



SIFER

Et nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat

Rapport 2

15.12.2020



Forfattere: Mette Senneseth (SIFER – Vest), Øyvind Holst (SIFER – Sør-Øst), Martin Mindestrømmen (SIFER – Vest), Oksana Flåan (SIFER – Midt), Knut Rypdal (SIFER – Vest).

Publikasjonssted/-år: Bergen, 2021

Utgiver: SIFER – Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri

ISBN 978-82-691966-1-0 (elektronisk)

Referanse: Senneseth, M., Holst, Ø., Mindestrømmen, M., Flåan, O., Rypdal, K. (2021). *Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat. Rapport 2*. Bergen: Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri (SIFER).

Innhold

Sammendrag	6
1.0 Innledning.....	8
1.1 Oppdrag.....	8
1.2 Gjennomføring av oppdraget	9
2.0 Metode	10
2.1 Data innsamling.....	10
3.0 Tidsbestemte særreaksjoner og varetektssurrogat: omfang og rettspraksis	11
3.1 Omfang av tidsbestemt særreaksjon	11
3.2 Omfang av varetektssurrogat.....	13
3.3 Rettspraksis for tidsbestemt særreaksjon.....	14
I hvilken grad har andre tiltak fra helsetjenesten tidligere vært forsøkt?	14
Når var domfelte sist gjennom en vurdering av tilregnelighet før i gjeldende sak?.....	15
Hvilken type kriminalitet ligger til grunn for domfellelsene?.....	16
3.4 Rettspraksis for varetektssurrogat	18
4.0 Pasientenes egne erfaringer med tidsbestemt særreaksjon	18
Dommen som en mulighet til et bedre liv: Bra for helsen og en mulighet til å bli rusfri.....	18
Rus = risiko.....	19
For lang tid i døgnopphold	19
Ønske om tettere samarbeid med politiet.....	20
Bolig, inntekt og tett oppfølging er nødvendig i ettervernet	20
5.0 Faglig ansvarliges erfaringer med gjennomføring av tidsbestemt særreaksjon	20
Dommen er en mulighet til å kunne komme i posisjon til å hjelpe over tid	21
Dobbelt rolle og nye roller	21
Vi mangler ressurser til denne gruppen i psykisk helsevern	22
Et godt rigget system rundt pasienten hindrer ny kriminell aktivitet	22
Pasientene tilbys enten for høyt eller for lavt omsorgsnivå	22
Vi er avhengig av godt tverretatlig samarbeid	23
Bekymring om ettervernet vil være tilstrekkelig.....	23
6.0 Erfaringsdiskusjoner mellom påtalemyndighetene og helsetjenestene	23
7.0 Diskusjon av funn	25
Omfang og rettspraksis	25
Varetektssurrogat.....	26
Konsekvenser av lovendringen for de domfelte pasientene og helsetjenestene.....	26
Forutsetninger for vellykket behandling av domfelte pasienter.....	27
Rammer	27

Relasjonsarbeid	27
Rehabiliteringsperspektiv (recovery-perspektiv)	28
Relasjonell kapasitet.....	28
Oppsummering.....	30

Sammendrag

Denne rapporten oppsummerer en evaluering av konsekvensene av lovendringer om tidsbestemt særreaksjon og varetektssurrogat. Terskelen for å ta ut tiltale for en tidsbestemt særreaksjon ser ut til å ligge høyt. Dette ser man av et relativt moderat omfang av dommer, 27 til sammen, og på det store omfanget av kriminalitet som er begått av denne gruppen.

Helsetjenestene påpeker at det ikke kom ressurser til dem med denne nye ordningen og at det mangler ressurser til oppfølging og ettervern. Helsetjenestene opplever også at de må avslå å ta imot pasienter som hadde trengt behandling hos dem på grunn av at de må prioritere pasienter som er dømt til tidsbestemt særreaksjon og varetektssurrogat.

De dømte ser på dommen som en mulighet til et bedre liv og rapporterer om stor aksept for dommen som ramme for behandling. Lovendringen fører ikke til mer tvang utover at pasienten blir dømt til tvunget psykisk helsevern. Det rapporteres om få eller ingen tvangsvedtak utover det pasientene hadde fra før.

