvert ble det klart at saken i større grad dreide seg om psykisk uhelse enn om RVE, noe som medførte at respondentens instans kunne ha en mer standardisert oppfølging av vedkommende. Respondenten fortalte at hun hadde erfaring fra andre saker med potensielt voldelige klienter, så det var ikke risiko for vold i seg selv som medførte at RVE-saken fulgte et annet forløp. Samtidig påpekte respondenten at saken omhandlet islamistisk ekstremisme, og at både hun og instansen manglet kunnskap og kompetanse om tematikken. Da dette ble kombinert med en uttrykt bekymring fra politiet om potensiell voldsutøvelse, resulterte det i at de tilnærmet seg klienten på en annen måte.

I dette eksempelet valgte helseapparatet en alternativ tilnærming til en sak som omhandlet psykiske helseproblemer på grunn av det ekstremistiske elementet ved den, i stor grad som en følge av manglende kunnskap og kompetanse om tematikken. I andre tilfeller endret tilnærmingen til det ekstremistiske aspektet seg på grunn av helseelementet. Noen av respondentene beskrev hvordan psykisk helseproblematikk hos klienten kunne påvirke hvorvidt en sak ble ansett som mer eller mindre alvorlig. Én av respondentene med helsefaglig bakgrunn som jobbet i en oppsøkende tjeneste, beskriver hvordan hans bekymring for potensiell ekstremistisk vold ble mindre på bakgrunn av klientens psykiske helse og oppvekstvilkår:

Eh, og det var jo selvfølgelig lettere å se i lys av en oppvekstshistorikk og sånne ting. Hadde jeg bare sett på disse her, om hva han hadde hjemme på barnerommet [ekstremistiske symboler] og hva slags type ideer han hadde, så hadde jeg sikkert ikke vært like ... så hadde jeg sikkert blitt mer opptatt av det, da, hvis jeg ikke visste om dette andre.

Respondenten refererer her til tidligere deler av intervjuet hvor han beskrev hvordan klienten hadde en mobbehistorikk fra skoletiden, og at han også var utsatt for mye vold. Respondenten fortsatte å beskrive hvordan han mente at klientens vanskelige oppvekst kunne forklare mange av de ekstremistiske utsagnene og holdningene klienten hadde, og at dette reduserte hans bekymring for at vedkommende skulle begå ekstremistisk vold. Samtidig framhevet han at psykiske lidelser kan manifestere seg på flere ulike måter, og at det ofte kan være tilfeldigheter som avgjør utfallet. I dette tilfellet resulterte en helsefaglig vurdering av klientens psykiske helse, i kombinasjon

med radikalisererte utsagn og symbolbruk, at bekymringen ble redusert. En annen respondent beskrev hvordan psykiske helseproblemer i en RVE-sak ga henne «mer å jobbe med» i positiv forstand, og at en slik sak dermed kunne bli enklere å forholde seg til. Dette i motsetning til saker hvor klienten var oppegående, rolig og velformulert, uten noe behov for hjelp, men i tillegg hadde en sterk ideologisk overbevisning. Slike saker anså respondenten som langt vanskeligere å finne en effektiv tilnærming til.

Samtidig som helseproblemer kunne anses som noe mer håndfast, med en rekke foreliggende behandlingstiltak, var det ikke alltid tilfellet at slike plager ble håndtert. Flere av respondentene rapporterte utfordringer i forbindelse med klientens kontakt – eller manglende kontakt – med helsetjenestene. I mange av sakene var klienten selv ikke interessert i å involvere helsetjenestene. Én av respondentene, som satt i en koordinerende stilling, påpekte hvordan kulturelle forskjeller i forståelsen av offentlige tjenester og deres rolle i samfunnet kan være med på å vanskeliggjøre helseapparatets mulighet til å nå noen av disse klientene:

For da skjønner du mer hva som er vegring og unndragelse. Det er ikke sikkert at det er at «jeg gidder ikke gå til behandling i dag for jeg har litt vondt». Det kan godt være at de er dritredde for en etterretningstjeneste som du ikke vet noe om. [...] Eller du tror den er ute etter deg, i hvert fall.

I andre saker hadde klienten vært i kontakt med flere ulike helsetjenester, men ingen hadde kunnet tilby hjelp som vedkommende var tilfreds med. I noen tilfeller var det mismatch mellom behovene hos klienten og tilbudet som ble gitt, som for eksempel beskrevet av én av respondentene med helsefaglig bakgrunn: «For hvis de sier til meg at 'nå er jeg motivert til psykologtime', så kan ikke jeg si 'men beklager, det er seks måneders ventetid', da er de ikke motivert lenger.» I andre tilfeller var klienten satt i kontakt med en rekke ulike tilbud uten at dette var vellykket. Som tidligere påpekt var flere av sakene karakterisert av omfattende problemkomplekser. Dette innebar i mange tilfeller at det var utfordrende å finne løsninger innenfor helsetjenestene (og andre tjenester) som kunne tilby tilstrekkelig hjelp – ikke nødvendigvis kun som følge av RVE-tematikken, men også fordi klientene hadde en rekke utfordringer i livet.

Samtidig var det viktig for flere av respondentene å understreke at de i oppfølgingen av en sak som inkluderte RVE-problematikk, ikke gjorde så mye annerledes enn i andre saker. Utfordringene hos klientene (som vanskelig oppvekst, vold og/eller rus i hjemmet, traumer, frafall fra skole/jobb, mobbing og isolasjon) er ikke eksklusive for RVE-tematikken, og tiltakene som rettes mot disse problemene, er i mange tilfeller de samme, uavhengig av om tematikken gjelder RVE, kriminalitet, rusmisbruk eller noe annet. Flere av respondentene beskrev et problemkompleks hos klienten som kunne være preget av økonomiske forhold, manglende bosted eller manglende samvær med egne barn, og at tiltak som ble rettet inn mot disse utfordringene, kunne bidra til å redusere RVE-problematikken. Samtidig må det understrekes at dette ikke var tilfellet i alle RVE-sakene, og mer spesialtilpassede tiltak måtte implementeres, gjerne i de sakene der voldspotensialet ble ansett som stort.

Helsetjenestenes rolle

Gjennom våre intervjuer med forebyggingsapparatet, både med aktører i helsetjenestene og med aktører utenfor, var det store variasjoner i hvilken rolle helsetjenestene ble tildelt i forebyggingsarbeidet. Blant respondentene som jobbet med kunnskaps- og kompetanseheving innenfor RVE, var det relativt sett stor enighet om at helsetjenestene, på et overordnet nivå, har forholdsvis lav kunnskap om og bevissthet rundt RVE-tematikken. Én av respondentene som hadde erfaring fra forholdsvis mange RVE-saker, og som jobbet i en stilling som var spesifikt rettet mot tematikken, beskrev sin opplevelse av de lokale DPS-enes kompetanse på området slik:

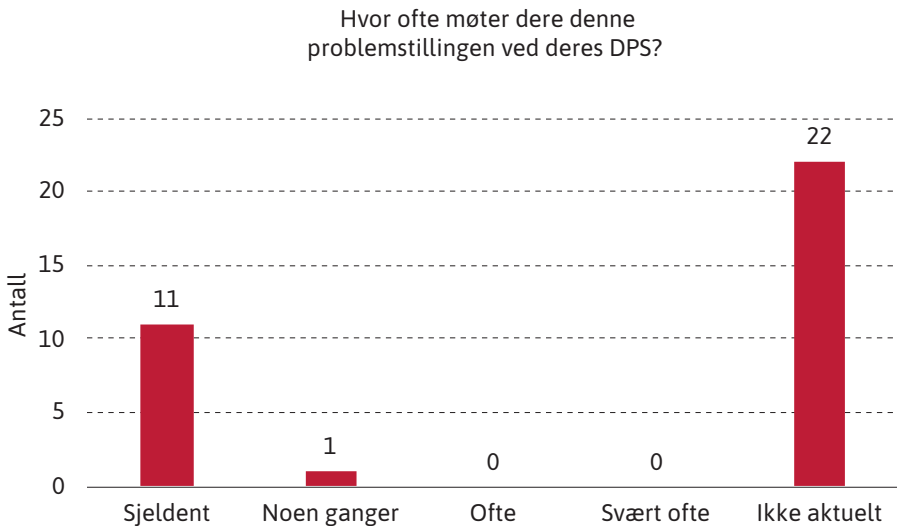
Men utenfor RVTS-sfæren¹¹ så tenker jeg at disse psykiatriske avdelingene hadde veldig lite kunnskap og var egentlig litt sånn redd, tror jeg. For «er det farlig å ha personen innlagt?», vi har fått en del sånne spørsmål, da. [...] Det samme sier DPS-ene: «Vil han her personen utgjøre en trussel for de andre pasientene?» Vi har jo ... mange ganger har vi måttet gått inn og dempe, ja, hva skal jeg kalle det, fryktnivået deres da. For vi hadde jo aldri sendt en person som vi tenker er en fare for andres liv og helse, inn i et ordinært helseløp, da hadde vi gjort det på en annen måte.

11 Respondenten refererer her til avdelinger i spesialisthelsetjenestene som har fått informasjon og opplæring fra RVTS som «RVTS-sfæren», altså avdelinger som har etterspurt RVTS' opplæring.

Samtidig ble det understreket at interessen for, og vekten på, tematikken ofte økte betydelig der slik kunnskaps- og kompetanseheving ble gjennomført. Det var også et gjennomgående tema blant respondentene fra helsetjenestene at de ønsket økt kunnskap og kompetanse om tematikken, men at dette i liten grad ble tilbudt fra «høyere hold». Samtidig er radikaliserings og voldelig ekstremisme et forholdsvis lavfrekvent problem på nasjonalt nivå, noe som kan være med på å forklare den forholdsvis begrensede vektleggingen av tematikken hos helsetjenestene.

At RVE er et problem man relativt sjelden møter i helsetjenestene, støttes opp av data fra vår spørreundersøkelse. Av de 12 DPS-ene som svarte «Ja» på spørsmålet «Har dere hatt klienter hvor radikaliserings og voldelig ekstremisme har vært en del av problembildet?», svarte 11 «Sjelden» og én «Noen ganger» (se tabell 1). Samtidig var det dermed 12 av 34 DPS-er i vår spørreundersøkelse som hadde møtt på problemet, noe som gir en indikasjon på at problemet ikke er helt fraværende hos DPS-ene.

Tabell 1 – hyppighet av RVE-saker hos DPS.