Både pasienter og faglig ansvarlige peker på utfordringsområder som er sammenfallende: Bedre behandling av ruslidelse og mulighet for tidligere tilgang til egnede botilbud ute i kommunene, med tett oppfølging og ruskontroll.

Godt forebyggende arbeid og tverretatlig samarbeid ser ut til å være nødvendig for å hjelpe denne gruppen, enten til å få riktig tilbud for å forebygge en dom eller til å få godt tilpasset behandling ved dom om nødvendig. Det kan se ut som at det er noen som ikke kan hjelpes i helsetjenestene uten ved dom.

Forutsetninger for vellykket behandling av denne gruppen ser ut til å være langvarige behandlingsrelasjoner (relasjon), tette rammer og struktur (rammer), rehabiliteringsperspektiv og recovery-orientert tilnærming (rehabilitering) og godt tverretatlig samarbeid (relasjonell kapasitet). Det er avgjørende at det er et godt samarbeid mellom politi, spesialisthelsetjeneste og kommune, gjerne i pasientens ansvarsgruppe, for at det skal kunne tilbys et godt oppfølgingstilbud til denne gruppen.

En stor andel av de domfelte blir etter en tid overført til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette innebærer mindre inngripende tiltak og er i tråd med domfeltes egne ønsker. Tvungen vern uten døgn gir også i større grad muligheter for rehabilitering. Det som framstår som viktig er at rammene likevel blir solide nok, at behandlingsrelasjonene fortsetter, og at samarbeidet mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og politi er godt og at ansvarsområder er tydelig definert.

Faglig ansvarlige er bekymret for ettervernet og peker på manglende ressurser, spesielt på egnede botilbud med mulighet for adgangskontroll. De savner lovhjemmel til tettere oppfølging på ettervern og tvungen rusbehandling. For de fleste i denne målgruppen er rus et sentralt problem og forbundet med risiko for fremtidig kriminalitet.

Omfanget av varetektssurrogat er usikkert. Det er ingen oversikt over slike dommer, og kartlegging har vist seg vanskelig. Det som kjennetegnet erfaringene med bruk av varetektssurrogat var at det var uklart anvendelsesområde, uklart omfang og uklar gjennomføring. Her etterspørres bedre oversikt og bedre veiledning til helsetjenestene.

1.0 Innledning

1.1 Oppdrag

Straffeloven av 2005 videreførte i § 62 adgangen for dom på overføring til tids-ubestemt tvungent psykisk helsevern for utilregnelige lovbrøyttere som, grunnet sin avvikende sinnstilstand på gjerningstidspunktet, er antatt utilregnelige og derav fritatt for straff.¹ Som tidligere, var § 62 tiltenkt et relativt snevert virkeområde.² For at dom på overføring til tvungent psykisk helsevern i det hele tatt skulle være aktuelt, krevdes det i tillegg til antatt utilregnelighet på gjerningstidspunktet, at gjerningspersonen enten i den aktuelle saken, eller tidligere, har gjort seg skyldig i *alvorlig kriminalitet*, eller forsøk på dette, og at det forelå en nærmere spesifisert fare for *alvorlig kriminalitet* i fremtiden. I tillegg, inneholder § 62 krav om at bruk av reaksjonen, etter en helhetsvurdering, ansees nødvendig for å ivareta samfunnsvernet. Terskelen for bruk av den tids-ubestemte særreaksjonen i § 62 er således høy.

Samtidig høstet man erfaring med at enkelte utilregnelige lovbrøyttere begikk «vedvarende, klart samfunnsskadelig kriminalitet» som likevel ikke var alvorlig nok til å oppfylle vilkårene i § 62, og som derav ikke kunne «gi grunnlag for verken straff eller særreaksjon etter gjeldende rett».³ Det psykiske helsevernet har heller ikke «alltid hatt et behandlingstilbud til denne gruppen».⁴

Som et resultat av at daværende regelverk ikke ble ansett som tilstrekkelig for å verne samfunnet mot uønskede hendelser, besluttet man ved endringslov, LOV-2016-04-29-7, derfor å utvide mulighetene for strafferettslig inngripen ovenfor antatt utilregnelige lovbrøyttere. Mens en tilføyelse til straffeloven § 62 åpnet for bruk av tidsbestemt dom på overføring til tvungen psykisk helsevern for utilregnelige lovbrøyttere som «har begått gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art», åpnet tilføyelser til straffeprosessloven § 188 blant annet for at retten i stedet for varetektsfengsling av en siktet person som er psykotisk og antatt straffri, kan treffe beslutning om plassering i institusjon – såkalt varetektssurrogat - uten samtykke fra den aktuelle institusjon.