Intervjuene med respondenter i helsetjenestene, inkludert spesialisthelsetjenesten, tegnet et lignende bilde vedrørende omfanget av RVE-tematikken i deres arbeid. For de aller fleste dreide dette seg om én enkelt sak.

Spørreskjemaundersøkelsen viste videre at DPS-ene også ser ut til å legge liten vekt på tematikken. På spørsmål om hvorvidt RVE er et temaområde DPS-ene fokuserer på, svarte nesten 80 prosent at det ikke var det (27 av 34) (se tabell 2). Ettersom spørreundersøkelsen ikke definerte hva et slikt «fokus på» innebærer, og det heller ikke var mulig for respondentene å utdype hva de selv la i svaret sitt, kan vi ikke si noe klart om hvor mye tid og ressurser DPS-ene som svarte «Ja» på spørsmålet, har lagt ned i tematikken, men svarene viser likevel at for det store flertallet står RVE ikke høyt opp på agendaen. Det må samtidig understrekes at noen av respondentene i intervjuene rapporterte at tematikken var mer aktuell i etterkant av tilfeller der RVE fikk oppmerksomhet i mediene og samfunnet mer generelt.

Tabell 2 – RVE som fokusområde hos DPS.



Det er viktig å framheve at liten vektlegging av RVE-tematikken ikke innebærer at aktører i helsetjenestene manglet ønske om, eller vilje til, å tilegne seg mer kunnskap om radikalisering og voldelig ekstremisme. Det burde heller ses som et resultat av at det i en travel arbeidshverdag, hvor man møter på en rekke ulike problemområder, ikke var satt av tid og ressurser til kompetanseheving på området. Som én respondent forklarte: «Men så var det snakk om det litt sånn i ettertid av den saken der at vi veldig gjerne ville ha PST inn på en sånn fagdag for alle i klinikken. Og så kom pandemien egentlig ganske fort etter det her.» Samtidig understreket noen av respondentene at lokale tiltak i noen kommuner kunne medføre en langt større bevissthet rundt

problematikken, med medfølgende kunnskap og kompetanse på området. Det ble videre påpekt av flere respondenter at initiativet bak vektleggingen av tematikken i de fleste tilfeller lå nettopp hos kommunen, og flere respondenter ga uttrykk for at lokale, kommunale tiltak fungerte bra. Dette stemmer med funn fra rapporten til Lid et al. (2016) om kommunenes rolle i forebygging av RVE. Likevel var det noen av respondentene som etterspurte et mer nasjonalt fokus på tematikken ettersom det kunne være store variasjoner i kommunenes tiltak og ønske om å legge vekt på problematikken i det hele tatt.

Samtidig var det respondenter fra helsetjenestene som stilte spørsmål ved rollen helsetjenestene i noen tilfeller ble tildelt av andre aktører i forebyggingsapparatet. Én av innvendingene som ble trukket fram, omhandlet forventninger om at helsetjenestene kunne «ta dem [klientene] inn og finne en spesifikk diagnose og putte på noen medisiner eller et eller annet tiltak og så er problemet løst». Denne respondenten brukte mye tid under intervjuet på å understreke hvordan problemkomplekset til klienter ofte var omfattende, og at en snever tilnærming som kun var oppmerksom på de psykiske helseproblemene sjelden ville være fruktbar. Videre påpekte han at selv om han var en del av helsetjenestene, lå hans tilnærming til RVE-tematikken langt nærmere et folkehelseperspektiv enn et snevrere fokus på psykiatriske diagnoser. Det ble også understreket at selv om psykiske helseproblemer inngår i problemkomplekset hos en ekstremist, er det ingen automatikk i at helsetjenestene kan behandle vedkommende. For eksempel, i de tilfellene hvor klienten er over 18 år, må han/hun samtykke til behandling, noe som ikke nødvendigvis skjer. Samtidig påpekte respondentene i intervjuet at det i mange tilfeller er nytteløst å skille radikaliseringsproblematikk fra psykiske helseproblemer, ettersom de to aspektene ofte er tett sammenvevd. I slike tilfeller vil en bredere tilnærming som inkluderer flere aspekter enn kun de psykiske helseproblemene, være nødvendig.

Samarbeid

Et av de sentrale temaene under våre intervjuer med forebyggingsapparatet gjaldt samarbeidet mellom de ulike involverte instansene. Ettersom den norske forebyggingsmodellen bygger på bred og tidlig intervensjon innebærer det at en rekke ulike instanser samarbeider, på ulike nivåer og til ulike tidspunkter (Lid et al., 2016). For at dette samarbeidet skal fungere

fordrer det god koordinering og informasjonsflyt. Noen av respondentene i denne studien jobbet spesifikt med samkjøring av forebyggingstiltak mellom ulike instanser, mens andre respondenter beskrev samarbeidet ut ifra deres opplevelse som én instans i et større apparat. Tilbakemeldingene fra respondentene ga dermed god innsikt i hvordan dette samarbeidet kan oppleves av de involverte aktørene. På et overordnet nivå tegnet respondentene et bilde hvor det var høy grad av samarbeid på tvers av instanser i forebyggingen av RVE. Samtidig var det flere utfordringer, spesielt i overgangen mellom helsetjenestene og de andre instansene i forebyggingsapparatet.

Taushetsplikt

Et tema som ble tatt opp gjentatte ganger av respondentene var taushetsplikt. På et overordnet nivå omhandlet tilbakemeldingene i stor grad utfordringer i tolkningen av taushetsplikten i tilknytning til samarbeid opp mot helsetjenestene. Den generelle tilbakemeldingen var at helsetjenestene tolker taushetsplikten for strengt, og at dette vanskeliggjør arbeidet til instansene som ikke er del av helsetjenestene. Som her beskrevet av en respondent, som jobbet i utdanningssektoren, i sammenheng med uttalelser om hvordan taushetsplikten i noen tilfeller forhindrer at mulige forebyggingstiltak iverksettes:

... noen ganger så tenker jeg at taushetsplikten også på en måte er en sånn brannmur. Altså, at det er ikke sånn den er ment å være, men den blir det og da kan du egentlig også holde skjult både hva du gjør, men også hva du ikke gjør.

Samtidig var det andre respondenter som påpekte at det er rom for mer informasjonsdeling innenfor loven om taushetsplikt, og at økt kompetanse og kunnskap hos de ulike involverte instansene kan være med på å lette en del av utfordringene tilknyttet taushetsplikten. Som beskrevet her av en respondent tilknyttet en statlig etat:

Fordi, jeg får veldig ofte spørsmål: «Kan jeg bryte taushetsplikten nå?», eller «Når kan jeg bryte taushetsplikten?», og da er mitt svar at man kan aldri bryte taushetsplikten. Den taushetsplikten som eksisterer mellom deg som klient og meg som offentlig ansatt den eksisterer, jeg kan ikke bryte den. Men jeg kan samarbeide, ikke sant, med noen om deg, og da har vi

bestemmelser som regulerer hva vi kan snakke om. Så vi bryter ikke taushetsplikten, vi samarbeider.

I forlengelsen av dette, var det respondenter som beskrev hvordan de hadde opprettet samarbeidsnettverk eller andre kontaktpunkter, hvor erfaringer og annen ikke-taushetsbelagt informasjon kunne deles. Slike samarbeid kunne også gjøre det lettere å diskutere grensegangene mellom hva som kunne deles under paraplyen av taushetsplikt og ikke. Dette var med på å forenkle samarbeidet og behandlingen av sakene, men det krevde likevel at aktørene i forebyggingsapparatet hadde innsikt i hvilke muligheter som forelå. Én av respondentene med helsefaglig bakgrunn, som jobbet i en oppsøkende tjeneste, beskrev hvordan de hadde gjort tilpasninger i samarbeidet mellom instanser de jobbet med:

«Jeg tenker at det handler mye om hvilken kjennskap du har til de andre tjenestene, instansene, og kanskje hvilke kontaktpersoner du tar inn. [...] Vi hadde [en] kontakt hos PST som man kunne også ringe, og rett og slett drøfte ting, ikke si navn, men rett og slett drøfte det anonymt. Men da må du vite da at det er innafor og mulig å ringe om disse sakene også, og hvem du skal ringe til.»

Dette var ett eksempel på flere ulike lokale tilpasninger som hadde hjulpet respondentene med å løse utfordringene tilknyttet taushetsplikt som de stod overfor. På overordnet nivå, var det flere som hadde opprettet nære og stabile samarbeidsrelasjoner med personer i andre instanser for å behjelpes situasjonen rundt taushetsplikt og informasjonsflyt. Dette så ut til å ha hjulpet på en del av usikkerheten rundt hvorvidt informasjon kunne deles eller ikke. Én av respondentene påpekte hvordan det var lettere å drøfte saker man var usikker på hvis man allerede hadde en eksisterende relasjon med personer som kunne hjelpe med å gjøre vurderinger.

I tilbakemeldingene om taushetsplikten, var avvergingsplikten et sentralt punkt som ble tatt opp av flere respondenter. I RVE-saker kan klienten vurderes å ha en høy voldskapasitet, eller komme med utsagn som medfører bekymring for utøvelse av vold, noe som medfører at avvergingsplikten må vurderes. Avgjørelser om hvorvidt taushetsplikten skal opprettholdes, eller om avvergingsplikten utløses, ble beskrevet som utfordrende. Først og fremst var

det flere respondenter som synes det var vanskelig i seg selv å vurdere hvorvidt en sak er alvorlig nok til å utløse avvergingsplikten eller ikke. Saker som omhandler personer under 18 år, skal i tillegg til politiet, også meldes til barnevernet, og foresatte. Dette kan medfører at listen for å utløse avvergingsplikten ligger høyt. Samtidig var det flere av respondentene som viste til hvor strenge lovene tilknyttet taushetsplikten er, kanskje spesielt for helsepersonell, og det ble påpekt at bekymringer for å miste sin lisens/jobb ved feilvurderinger av taushetsplikten var til stede. Det kunne da være lettere å tolke taushetsplikten strengt heller enn å dele for mye informasjon med andre instanser. Samtidig må det understrekes, at selv om flertallet av tilbakemeldingene om taushetsplikten gjaldt situasjoner der andre instanser etterspurte mer informasjon fra helsetjenestene, var det ikke slik at helsepersonell hadde motforestillinger mot å dele informasjon de anså som relevant. Én av respondentene som jobbet i helsetjenestene beskrev hvordan han i noen tilfeller ønsket å ha større mulighet til å kunne dele taushetsbelagt informasjon, men at det kunne kreve mye å skulle stå i en slik situasjon, både etisk og moralsk.

Et annet tema som ble trukket frem tilknyttet helses rolle i samarbeid i forebyggingsarbeidet, var utfordringene som oppstår i gråsonen mellom helsesystemet og straffesystemet. Også her har tidligere forskning påpekt hvordan denne gråsonen medfører en rekke utfordringer i forebyggingsarbeidet (blant annet Hellevik et al., 2022). For eksempel ble vurderinger av ekstreme uttalelser og holdninger beskrevet som (tidvis) krevende, både fra instansene som ikke var del av helsesystemet og instansene som var det. Som tidligere nevnt kunne det være en utfordring å vurdere hvorvidt ekstreme uttalelser var tegn på vrangforestillinger eller andre psykiske helseproblemer, eller om det var del av en ideologisk/religiøs/politisk overbevisning. I denne gråsonen ble det påpekt fra helsetjenestenes side at de manglet kunnskap og informasjon om RVE, mens det fra instansene som ikke tilhørte helsetjenesten ble påpekt at de manglet kunnskap og informasjon om psykiske helseproblemer. Følgelig kan det oppstå usikkerhet rundt hvordan slike saker skal følges opp og hvem som skal ha ansvaret for oppfølgingen.

Myndighetenes strategi i forebyggingsarbeidet

Respondentene ble avslutningsvis bedt om å si noe om hvilke tanker de gjorde seg vedrørende myndighetenes strategi i forebyggingen av RVE, og hvorvidt de opplevde at myndighetene inkluderer helse som et perspektiv. I likhet med funnene fra NIBRs rapport om kommunenes rolle i forebyggingsarbeidet viser intervjuene på et overordnet nivå at respondentene forholder seg til en del ulike strukturer i forebyggingsarbeidet, lokalt så vel som nasjonalt. Dette gjennom hovedsakelig kommunale tiltak, kombinert med visse nasjonale/regionale strukturer, som PST og radikaliseringskontaktene. Det eksisterer ikke en standardisert nasjonal modell som følges av de ulike instansene, men det er utviklet ulike lokale modeller med strukturer for samarbeid og prosedyre. Dette er i tråd med modellen for forebygging av RVE, hvor hovedansvaret for forebyggingstiltak legges på kommunen (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020).

Respondentene beskrev både positive og negative sider ved denne modellen. Én av respondentene påpekte hvordan et kommunalt ansvar kan være positivt i større kommuner som har tilstrekkelige ressurser, men at dette kan være en ulempe for mindre kommuner med færre ressurser. Samtidig understreket respondenten at mer sentraliserte løsninger kan ha utfordringer med å tilpasse seg ulike lokale muligheter og behov. Én respondent vektla hvor viktig hun mente det var at tilnærmingen til forebygging av RVE i Norge er flerfaglig, ettersom dette tillater en rekke ulike tiltak hvor klienten ikke nødvendigvis puttes inn i en «radikaliseringskategori». Samtidig trakk respondenten fram at utfordringen er at tiltakene blir fragmentert, og at mye av ressursene fort tildeles politiet. Respondenten understreket også at ettersom forebyggingsarbeidet i stor grad er kommunenes ansvar, er det mer avhengig av lokalt engasjement. Dette kan videre medføre at kunnskap og kompetanse i mindre grad formidles videre til andre kommuner. Respondentene hadde ulike opplevelser av myndighetenes vektlegging av helse i forebyggingen av RVE. Noen mente at helseperspektivet var fraværende, mens andre mente helseperspektivet kunne ta for stor oppmerksomhet. Felles for mange av respondentene var et ønske om mer tverrkommunalt samarbeid, slik at kunnskap og kompetanse som opparbeides i kommunene som legger større vekt på RVE-tematikken, i økt grad overføres til kommunene som ikke gjør det.

Opplæring og informasjon

Ett av de gjennomgående temaene som var relatert til myndighetenes arbeid, gjaldt i hvilken grad respondentene hadde deltatt i opplærings- og/eller informasjonstiltak med tilknytning til forebygging av RVE. Blant respondentene som ble intervjuet, var det forholdsvis store forskjeller i graden av informasjon de hadde mottatt. Dette skyldtes delvis forskjeller i hvor mye av arbeidstiden deres som var spesifikt tilknyttet RVE, sammenlignet med andre oppgaver, for eksempel generelt oppsøkende arbeid i bestemte miljøer, men også i hvilken grad instansen de jobbet ved, hadde valgt å bruke tid på tematikken. Noen respondenter hadde også mer sentrale stillinger i sin instans tilknyttet forebygging av RVE, og disse var i flere tilfeller delaktige i utviklingen av informasjons- og opplæringsmateriale. Flertallet av respondentene med mindre befatning med RVE hadde mottatt lite eller ingen spesifikk informasjon om tematikken. Likevel var det noen tilfeller der instanser på eget initiativ la vekt på tematikken. I noen av de større kommunene var det utviklet kommunale tiltaksplaner rettet mot forebygging av RVE.

Selv ved de instansene hvor det var gjennomført opplæringstiltak, var det flere av respondentene som etterspurte informasjon- og kompetanseheving om helsens rolle i RVE. Det var et gjennomgående punkt hos respondentene at helsetjenestene i liten grad var opptatt av RVE i sitt arbeid. Noen av respondentene påpekte at det finnes en rekke nasjonale veiledere og etablerte prosedyrer tilknyttet helse for temaer som rusmisbruk, seksuelle overgrep, og vold i nære relasjoner, men at slike veiledere er langt mindre tilgjengelige for RVE-tematikken. Dette ble problematisert av en respondent fra utdanningssektoren:

Nei, og det er klart at en [...] spiseforstyrrelse, da, som er et veldig stort annet område, der går de jo inn og veileder i forhold til måltider og i forhold til rett, altså skolen er jo i utgangspunktet ikke den som har med måltider og sånne typer ting å gjøre heller, men da er det viktig med tilrettelegging. Og da samarbeider man tett om tips og råd til hvordan eleven skal få komme inn i både skolesituasjon, men også få i seg næring, og hva vi skal si og ikke si, ikke sant, og virkelig sånn på behandling. Men når det gjelder dette, så er kommunikasjonen nesten ikke ... da er det sånn, da er det taushetsplikt og ...

Slike utfordringer ble oftere trukket fram i sammenheng med mer nasjonale retningslinjer, ettersom noen kommuner hadde opprettet veiledere og prosedyrer for RVE-tematikken. Som påpekt av én respondent i sammenheng med beskrivelse av initiering av opplæring fra kommunens side: «Så der er faktisk kommunene mer frempå enn helseforetaket, tror jeg.» Dette var samtidig lokale tiltak som i liten grad var videreført til andre kommuner eller et mer nasjonalt nivå.

Del 4 – diskusjon

I denne rapporten har vi sett nærmere på den psykiske helsens rolle i forebyggingen av radikaliserings og voldelig ekstremisme (RVE). Gjennom analyser av data som er innhentet via intervjuer med personer fra forebyggingsapparatet og en spørreundersøkelse, har vi belyst den overordnede problemstillingen: «Hva er den psykiske helsens rolle i forebyggingsapparatets forståelse og håndtering av radikaliserings og voldelig ekstremisme?» Forebyggingsarbeidet mot RVE inkluderer ulike demografiske grupper, med individer som står overfor en rekke forskjellige livssituasjoner og problemkomplekser. Dette innebærer engasjement fra flere ulike instanser og tjenester, som må iverksette tiltak gjennom interaksjon og samarbeid seg imellom. Samtidig er RVE-saker – relativt sett – sjeldne, noe som gir liten mulighet for mengdetrening på feltet. I tillegg varierer risikobildet i sakene stort. På den ene siden kan en sak være karakterisert av lav risiko for vold, lav grad av radikaliserings og ekstremisme og høy grad av samarbeidsvilje. På den andre siden kan en sak være karakterisert av høy risiko for vold, sterk ideologisk/religiøs/politisk overbevisning og lite samarbeidsvilje. Forebyggingen av RVE er dermed kompleks og avhengig av et tilpasningsdyktig apparat med tydelige handlingsregler og klar instruks. Sakene der også psykisk helseproblematikk er en faktor, medfører ytterligere krav til tjenestenes tilnærming og samkoordinering.

Respondentenes beskrivelser av egne arbeidsoppgaver og eget kompetansegrunnlag tegner et bilde av en heterogen gruppe, hvor noen har mye erfaring med forebygging av RVE, mens andre har lite berøring med tematikken. Noen av respondentene har omfattende kunnskap om RVE, mens andre vet – relativt sett – mindre om temaet. Samtidig, på et overordnet nivå, har respondentene betydelig erfaring med forebyggingsarbeid innenfor sine respektive områder, for eksempel rus, annen kriminalitet eller vanskeligstilte personer. Denne heterogeniteten i forebyggingsapparatet er ikke overraskende, da forebyggingsmodellen i Norge nettopp bygger på en bred og sammensatt tilnærming der ulike aktører iverksetter ulike tiltak innenfor ulike områder, heller enn spesifikke RVE-fokuserte tiltak (Bjørge & Gjelsvik, 2015; Lid et al., 2016). Dette er en tilnærming som også benyttes av de andre landene i Skandinavia (Forsvarets forskningsinstitutt, 2018). Utfordringen med

en slik tilnærming er at den spesifikke kunnskapen om, og erfaringen med, forebygging av RVE kan bli lav i deler av forebyggingsapparatet, mens andre deler besitter omfattende kompetanse på feltet. I tillegg medfører det kommunale fokuset i forebyggingsarbeidet at kommunene med flere RVE-saker opparbeider seg mer kompetanse på feltet, sammenlignet med kommunene som har få/ingen slike saker. Dette igjen påvirker i hvilken grad aktørene føler seg som en del av forebyggingsapparatet mot RVE. I tillegg viser tilbakemeldingene fra respondentene at RVE-problematikken er lite aktualisert i deler av tjenestene, kanskje spesielt i helsetjenestene. Flere av respondentene fra spesialisthelsetjenestene rapporterte at de ikke nødvendigvis anså seg som en del av forebyggingsarbeidet i det hele tatt. Samtidig understreket respondentenes beskrivelser av egne arbeidsoppgaver hvor mangefasettert forebyggingsarbeidet er, noe som krever en høy grad av samkoordinering mellom de ulike aktørene og tjenestene. Med økt vekt på psykisk helse i forebyggingsarbeidet (Politiets sikkerhetstjeneste, 2017; Politiets sikkerhetstjeneste, 2022) er det viktig at helsetjenestene ser sin rolle her. Det vil også være viktig at de ulike tjenestene i forebyggingsapparatet er omforent i sin fenomenforståelse av RVE og psykisk helse, noe som vil kreve samordnede informasjons- og kunnskapstiltak.