Stortingets justiskomite har i forbindelse med lovgivningsprosessen fremmet følgende:

«Stortinget ber regjeringen sikre en god oppfølging for dem som er dømt til særreaksjon på grunnlag av gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, for å sikre god tilbakeføring til samfunnet og forhindre at den kriminelle aktiviteten vedvarer etter at særreaksjonen er opphørt.

¹ Se straffeloven § 20.

² Se Almindelig borgerlig straffelov av 1902 §§ 39 og 44.

³ Prop. 122 L (2014-2015) side 18.

⁴ Ibid.

Stortinget ber regjeringen starte en evaluering senest tre år etter at lovendringen er trådt i kraft.

Stortinget ber regjeringen sørge for at det føres årlig statistikk over hvor mange som dømmes til særreaksjon på grunnlag av gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, hvilke tiltak som har vært prøvd før domfellelse, og over hvilken behandling og oppfølging disse får.»⁵

I oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF for 2019 er dette fulgt opp:

«Kap. 732.21 Evaluering SIFER

Helse Vest RHF skal, på vegner av dei regionale helseføretaka, gjere ei evaluering av verknaden av lovendringar om særreaksjonar og varetektssurrogat, jf. Prop. 122 L (2014–15) og Innst. 179 L (2015–16). Evalueringa skal rette seg mot konsekvensane for helsetenesta og konsekvensane for pasientar som blir råka av utvidinga av bruksområdet for særreaksjonar. Vi bed om ein plan for kva evalueringa skal innehalde innan 1. april. Det blir gjeve eit tilskot på 2 mill. kroner til Helse Vest RHF, som har sekretariatet for SIFER i 2019.»

Kompetansesentrene for sikkerhets-, - fengsels- og rettspsykiatri, som sammen utgjør SIFER-nettverket, utarbeidet en plan for evaluering som ble godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i brev 9. april 2019. Denne rapporten oppsummerer denne evalueringen.

1.2 Gjennomføring av oppdraget

Prosjektet «Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat» er gjennomført i to faser. I prosjektets første fase undersøkte vi omfang og varighet av dommer til tidsbegrenset tvunget psykisk helsevern (heretter tidsbestemt særreaksjon) og hadde en gjennomgang av rettspraksis. Den første rapporten (Rapport 1) fra SIFER ble levert til HOD i januar 2020 og oppsummerte prosjektets første fase. Prosjektets andre fase ble forsinket i et halvt år grunnet lang behandlingstid hos personvernombudet og dette arbeidet kunne først starte i juni 2020.

I prosjektets andre fase gikk vi videre og intervjuet enkelte domfelte pasienter og deres behandlere (faglig ansvarlige) om de særskilte erfaringene de har med gjennomføring av tidsbestemt særreaksjon med fokus på hvilke konsekvenser dette har for pasienten og helsetjenestene. Videre gjennomførte vi fokusgruppeintervjuer med representanter fra påtalemyndighetene og de aktuelle helsetjenestene mer generelt om konsekvensene av tidsbestemt særreaksjon for pasienter, helsetjenestene og samfunnet.

⁵ Innst. 179 L (2015–2016) Innstilling fra justiskomiteen om endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m), side 8.

Dette er den andre og siste rapporten som inngår i denne evalueringen (Rapport 2) og oppsummerer prosjektets andre fase. I denne rapporten er omfanget også oppdatert, mens beskrivelsen av rettspraksis er videreført slik den ble rapportert i Rapport 1.

Rapport 2 er bygget opp slik: Først rapporteres et oppdatert omfang av tidsbestemte særreaksjoner før rettspraksis beskrives. Deretter samler vi innhentet kvalitativ kunnskap i tre avsnitt: kunnskap innhentet fra pasientene selv, fra faglig ansvarlige og fra fokusgruppeintervjuene. Funnene vil bli diskutert i kapittel 7, før rapporten ender med en oppsummering av funn opp mot oppdraget.