Selv om det var variasjoner i kunnskaps- og kompetansegrunnlaget om RVE blant de ulike respondentene, var det stor grad av enighet i den overordnede definisjonen av fenomenet. En vilje til å utøve vold basert på politisk/religiøs/ideologisk overbevisning ble framhevet som hovedkomponenten ved RVE av alle respondentene. Dette er i overensstemmelse med definisjonen som er brukt i handlingsplanene (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014; 2020), og kan indikere at myndighetene har nådd ut med overordnede føringer i tilknytning til fenomenforståelse i forebyggingsapparatet. Samtidig var det også andre elementer som ble trukket fram i respondentenes forståelse av fenomenet RVE, men de fleste respondentene la seg tett opp mot definisjonen fra handlingsplanene. Det var også forholdsvis stor grad av enighet i definisjonene av psykisk helse, hvor det ble framhevet at psykisk helse er et omfattende begrep som inkluderer en rekke ulike aspekter ved et individs liv, situasjon, kontekst og psykiske tilstand. Videre var det klar enighet om at psykisk helse er et aspekt ved forebyggingsarbeidet, noe som støttes opp av funn fra tidligere studier (Hellevik et al., 2022). Ingen av respondentene tilnærmet seg psykisk helse i forebyggingsarbeidet gjennom et rent diagnostisk perspektiv, men det var variasjoner i hvor stor grad diagnoser og

diagnostiske tilnærminger inngikk i forebyggingstiltakene. Disse variasjonene kan være resultat av forskjeller mellom ulike stillinger/fagfelt i forebyggingsapparatet, hvor noen stillinger/fagfelt i større grad er spesialisert og/eller forventes å håndtere mer akutte og konkrete tilstander hos klienten, ved for eksempel terapi eller videre henvisning til (andre) spesialisthelsetjenester, mens andre stillinger favner bredere, med et fokusområde som medfører et mer helhetlig helseperspektiv, og hvor hjelpen til klienten inkluderer langt flere områder, som sosial oppfølging og hjelp med mer dagligdagse gjøremål. Begge tilnærmingene inkluderer et psykisk helseperspektiv, men gjennom ulike innfallsvinkler og tiltak.

Samtidig ble det hele veien understreket at det ikke er mulig å skille psykiatriske diagnoser fra en mer holistisk tilnærming til individet som er mer i tråd med for eksempel Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 1977). Når det er sagt, viser forskning at det rettes en rekke tiltak mot psykisk helse i forebyggingsarbeidet mot RVE (Gill et al., 2021), og også PST har framhevet betydningen av slike tiltak (Politiets sikkerhetstjeneste, 2022). Denne studien viser at psykisk uhelse inngår i forebyggingsarbeidet, men det er sentralt at slike tiltak ses i sammenheng med andre forebyggingstiltak. I tillegg må myndighetenes forståelse og vektlegging av psykisk helse speile den brede og holistiske forståelsen av psykisk helse som forebyggingsapparatet benytter. Hvis det er ønskelig at helsetjenestene har en mer aktiv rolle i forebyggingsapparatet, må dette innebære en tilnærming som belager seg på disse tjenestenes forståelse av psykisk helse, kombinert med en overføring av kunnskap til helsetjenestene om RVE. Dette krever avklaringer i tilknytning til hvordan disse fenomenene ses i sammenheng med hverandre, og hva det betyr for helsetjenestenes og de andre involverte tjenestenes utøvelse av deres arbeidsoppgaver. Dette underbygges av at bare et mindretall av respondentene med helsefaglig bakgrunn rapporterte at de hadde noen spesifikk kompetanse på RVE-tematikken, eller at de hadde mottatt noe opplæring eller informasjon om tematikken.

Det er i stor grad kommunenes ansvar å sikre at de involverte tjenestene har nødvendig kunnskap for å gjennomføre forebyggingsarbeid (Lid et al., 2016), men vi vil argumentere for visse sentrale føringer med hensyn til i hvilken grad det forventes at helsetjenestene avsetter tid og ressurser til denne tematikken. RVTS driver med kunnskaps- og kompetanseøkning blant tjenestene som jobber med forebygging av RVE, inkludert helsetjenester. Det er viktig å merke

seg at dette er et frivillig tilbud som i stor grad er basert på at tjenestene selv melder inn et ønske om slik kunnskapsoverføring. Som rapportert av én av respondentene var prioritering av RVE-tematikken ofte relatert til generell oppmerksomhet rettet mot temaet og kom gjerne i sammenheng med hendelser som fikk mye oppmerksomhet. Gitt at slike hendelser – heldigvis – er relativt sjeldne, anser vi et slikt prioriteringsgrunnlag som lite produktiv. Ettersom det er vanskelig å forutse hvor mulige ekstremister befinner seg, spesielt med tanke på rollen digitale og sosiale medier spiller i RVE (Sunde, 2013, Wolfowicz et al., 2022), er det ikke nødvendigvis i kommunene med størst omfang av denne problematikken neste terrorhendelse kan skje. Samtidig kan det være vanskelig for kommuner med færre ressurser å prioritere tematikken. Lid et al. (2016) framhever betydningen av «samstyring», hvor lokale aktører samarbeider og samkoordinerer tilgjengelige ressurser i forebyggingen av RVE (Lid et al., 2016). Slik samstyring må også inkludere helsetjenestene. Det kan dessuten være verdt å vurdere hvorvidt flere kommuner skal implementere interkommunal samstyring i forebyggingsarbeidet, noe som vil kunne fasilitere økt overføring av kunnskap og praksis.

Et gjennomgående trekk i respondentenes beskrivelser av klientene var at de sto overfor en rekke ulike problemkomplekser, noe som igjen understreker betydningen av at ulike tjenester samarbeider og koordinerer sine tiltak. Samtidig var det noen tilbakevendende trekk i beskrivelsene av klientenes problemkomplekser. Flere av klientene har hatt en vanskelig oppvekst karakterisert av vold og/eller rus i hjemmet; traumatiske opplevelser, inkludert krig; vansker på skole/jobb; og har opplevd mobbing, utenforskap og isolasjon. Slike opplevelser henger tett sammen med utvikling av psykiske helseplager (Arseneault et al., 2010; Attanayake et al., 2009; Kalmakis & Chandler, 2015). Respondentene beskrev også ofte klientenes livssituasjon som karakterisert av ustabilitet – gjerne over tid. Videre vil psykisk uhelse, i seg selv, ofte medføre en rekke utfordringer i den enkeltes liv, og forskning viser blant annet at dårlig psykisk helse kan medføre økt risiko for negative opplevelser og dårligere beslutningstaking (Bartel & Taubman, 1986; Leykin et al., 2011; Teplin et al., 2005). Det sentrale spørsmålet er om dette inkluderer økt risiko for RVE. Samtidig har forskning vist at det å ta del i terrorhandlinger kan medføre utvikling av psykiske helseplager i etterkant (Weatherston & Moran, 2003), noe som blant annet har følger for hvordan hjemvendte fremmedkrigere må følges opp (Radicalization Awareness Network, 2017). Uavhengig av den kausale sammenhengen vil dermed psykisk uhelse, i mange

tilfeller, inngå i en forebyggingssak. Både i tiltaksplanene og hos PST framheves det at psykisk uhelse har en sammenheng med RVE (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014; Justis- og beredskapsdepartementet, 2020; Politiets sikkerhetstjeneste, 2022). Gjennom våre intervjuer med forebyggingsapparatet ble det klart at tiltak som er rettet mot psykisk helse, som oftest er basert på en bred og inkluderende forståelse av slike helseutfordringer. Vi vil argumentere for at man må unngå å basere forebyggingstiltakene på en smalere forståelse av psykisk helse, med ensrettet vektlegging av diagnoser og psykiatri. Tilbakemeldingene fra respondentene indikerer nettopp at psykisk uhelse, i flertallet av disse sakene, er én del av et større problemkompleks. I noen av sakene var psykisk helse en mer sentral utfordring, mens i andre saker spilte psykisk uhelse en mindre rolle. Likevel inngikk psykisk uhelse alltid i en mer omfattende problematikk. Psykisk uhelse må altså, i mange saker, anses som en del av forebyggingsarbeidet, men det er avgjørende at forebyggingstiltakene bygger på en solid forståelse av hva klientens psykiske helseproblemer faktisk innebærer. Dette fordrer at helsetjenestene inngår aktivt i forebyggingsarbeidet, og at aktørene i forebyggingsapparatet har en god forståelse av psykisk helse. Dette innebærer videre at helsetjenestene ser sin rolle og sitt ansvar i forebyggingsarbeidet.

I forlengelsen av beskrivelsene av klientenes problemkomplekser var også utenforskap en tematikk som ble trukket fram i tilknytning til psykisk helse. Dette er dessuten et begrep som brukes av myndighetene i tilknytning til forebygging av RVE, også i sammenheng med psykisk helse (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020; Politiets sikkerhetstjeneste, 2022). Som med begrepet psykisk helse var det ingen felles enighet blant respondentene rundt hvordan utenforskap skulle defineres, og hva begrepet dekker. Gjennomgående ble likevel utfordringer rundt manglende sosialt nettverk og isolasjon beskrevet som aspekter ved utenforskap som kan påvirke psykisk helse. Samtidig var det også andre aspekter, som sosioøkonomiske forhold og samfunnet mer generelt, som ble knyttet til utenforskap. Det ble videre trukket fram at psykisk uhelse potensielt kan føre til utenforskap. Det er viktig å påpeke at dette begrepet har blitt kritisert for å være uklart, og at det mangler enighet om hva man faktisk skal anse som utenforskap (Fagertun, 2022; Madsen, 2021). Noen av respondentene trakk også fram innvendinger mot begrepet, blant annet at det er utydelig, noe som understreker betydningen av omforente begrepsavklaringer i forebyggingsarbeidet. Det er

desto mer vesentlig at begrepene som benyttes, er klart definert når de også brukes som forklaringsvariabler overfor hverandre, for eksempel når man ser på sammenhenger mellom utenforskap og psykisk helse og deres tilkobling til RVE. Mer presise begrepsavklaringer vil også tydeliggjøre rolle- og ansvarsfordelingen mellom de ulike aktørene i forebyggingsapparatet, noe som vil kunne effektivisere samarbeidet. Her vil både forskningen på feltet og målrettet formidling av eksisterende kunnskap være essensielt.

Et annet sentralt tema i denne rapporten har vært samarbeidet mellom ulike instanser i forebyggingsapparatet, spesielt samarbeidet mellom helsetjenestene og andre tjenester. Respondentene tegnet et bilde av et forebyggingsapparat hvor det, på et overordnet nivå, var godt samarbeid mellom de ulike tjenestene, men hvor samarbeidet med helsetjenestene var mindre avklart. Flertallet av respondentene etterlyste mer informasjon og klarere instruks for hvordan de skulle jobbe med helse i forebyggingen av RVE, noe som også gjaldt for helsetjenestene selv. Disse resultatene støtter opp om tidligere forskning på forebygging av RVE og den psykiske helsens rolle i dette arbeidet (Hellevik et al., 2022). Videre, som beskrevet i vår gjennomgang av resultatene fra spørreundersøkelsen hos DPS-ene, er radikalisering og voldelig ekstremisme en tematikk som i liten grad gjør seg gjeldende i terapeutenes arbeid, både ved at få klienter kan sies å ta med en slik tematikk i terapiprosessen, og ved at DPS-ene i liten grad ser ut til å anse denne problematikken som aktuell i sitt arbeid. Dette kan late til å være noe i uoverensstemmelse med vektleggingen av helsetjenestenes rolle i forebyggingen av RVE som beskrevet i handlingsplanen (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020). Samtidig må det påpekes at rollefordelingen mellom helsetjenestene i førstelinjen og spesialisthelsetjenesten ikke er spesifisert i handlingsplanen, så det er uklart hva slags rolle DPS forventes å ha i forebyggingsarbeidet.

Et annet gjennomgående punkt i tilbakemeldingene i tilknytning til samarbeidet med helsetjenestene var taushetsplikt. Flertallet av respondentene beskrev usikkerhet rundt hvor mye informasjon som kunne/burde deles. På et overordnet nivå ønsker instansene i forebyggingsapparatet større grad av informasjonsflyt med helsetjenestene, hvor flere respondenter beskrev en informasjonsflyt som gikk mest til helsetjenestene og i mindre grad fra disse. Helsepersonellet som deltok i studien, rapporterer samtidig at de prøver å strekke seg så langt som mulig i informasjonsdelingen med andre

instanser, men at taushetsplikten er streng og legger sterke føringer for hva som er mulig. Noen av respondentene argumenterte for at det finnes muligheter innenfor fortolkningen av loven om taushetsplikt som ikke benyttes. Utfordringer i tilknytning til taushetsplikten i samarbeid mellom offentlige tjenester er ikke en ny problemstilling og har ikke bare blitt dokumentert i forbindelse med RVE-tematikken, men også i sammenheng med blant annet forebygging av vold i nære relasjoner, og annen vold (Kripos, 2022; Riksrevisjonen, 2022). Både i evalueringen av politiets arbeid før angrepet på Al-Noor-moskeen i Bærum i 2019 og i politiets arbeid før angrepet i Oslo sentrum 25. juni 2022 trekkes taushetsplikten fram som en hindrende faktor i forebyggingsarbeidet (Dalgaard-Nielsen et al., 2020; Jansen et al., 2023). I sin temarapport *Ekstremisme og psykiske lidelser – samt samhandling mellom helsetjenestene, politi og PST* skriver Politiets sikkerhetstjeneste (PST): «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» (Politiets sikkerhetstjeneste, 2022: 3). Det må samtidig understrekes at loven om taushetsplikt som hovedregel ikke tillater utlevering av opplysninger til politiet til bruk i etterforskning uten en pasients samtykke (Helsedirektoratet, 2019). Uavklarte rammer og muligheter for anvendelse av taushetsplikten ser dermed ut til å komplisere samarbeidet mellom tjenestene når det kommer til forebyggingsarbeid.

Som et tiltak for å behjelpe denne situasjonen er det utviklet veiledere som forsøker å belyse hvordan taushetsplikten skal forstås og benyttes i kontakt med andre aktører, blant annet mellom helsetjenestene og politiet (Politidirektoratet, 2015). Politiet lanserte i 2021 veilederen «Utenfor boksen – innenfor lovverket. Veileder for god informasjonsflyt» i et forsøk på å imøtekomme tilsvarende utfordringer i tilknytning til eget arbeid og overholdelse av taushetsplikten, spesielt med hensyn til forebygging av gjengkriminalitet i Oslo (Politiet, 2021). Hensikten beskrives som «å bedre samarbeid og informasjonsflyt om unge som begår gjentatt kriminalitet» (Politiet, 2021: 3). En lignende veileder for helsepersonell med tittelen «Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere

pasientopplysninger til politiet» er rettet direkte mot helsetjenestenes samarbeid med politiet. Disse veilederne gir viktige instruksjoner for hvordan ulike instanser skal tolke taushetsplikten i ulike situasjoner. Til tross for slike tiltak har det vært usikkerhet blant tjenestene om hvordan lovverket skal fortolkes, noe som medførte at Justis- og beredskapsdepartementet nylig lanserte veilederen «Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen – en veileder», med formål om å samle og presentere reglene som er relatert til taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023).

Tilbakemeldingene fra respondentene i denne studien viser samtidig at det finnes lokale tiltak hvor samarbeid og informasjonsflyt mellom helsetjenestene og politiet fungerer bra. Dette gjenspeiler funn fra kommunale løsninger som har blitt opprettet i sammenheng med forebyggingen av RVE (Lid et al., 2016). Flertallet av respondentene vi snakket med, etterspurte likevel en spesifikk veileder for forståelse og benyttelse av taushetsplikten i forebyggingsarbeidet mot RVE. Som belyst i denne studien møter forebyggingsapparatet mot RVE en rekke problemområder hos sine klienter som (ofte) medfører at et bredt spekter av tjenester involveres i disse sakene. I tillegg er samarbeidet med politiet og PST mindre utprøvd for noen av helsetjenestene i dette samarbeidet. Et viktig bidrag til effektivisering av forebyggingsarbeidet vil dermed være å klargjøre rammene for informasjonsdeling og taushetsplikten i spesifikk tilknytning til forebygging av RVE. En slik klargjøring bør bygge på allerede eksisterende løsninger som har vist seg å fungere.

I forlengelsen av tilbakemeldingene rundt helsetjenestene og samarbeid med andre tjenester i forebyggingsapparatet ble også helsetjenestenes rolle i forebyggingsarbeidet diskutert. I regjeringens handlingsplaner mot RVE poengteres det at helse er et element i forebyggingsarbeidet, og at helsetjenestene har en rolle her. For eksempel framheves helsetjenestenes arbeid med oppfølging av personer som har deltatt i kamphandlinger i utlandet. I tillegg trekkes traumefokusert behandling av barn og unge fram. Også helsens rolle i barnevernets arbeid framheves i handlingsplanen, blant annet barns tilgang til helsetjenester og inkludering i samfunnet (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020). Det stadfestes også at «[s]kolen skal utvikle inkluderende fellesskap som fremmer helse, trivsel og læring for alle» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2020: 12). Også PST understreker betydningen

av at helsetjenestene inngår i forebyggingsarbeidet (Politiets sikkerhetstjeneste, 2017; Politiets sikkerhetstjeneste, 2022). Helsetjenestenes rolle i forebyggingsarbeidet framheves dessuten i evalueringen av politiets og PSTs håndtering av terrorhendelsen i Bærum (Dalgaard-Nielsen et al., 2020) og i evalueringen av PST og politiet i etterkant av angrepet i Oslo sentrum 25. juni 2022 (Jansen et al., 2023). Med andre ord er det et uttalt mål fra myndighetenes side at helsesektoren skal være involvert i det helserelaterte arbeidet i tilknytning til forebygging av RVE. Samtidig er det mindre spesifisert hva dette arbeidet skal innebære.

Resultatene i denne studien peker på noen utfordringer i forbindelse med denne manglende spesifiseringen av hva arbeidet skal innebære, og hvilke spesifikke deler av helsetjenestene som skal ta del i det. Blant annet var det store variasjoner innad blant respondentene i hvilke forventninger de hadde til helsetjenestene, både hos respondentene som ikke var en del av helsetjenestene, og hos respondentene som var det. Dette inkluderte beskrivelser av manglende vektlegging av, og kunnskap om, RVE blant helsetjenestene, og urealistiske forventninger med hensyn til hva helsetjenestene skal kunne utføre i forebyggingsøyemed. Internasjonale studier har vist at det er til dels stor usikkerhet hos helsepersonell rundt hvordan de skal gjennomføre forebyggingstiltak i sitt virke, og hvordan dette vil påvirke det normale arbeidet deres (Aked, 2022; Knudsen, 2021a). Usikkerhet rundt hvordan forebyggingstiltak skal gjennomføres, og hvordan de vil påvirke utførelsen av generelt forebyggingsarbeid, ses også hos andre faggrupper i forebyggingsarbeidet (Haugstvedt & Tuastad, 2023). Tilbakemeldingene fra respondentene, hvor det i noen tilfeller framheves at helsetjenestene har for lite kunnskap om RVE, mens det samtidig framheves at de andre tjenestene har for store – og forenklete – forventninger til hva helsetjenestene skal bidra med i forebyggingsarbeidet, peker på en uavklart rollefordeling og samkoordinering i dette arbeidet. Som nevnt tidligere kan det være hensiktsmessig at helsetjenestenes rolle og ansvar i forebyggingen av RVE klargjøres på et mer overordnet nivå. I den sammenheng vil det være fordelaktig å videreføre vellykkede løsninger fra kommuner som har avklart denne rollen, til andre kommuner som i mindre grad har lyktes med dette. Dette må samtidig tilpasses kommunenes tilgjengelige ressurser og muligheter.

Det er viktig å gjenta at flertallet av respondentene anså helseproblematikk som en del av et langt større problemkompleks. Forebygging av RVE er et mangefasettert arbeid som er avhengig av at ulike tjenester samkjører sine tiltak på en måte som gjør at man spiller hverandre sterkere. Dette innebærer samtidig en anerkjennelse av at psykisk helse ikke er en innfallsvinkel som vil løse RVE-problematikken på egen hånd. Som beskrevet i introduksjonen av denne rapporten har psykisk uhelse vært en faktor hos flere av dem som har gjennomført terrorhandlinger i Norge. Gitt den forholdsvis lave graden av korrelasjon mellom psykisk uhelse og RVE forskning har klart å etablere (Gill et al., 2021), er det likevel usikkert om disse helseproblemene ville blitt satt i sammenheng med en RVE-problematikk hvis de hadde vært avdekket tidligere. Som Gøtzsche-Astrup og Lindekile (2019) påpeker, er debatten rundt sammenhenger mellom psykisk helse og RVE tidvis for kategorisk, og at det trengs en mer flerdimensjonal forståelse av dette forholdet, herunder i hvilken grad psykisk uhelse og situasjonelle faktorer interagerer med hverandre i tilknytning til RVE. Videre understreker de at en bedre forståelse også av ikke-kliniske, men problematiske atferdsmønstre, og hvordan disse samhandler, er nødvendig. Økt kunnskap om disse aspektene vil gi føringer for hvilken rolle helsetjenestene forventes å ha i forebyggingen av RVE.