Prosjektgruppen har bestått av: Knut Rypdal, jurist og seksjonsleder for Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Vest (SIFER Vest). Øyvind Holst, PhD og jurist ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst. Oksana Flåan, overlege psykiatri St. Olavs Hospital HF og SIFER Vest. Martin Mindestrømmen, jurist ved SIFER Vest og stipendiat ved Universitetet i Bergen (UiB). Kirsten Rasmussen, professor og rådgiver ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, -fengsels- og rettspsykiatri ved St. Olavs Hospital HF (SIFER Midt). Mette Senneseth, PhD, forsker ved SIFER Vest og førstemanuensis ved Høgskulen på Vestlandet (HVL).

2.0 Metode

2.1 Data innsamling

Data er innhentet i periodene august 2019 til og med januar 2020 (fase 1) og juni til desember 2020 (fase 2). Det er anvendt både kvantitative, kvalitative og rettsvitenskapelige metoder i evalueringen.

Kilder til data har vært register, spørreskjema til helseforetakene, rettsavgjørelser, semi-strukturerte kvalitative intervjuer og fokusgruppeintervjuer.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern (NKE) ved Oslo universitetssykehus (OUS), har gitt tall på forekomst av tidsbestemte særreaksjoner og opplyst om saksnummer for dommene, samt besørget en liste over faglig ansvarlige som kunne kontaktes med spørsmål om intervju.

Rettsavgjørelsene ble innhentet ved direkte henvendelse til den enkelte domstol.

Spørreskjema om varetektssurrogat ble sendt ut til alle landets helseforetak via de regionale helseforetakene. Oppfølgende avklaringer når det gjelder spørreskjema har vært rettet direkte til helseforetakene.

Domfelte pasienter ble intervjuet ved skriftlig samtykke (Utvalg 1). Faglig ansvarlige ble intervjuet dersom pasientene gav fritak for taushetsplikt for sin behandler i et eget samtykke (Utvalg 2). Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med representanter fra helse og påtale

som skriftlig samtykket til dette (Utvalg 3). Alle intervjuer foregikk digitalt på Skype eller i eget møterom på Join.nhn.no, eller på telefon.

Utvalg 1 Domfelte pasienter (N=5)

På utvalgstidspunktet i juni 2020 var 20 pasienter på dom til tidsbestemt særreaksjon. Ni av 20 pasienter samtykket til at deres behandlere kunne bli intervjuet og gav fritak fra taushetsplikt for dette. Fem av disse samtykket til selv å bli intervjuet. Seks av de resterende 11 domfelte hadde aktivt ikke samtykket til deltakelse, mens 5 hadde unnlatt å svare. De domfelte var spredt på ulike helseforetak.

Utvalg 2 Faglig ansvarlige (N=9)

Ni av 20 faglig ansvarlige hadde fått fritak fra taushetsplikt fra sine pasienter og deltok i individuelle intervju. Disse var overleger eller psykologspesialister og representerte alle helseforetakene.

Utvalg 3 Fokusgrupper (N=3)

Til sammen 16 personer deltok i fokusgruppeintervjuene, hvorav fem statsadvokater, en politiadvokat og ti representanter fra helsetjenestene. Representanter fra helsetjenestene var seksjonsledere ved sikkerhetsposter, faglig ansvarlige (overlege/psykiater eller psykologspesialist), ledere av FACT team og sosionom. Den første fokusgruppen bestod av 5 personer, den andre av 4 personer og den tredje av 7 personer.

3.0 Tidsbestemte særreaksjoner og varetektssurrogat: omfang og rettspraksis

3.1 Omfang av tidsbestemt særreaksjon

Totalt er det registrert 27 rettskraftige dommer for tidsbestemt særreaksjon siden lovendringen trådte kraft 1. oktober 2016 (se tabell 1). Den første domfellelsen ble gjort rettskraftig i mai 2017. Totalt var det fem domfellelser i 2017, åtte domfellelser i 2018, seks domfellelser i 2019, og åtte domfellelser i 2020.