Avslutningsvis beskrev respondentene både positive og negative aspekter ved sine opplevelser med de – hovedsakelig – kommunalt forankrede forebyggingsmodellene. Flere av tilbakemeldingene var i overensstemmelse med gjennomgangen til Lid et al. (2016) av kommunenes rolle i forebyggingsarbeidet, herunder fordeler og ulemper med lokale vs. sentraliserte løsninger, økte krav til kommunenes innsats og kompetanse samt behov for klarere rollefordeling mellom kommune og politi (Lid et al., 2016). I tillegg ble utfordringer med hensyn til vektlegging av helseperspektivet trukket fram. Her mente noen at helse fikk for mye oppmerksomhet, mens andre mente det fikk for lite. Videre var det flere av respondentene som etterspurte mer opplæring og informasjon om RVE-tematikken, spesielt de respondentene som hadde mindre erfaring med temaet. Også her ble det etterspurt mer sentraliserte veiledere, i likhet med kunnskapsmateriale man kan finne om andre typer tematikk, som for eksempel spiseforstyrrelser. Helsedirektoratet tilbyr som tidligere nevnt en rekke ulike veiledere,¹² men så langt vi vet, inkluderer ikke dette helserelatert informasjon om RVE.

¹² https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=nasjonal_veileder

Det var også et gjennomgående tema at respondentene etterspurte økt grad av tverrkommunalt samarbeid, slik at opparbeidet kompetanse og kunnskap i større grad kunne overføres. Samarbeidet mellom politi og kommune vurderes som godt i etterkant av terroranslaget i Oslo sentrum 25. juni 2022 (Jansen et al., 2023). Dette er samtidig en vurdering av samarbeidet mellom aktørene i etterkant av en spesifikk terrorhendelse, og ikke en vurdering av samarbeidet i forebyggingsarbeidet generelt. I evalueringen av politiets håndtering av terrorhendelsen i Bærum i 2019 belyses flere utfordringer i dette samarbeidet i forebyggingsøyemed, blant annet i aspekter som informasjonsutveksling og oppfølging av saker (Dalgaard-Nielsen et al., 2020). Samtidig påpeker Dalgaard-Nielsen et al. (2020) at det gode samarbeidet mellom politi og kommune som allerede ligger inne i SLT-modellen, danner et godt grunnlag for at utfordringene med hensyn til samarbeid i forebygging av RVE skal løses. Det spesifiseres at «[h]jlemmelsgrunnlaget for taushetsplikt og informasjonsutvekslingen mellom politi, kommune og andre etater i saker vedrørende radikaliserings og voldelig ekstremisme bør revideres for å etablere tydelige felles retningslinjer for hvilken informasjon som kan og skal deles, når og av hvem» (Dalgaard-Nielsen et al., 2020: 126). Lignende avklaringer etterspørres av respondentene i dette prosjektet i tilknytning til helsetjenestenes samarbeid med andre tjenester i forebyggingsapparatet.

Del 5 – konklusjon og anbefalinger

Denne studien har forsøkt å belyse hva slags rolle psykisk helse spiller i forebyggingen av RVE. Dette har blitt gjort gjennom analyser av noen sentrale temaer: forebyggingsarbeideres forståelse av fenomenene RVE og psykisk helse, beskrivelser av klientenes problemkomplekser, skildringer av forebyggings tiltak som er rettet mot helseutfordringer, forståelser av helsetjenestenes rolle i forebyggingsarbeidet, og til slutt myndighetenes vektlegging av, og arbeid med, helseaspektet i forebygging av RVE. I tillegg er DPS-enes rolle i forebyggingsarbeidet belyst gjennom analyser av spørreskjemadata.

Forebygging av RVE er et komplekst arbeid som innebærer en rekke vanskelige vurderinger, blant annet i vurdering av risiko, avklaring av tiltak for iverksetting samt innhenting og deling av informasjon. Vurderingene bygger både på erfaring med forebyggingsarbeid og på fenomenforståelse. Denne studien har vist at det er klare variasjoner i hvordan personer i forebyggingsapparatet forstår fenomenene radikaliserings, voldelig ekstremisme og psykisk helse, noe som påvirker deres tilnærming til forebyggingsarbeidet. Manglende/ulik begrepsavklaring kompliserer samarbeidet mellom tjenestene og medfører uklarhet i ansvars- og oppgavefordeling. Dette gjør seg ytterligere gjeldende i RVE-saker hvor psykisk helse spiller en rolle. Samtidig har denne studien vist hvordan en «RVE-sak», som oftest, omfatter flere ulike problemområder. Dette inkluderer områder som dårlige oppvekstvilkår, vold, rusmisbruk, manglende utdanning/job, straffetiltak og oppfølging samt ulike psykiske helseproblemer. For å imøtekomme slike problemkomplekser kreves et omfattende samarbeid mellom flere ulike tjenester. Følgelig er det en fordel at de som jobber med forebygging av RVE, dekker et bredt spekter av ulike tjenester og fagområder. Samtidig er det til dels store variasjoner i hvor mye erfaring forebyggingsarbeiderne har med forebygging av RVE, spesielt i deler av helseapparatet. Kommunale tilpasninger og løsninger søker å sikre at forebyggingsarbeidet er forankret i nødvendig kompetanse og erfaring. Studien har pekt på flere fordeler ved den kommunalt forankrede forebyggingsmodellen som benyttes i Norge. Disse fordelene er samtidig avhengige av at kommunene, og tjenestene, retter et tydelig og vedvarende søkelys på RVE-tematikken. Mindre grad av

oppmerksomhet vil kunne medføre at forebyggingsarbeidet blir mer utfordrende for de involverte aktørene og tjenestene. Denne studien peker på at fraværet av vektlegging av helsetjenestenes rolle i forebyggingen kan forklare noen av utfordringene forebyggingsapparatet beskriver, herunder at deler av helsetjenestene i liten grad ser sin rolle i forebyggingsarbeidet; at de har liten berøring med problematikken; at det er liten grad av kompetanseheving på tematikken; og at oppmerksomheten på tematikken til dels styres av i hvilket omfang RVE er aktualisert i øyeblikksbildet.

Samtidig har studien vist at klientenes psykiske helseproblemer er komplekse. Forebyggingsapparatets, inkludert helsetjenestenes, tilnærming til problematikken bygger som oftest på en bred forståelse av psykisk helse, hvor tiltak rettes mot både individuelle, situasjonelle og kontekstuelle faktorer. Følgelig er det stor variasjon i hvilke tiltak som iverksettes. I noen tilfeller går tiltakene ut på å tilrettelegge for klientens kontakt med helsetjenestene, blant annet gjennom støtte i interaksjon med helseapparatet. I andre tilfeller er tiltak mer direkte rettet mot terapi / medisinerings av diagnoser. I noen tilfeller gjelder tiltakene bosituasjon, utdanning og/eller arbeid, og i andre tilfeller trenger tjenester hjelp og informasjon fra helsetjenestene. Ettersom psykisk uhelse som oftest er én del av et mer omfattende problemkompleks i RVE-saker, må man i forebyggings tiltak samtidig unngå å være ensidig opptatt av psykiatriske diagnoser. Slik ensidighet kan medføre at andre viktige aspekter ved forebyggings tiltakene overses eller nedprioriteres. Psykisk helse er sammensatt, og implementeringen av forebyggings tiltak må derfor bygge på inngående kompetanse på tematikken. Det er følgelig sentralt at helsetjenestene tildeles, og tar, et større ansvar i forebyggingen av RVE. Dette innebærer samtidig at helsetjenestenes tilnærming til RVE bygger på inngående kompetanse på RVE-tematikken. Følgelig er det nødvendig med heving av kunnskap og kompetanse om radikaliserings og voldelig ekstremisme hos helsetjenestene, noe som krever at det avsettes tid og ressurser til dette.

Samarbeidet i forebyggingsapparatet ser i stor grad ut til å være godt. Likevel er det utfordringer i samarbeidet mellom helsetjenestene og andre tjenester, både i forventningsavklaring, i grenseoppgangene mellom helsesystemet og straffesystemet og i forståelse og benyttelse av taushetsplikten. Samtidig er det flere i forebyggingsapparatet som etterspør veiledere og informasjonsmaterieell som er spesifikt rettet mot utfordringer i tilknytning til radikaliserings

og voldelig ekstremisme. Dette gjelder også for hvordan forebyggingsapparatet skal forholde seg til psykiske helseproblemer hos klientene de møter i arbeidet sitt. I flere av landets kommuner har det blitt satt av tid og ressurser til å heve kompetanse på forebygging av RVE og imøtekomme utfordringene i tilknytning til samhandling, informasjonsdeling og utarbeidelse av rutiner og prosedyrer. Det er store forskjeller mellom kommunene i Norge med tanke på ressurser og muligheter til å prioritere forebygging av RVE. Samtidig er ikke ekstremisme begrenset til kommuner som har kapasitet til å vie problematikken oppmerksomhet. Det er dermed nødvendig i større grad å overføre kunnskap og informasjon på tvers av kommunene slik at eksisterende kompetanse og praksis kan formidles på nasjonalt nivå. Det brede forebyggingsarbeidet må forankres både lokalt og nasjonalt for at vi i størst mulig grad skal være i stand til å identifisere og imøtekomme RVE i Norge. Forebygging av denne problematikken avhenger av et omfattende forebyggingsarbeid på tvers av ulike tjenester, på ulike nivåer, både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. En for ensrettet vektlegging av psykisk uhelse som forklaringsvariabel er ikke til fordel for forebyggingsarbeidet. Likevel er det en faktor som må hensyntas, noe som innebærer at helsetjenestenes rolle i dette arbeidet må klargjøres og forsterkes.

Referanser

- Aked, H. (2022). 'Mad', bad or Muslim? The UK's Vulnerability Support Hubs and the nexus of mental health, counterterrorism and racism. *Bioethics*, 36(3), 290-297.
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'. *Psychological Medicine*, 40(5), 717-729.
- Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle, F., & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: A systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict, and Survival*, 25, 4-19.
- Bartel, A., & Taubman, P. (1986). Some Economic and Demographic Consequences of Mental Illness. *Journal of Labor Economics*, 4(2), 243-256.
- Beelmann, A. (2020). A social-developmental model of radicalization: A systematic integration of existing theories and empirical research. *International Journal of Conflict and Violence*, 14, 1-14. <https://doi.org/10.4119/ijcv-3778>
- Bjørge, T., & Gjelsvik, I. M. (2015). *Forskning på forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme: En kunnskapsstatus*. Politihøgskolen.
- Bjørge, T., & Horgan, J. (2009). *Leaving Terrorism Behind: Individual and Collective Disengagement*. Routledge. <https://books.google.no/books?id=LHrctgAACAAJ>
- Borum, R. (2011a). Radicalization into violent extremism I: A review of social science theories. *Journal of Strategic Security*, 4(4), 7-36.
- Borum, R. (2011b). Radicalization into Violent Extremism II: A Review of Conceptual Models and Empirical Research. *Journal of Strategic Security*, 4. <https://doi.org/10.5038/1944-0472.4.4.2>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513.
- Callahan, D. (1973). The WHO Definition of "Health." *The Hastings Center Studies*, 1(3), 77. <https://doi.org/10.2307/3527467>
- Dalgaard-Nielsen, A., Eriksen, J. R., Hansen, M. L., Ilum, J., Ishaq, B., Ravndal, J., & Renå, H. (2020). *Evaluering av politiets og PSTs håndtering av terror hendelsen i Bærum 10. august 2019*. Evalueringssutvalget.
- Davies, L. (2018). *Review of educational initiatives in counter-extremism internationally: What works?* The Segerstedt Institute.
- Ebbrecht, C. K. (2022). Systematic review: Risk factors and mechanisms of radicalization in lone-actor grievance-fueled violence. *Nordic Psychology*, 1-35. <https://doi.org/10.1080/19012276.2022.2074524>
- Ellis, B., & Abdi, S. (2017). Building community resilience to violent extremism through genuine partnerships. *American Psychologist*, 72, 289-300. <https://doi.org/10.1037/amp0000065>
- Fagertun, T. (2022). Myndighetene plasserer for mange i kategorien «ungt utenforskap». *Forskning.no*.
- Feddes, A. R., Mann, L., & Doosje, B. (2013). Empirical study as part of a scientific approach to finding indicators of and responses to radicalisation (SAFIRE), Report presented to the European Commission.
- Forsvarets forskningsinstitutt (2018). Radikalisering: En studie av mobilisering, forebygging og rehabilitering. <https://www.ffi.no/publikasjoner/arkiv/radikalisering-en-studie-av-mobilisering-forebygging-og-rehabilitering>
- Førde, K. E., & Andersen, A. (2019). Bekymring – Hva er det, og hva gjør det? In S. Lid & G. Heierstad (Eds.), *Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme* (pp. 51-67). Gyldendal.
- Førde, K. E., & Andersen, A. J. (2018). *Bekymringsarbeidet. Dilemmaer og muligheter i lokal forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme i Norge* (Rapport 4/2018). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

- Førde, K. E., & Andersen, A. J. (2021). «Basically, I am here to help you»: Police conversation interventions in the prevention of radicalisation and violent extremism as a pastoral technique of power. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap*, 108(2), 311–326. <https://doi.org/10.7146/ntfk.v108i2.128526>
- Frey, B. S., Luechinger, S., & Stutzer, A. (2007). Calculating tragedy: Assessing the costs of terrorism. *Journal of Economic Surveys*, 21(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6419.2007.00505.x>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gill, P., Clemmow, C., Hetzel, F., Rottweiler, B., Salman, N., Vegt, I. V. D., Marchment, Z., Schumann, S., Zolghadriha, S., Schulten, N., Taylor, H., & Corner, E. (2021). Systematic Review of Mental Health Problems and Violent Extremism. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32(1), 51–78. <https://doi.org/10.1080/14789949.2020.1820067>
- Gill, P., & Corner, E. (2017). There and back again: The study of mental disorder and terrorist involvement. *American Psychologist*, 72(3), 231–241. <https://doi.org/10.1037/amp0000090>
- Gule, L. (2018). *De «ekstreme» i vår tid – fra radikalisme til ekstremisme. En skisse av ekstremismens nyere historie i Norge*. Cappelen Damm Akademisk.
- Götzsche-Astrup, O., & Lindekilde, L. (2019). Either or? Reconciling Findings on Mental Health and Extremism using a Dimensional Rather than Categorical Paradigm. *Journal of Forensic Sciences*, 64(4), 982–988. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14014>
- Grønnerød, J., Andersen, A., & Hellevik, P. (2016). *Radikalisering og psykisk helse: En kunnskapsoppsummering* (Rapport 4/2016). https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/03/Rapport_4_2016_nkvts_nettpdf
- Haugstvedt, H., & Tuastad, S. E. (2023). “It Gets a Bit Messy”: Norwegian Social Workers’ Perspectives on Collaboration with Police and Security Service on Cases of Radicalisation and Violent Extremism. *Terrorism and Political Violence*, 35(3), 677–693.
- Hellevik, P. M., Andersen, A. J., & Førde, K. E. (2022). Policing mental health? Norwegian police’s work with preventing radicalization into violent extremism. *Behavioral Sciences of Terrorism and Political Aggression*, 1–15.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Verdens helseorganisasjon*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Helsedirektoratet. (2019). *Taushetsplikt og samtykke*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/taushetsplikt-og-opplysningsplikt/taushetsplikt-og-samtykke#helsepersonells-taushetsplikt-begrunnelse>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van, & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hurlow, J., Wilson, S., & James, D. (2016). Protesting loudly about Prevent is popular but is it informed and sensible? *BjPsych Bulletin*, 40, 162–163. <https://doi.org/10.1192/pb.40.3.162>
- Jadad, A. R., & O’Grady, L. (2008). How should health be defined? *BMJ*.
- Jansen, P. T., Eriksen, C. C., Hoven, S., Løberg, A., Ravndal, J., Rolfheim-Bye, C. L., & Skoglund, G. (2023). *Rapport fra 25. juni-utvalget: Evaluering av PST og politiet*. Politihøgskolen.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2014). *Handlingsplan mot radikalisering og voldelig ekstremisme*. https://www.regjeringen.no/contentassets/c74e3bb8914f41abaad0ac713ac24983/handlingsplan-mot-radikalisering-og-voldelig-ekstremisme_2014.pdf
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2015). *Nasjonal veileder for forebygging av radikalisering og voldelig ekstremisme*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b702f87f25274ea5a55eee0800cd7860/nasjonal-veileder-for-forebygging-av-radikalisering-og-voldelig-ekstremisme.pdf>

- Justis- og beredskapsdepartementet. (2020). *Handlingsplan mot radikaliserings og voldelig ekstremisme - Revisjon av handlingsplanen lagt fram i juni 2020*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a7b49e7bffa4130a8ab9d6c2036596a/handlingsplan-mot-radikaliserings-og-voldelig-ekstremisme-2020-web.pdf>
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2020). *Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen – en veileder*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e04496ee95104dfebe4383ece33ddc3c/no/pdfs/g-0454-b.pdf>
- Justis- og politidepartementet. (2010). *Felles trygghet - felles ansvar: Handlingsplan for å forebygge radikaliserings og voldelig ekstremisme*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/jd/vedlegg/handlingsplaner/hp_ekstremisme.pdf
- Kalmakis, K., & Chandler, G. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27.
- Knudsen, R. A. (2020a). Between vulnerability and risk? Mental health in UK counter-terrorism. *Behavioral Sciences of Terrorism and Political Aggression*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/19434472.2019.1703782>
- Knudsen, R. A. (2020b). Measuring radicalisation: risk assessment conceptualisations and practice in England and Wales. *Behavioral Sciences of Terrorism and Political Aggression*, 12(1), 37–54. <https://doi.org/10.1080/19434472.2018.1509105>
- Koehler, D. (2015). Family Counselling, De-radicalization and Counter-Terrorism: The Danish and German programs in context. In S. Zeiger & A. Aly (Eds.), *Countering Violent Extremism: Developing an evidence-base for policy and practice* (pp. 129–136). Curtin University.
- Kripos. (2022). *Vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser*. <https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/vold/vold-begatt-av-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser2.pdf>
- Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735–748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- Leykin, Y., Roberts, C. S., & DeRubeis, R. J. (2011). Decision-Making and Depressive Symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 35(4), 333–341.
- Lid, S., Winsvold, M., Søholt, S., Hansen, S. J., Heierstad, G., & Klausen, J. E. (2016). *Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme: Hva er kommunenes rolle?* NIBR. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5804/2016-12.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lowe, D. (2017). Prevent Strategies: The Problems Associated in Defining Extremism: The Case of the United Kingdom. *Studies in Conflict & Terrorism*, 40(11), 917–933. <https://doi.org/10.1080/1057610x.2016.1253941>
- Madsen, O. J. (2021, 2. desember). «Ungt utenforskap» er en statistikk, ikke en karakteristikk. *Aftenposten*.
- Malthaner, S. (2017). Radicalization: The Evolution of an Analytical Paradigm. *European Journal of Sociology*, 58(3), 369–401. <https://doi.org/10.1017/s0003975617000182>
- Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6), e007079. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007079>
- McNeel, H., Sample, L., & Clinkinbeard, S. (2022). Construction of Radicalization: Examination of an Important Construct in the Explanation of Terrorism. *Journal for the Study of Radicalism*, 16(1), 1–28. <https://doi.org/10.14321/jstudradi.16.1.0001>
- Misiak, B., Samochowiec, J., Bhui, K., Schouler-Ocak, M., Demunter, H., Kuey, L., Raballo, A., Gorwood, P., Frydecka, D., & Dom, G. (2019). A systematic review on the relationship between mental health, radicalization and mass violence. *Cambridge Core*, 56(1), 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.005>
- Moghaddam, F. M. (2005). The Staircase to Terrorism: A Psychological Exploration. *American Psychologist*, 60, 161–169. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.60.2.161>
- Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20112-psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrapport-med-internasjonale-sammenligninger.pdf>

- Onursal, R., & Kirkpatrick, D. (2021). Is Extremism the 'New' Terrorism? the Convergence of 'Extremism' and 'Terrorism' in British Parliamentary Discourse. *Terrorism and Political Violence*, 33(5), 1094–1116. <https://doi.org/10.1080/09546553.2019.1598391>
- Parker, C., Scott, S., & Geddes, A. (2019). *Snowball sampling*. SAGE research methods foundations. Sage.
- Pathé, M., Haworth, D., Goodwin, T., Holman, A., Amos, S., Winterbourne, P., & Day, L. (2017). Establishing a joint agency response to the threat of lone-actor grievance-fuelled violence. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1335762>
- Pistone, I., Eriksson, E., Beckman, U., Mattson, C., & Sager, M. (2019). A scoping review of interventions for preventing and countering violent extremism: Current status and implications for future research. *Journal for Deradicalization*, 19, 1–84.
- Politidirektoratet. (2015). *Helsepersonellets taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet*. https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rett-og-plikt-til-a-utlevere-pasientopplysninger-til-politiet/Helsepersonellets%20taushetsplikt%20E2%80%9320Rett%20og%20plikt%20til%20C3%A5%20utlevere%20pasientopplysninger%20til%20politiet%20E2%80%9320Rundskriv.pdf/_/attachment/inline/23b06da7-0659-4de6-b2b3-f24bf02cdd0b:e6459016a8c2d6a1b2b9d21f8cced0f4601954a9/Helsepersonellets%20taushetsplikt%20E2%80%9320Rett%20og%20plikt%20til%20C3%A5%20utlevere%20pasientopplysninger%20til%20politiet%20E2%80%9320Rundskriv.pdf
- Politiet. (2021). *Utenfor boksen – innenfor lovverket. Veileder for god informasjonsflyt*. <https://kudos.dfo.no/dokument/48285/-20230315124903>
- Politiets sikkerhetstjeneste. (2017). *Rapport om soloaktører*. PST.
- Politiets sikkerhetstjeneste. (2022). *Temarapport: Ekstremisme og psykiske lidelser – samt samhandling mellom helsetjenestene, politi og PST – Åpen versjon*. <https://pst.no/globalassets/ekstremismeogpsykiskhelserapport2022.pdf>
- Radicalization Awareness Network (2017). RAN MANUAL Responses to returnees: Foreign terrorist fighters and their families. URL: https://ec.europa.eu/homeaffairs/sites/homeaffairs/files/ran_br_a4_m10_en.pdf (4.10. 2020).
- Regjeringen. (2016). *Begreper, ord og uttrykk i arbeidet mot radikalisering og ekstremisme*. <https://www.regjeringen.no/no/sub/radikalisering/veileder/begreper-ord-og-uttrykk/id2398413/>
- Regjeringen. (2017). *Veileder til mentorordning mot radikalisering og voldelig ekstremisme*. <https://www.regjeringen.no/no/sub/radikalisering/veileder-til-mentorordning-mot-radikalisering-og-voldelig-ekstremisme/id2573369/?expand=factbox2573373>
- Regjeringen. (2019, 13. august). *Forebyggingsstrategier*. <https://www.regjeringen.no/no/sub/radikalisering/om-forebyggende-arbeid/Forebyggingsstrategier/id762532/>
- Riksrevisjonen. (2022). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2021-2022/myndighetenes-innsats-mot-vold-i-naere-relasjoner2.pdf>
- Sageman, M. (2007). *Radicalization and Global Islamist Terrorist*. Unite States Senate Committee on Homeland Security and Governmental Affairs. <https://www.hsgac.senate.gov/imo/media/doc/062707Sageman.pdf>
- Saracci, R. (1997). The world health organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ*, 314(7091), 1409. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7091.1409>
- Sedgwick, M. (2010). The Concept of Radicalization as a Source of Confusion. *Terrorism and Political Violence*, 22(4), 479–494. <https://doi.org/10.1080/09546553.2010.491009>
- Sloan, M. M., Haner, M., Cullen, F. T., Graham, A., Aydin, E., Kulig, T. C., & Jonson, C. L. (2021). Using Behavioral Strategies to Cope With the Threat of Terrorism: A National-Level Study. *Crime & Delinquency*, 67(12), 2011–2042. <https://doi.org/10.1177/0011128720940984>
- Smith, R. (2008). *The end of disease and the beginning of health*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>

- Sunde, I. M. (Ed.). (2013). *Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme på internett*. Politihøgskolen.
- Stephens, W., Sieckelinck, S., & Boutellier, H. (2019). Preventing Violent Extremism: A Review of the Literature. *Studies in Conflict & Terrorism*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/1057610x.2018.1543144>
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime Victimization in Adults With Severe Mental Illness: Comparison With the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 911-921.
- Trimbur, M., Amad, A., Horn, M., Thomas, P., & Fovet, T. (2021). Are radicalization and terrorism associated with psychiatric disorders? A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 214–222.
- United Nations. (2015). *Plan of Action to Prevent Violent Extremism*. <https://www.un.org/counterterrorism/plan-of-action-to-prevent-violent-extremism>
- Weatherston, D., & Moran, J. (2003). Terrorism and mental illness: is there a relationship. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(6), 698-713.
- WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- WHO. (2022). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wolfowicz, M., Hasisi, B., & Weisburd, D. (2022). What are the effects of different elements of media on radicalization outcomes? A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 18(2), e1244.

Appendiks

Tabell 3 – intervjuguide.

Innledning – bakgrunn

- Stilling i etaten/organisasjonen?
- Hvor lang erfaring/ansiennitet?
- Arbeidsoppgaver?
- Faglig bakgrunn?

Hoveddel: Temaer

- Generelt om erfaringer med eget arbeid i forebyggingen av radikalisering og voldelig ekstremisme:
 - Saksmengde
 - Opplevelse av sakene
 - Tilnærming
- Hvordan definerer og forstår du radikalisering og voldelig ekstremisme?
- Årsaker til disse sakene (generelt)
 - Din erfaring med hva det er som vekker bekymring/igangsetter tiltak i dette feltet?
 - Hvem er det som melder inn sakene?
- Helse i radikalisering og voldelig ekstremisme (**dette gjelder helse i vid forstand**)
 - Først og fremst: Hva tenker du på/hvordan forstår du konseptet, når du snakker om helse i sammenheng med radikalisering?
 - Hvilken rolle spiller helse i radikalisering etter din erfaring?
 - Hvilke helseutfordringer har du sett i de sakene du har jobbet med?
 - Hva er dine tanker om forholdet mellom helse og radikalisering/ekstremisme?
 - Spesifikk(e) sak(er) han/hun kan si litt om?
 - Viktig for oss å få konkrete eksempler på helses rolle i forebyggingsarbeidet.

- Utenforskap
 - Er utenforskap tilknyttet helse?
 - Hvis ja, på hvilken måte?

- Oppfølging/tiltak tilknyttet helse
 - Hva er din erfaring med håndtering av helseutfordringer i disse sakene?
 - Hva slags tiltak settes inn for å håndtere slike utfordringer etter din erfaring?
 - Hvilke instanser involveres og hvordan?
 - Hvordan fungerer samarbeidet mellom ulike instanser? Hva går bra, hva er utfordrende?
 - Hvis helsepersonell: I hvilken grad opplever du at ditt fag hjelper deg i dette arbeidet (diagnostisering, behandling)?
 - Hva opplever du at fungerer?
 - Når er det utfordrende?

Avslutning

- Generell opplevelse av eget arbeid mot radikalisering (rammer, forståelsesmodeller, effekt)
 - I hvor stor grad er helse et perspektiv i dette?
- Tanker om myndighetenes strategi.
 - I hvor stor grad føler du myndighetene inkluderer helse som et perspektiv?
- Tanker om forskningsprosjektet og intervjuet: noe å legge til?

Tabell 4 – spørreskjema

Spørsmål

- Har dere hatt klienter hvor radikaliserings og voldelig ekstremisme har vært en del av problembildet?
- (Hvis ja) Hvor ofte møter dere denne problemstillingen ved deres DPS?
 - Svært ofte
 - Ofte
 - Noen ganger
 - Sjeldent
 - Aldri
- Er radikaliserings og voldelig ekstremisme et problemområde dere fokuserer på?
- Har dere fått noe opplæring/infomateriell eller annet vedrørende radikaliserings og voldelig ekstremisme?
- (Hvis ja) Hvem har dere fått slik opplæring/infomateriell eller annet av? (F.eks. helseforetakene, departement/direktorat, psykologforeningen etc.)
- Vi setter stor pris på om vi kan intervju én av behandlerne som har hatt klient(er) der radikaliserings og voldelig ekstremisme er del av problembildet. Hvis et slikt intervju er aktuelt, skriv inn behandlerens e-postadresse under.

Radikalisering og voldelig ekstremisme har som formål å begrense menneskers handlingsrom, deres yringsfrihet og deres mulighet til å leve frie liv. Å forebygge voldelig ekstremisme er dermed en viktig del av kampen for grunnleggende menneskerettigheter.

I forebyggingen av radikalisering og voldelig ekstremisme har psykisk uhelse fått mye oppmerksomhet. Denne rapporten utforsker hvilken rolle psykisk helse spiller i forebyggingsarbeidet gjennom å belyse hvordan aktører i forebyggingsapparatet møter og forholder seg til psykisk uhelse hos deres klienter.

Rapporten viser at personer som er involvert i radikalisering og voldelig ekstremisme ofte har omfattende problemkomplekser, inkludert psykiske helseproblemer, rusmisbruk og vanskelige familierelasjoner. Psykiske helseutfordringer hos klientene kan være knyttet til aspekter som traumatiske opplevelser, isolasjon, vold og seksuelle overgrep. Samarbeid på tvers av instanser og tiltaksområder er derfor svært viktig.

Samtidig viser rapporten at det er utfordringer i dette samarbeidet, blant annet knyttet til taushetsplikt og grenseganger mellom helsetjenestene og andre instanser. Helsetjenestene har ofte begrenset kunnskap om radikalisering og ekstremisme, mens andre aktører har begrenset kunnskap om psykisk helseproblematikk. Dette kan føre til at samarbeidet blir skadelidende og at forebyggingstiltak blir mindre effektive.

Det eksisterer ingen standardisert nasjonal modell for forebygging av radikalisering og voldelig ekstremisme, men ulike lokale, kommunale modeller er utviklet. Psykisk helse er en viktig faktor i dette arbeidet og helsetjenestenes rolle må styrkes og tydeliggjøres. Denne rapporten belyser utfordringer og muligheter i forebyggingsarbeidet i dets møte med klienters psykiske helseproblemer.



**Rapporter kan lastes ned
fra www.nkvts.no**

ISSN 0809-9103

ISBN 978-82-8122-184-0 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-185-7 (PDF)

Rapport Nr. 2 2024