Det er flest dommer i Helse Sør-Øst med 14, og færrest i Helse Nord og Helse Vest med fire dommer hver. Sett opp mot befolkningsgrunnet er raten høyere i Helse Nord og Helse Midt (hhv. 0,83 og 0,68 per 100 000 innbyggere) enn i Helse Vest og Helse Sør-Øst (hhv. 0,46 og 0,36 per 100 000 innbyggere). Nasjonalt er raten 0,50 per 100 000 innbyggere.

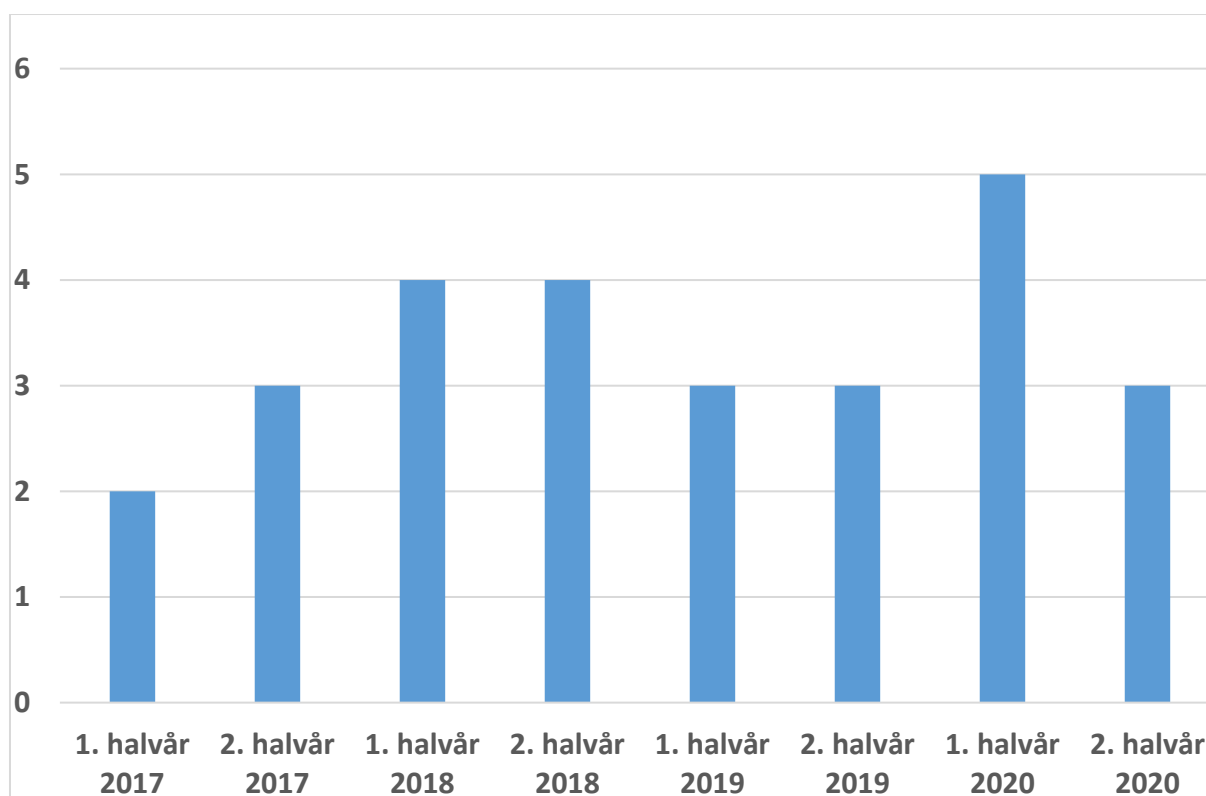
Tabell 1 Antall dommer tidsbestemt særreaksjon per år og totalt

RHF	2017	2018	2019	2020	Totalt
Helse Nord	2	0	1	1	4
Helse Midt	2	1	1	1	5
Helse Vest	1	2	1	0	4
Helse Sør-Øst	0	5	3	6	14
Totalt	5	8	6	8	27

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, OUS.

Dommene har vært gjennomført i 15 helseforetak og i et sykehus med driftsavtale. Et helseforetak har hatt 5 domfelte til oppfølging, ett helseforetak har hatt 4, ett helseforetak har hatt tre, to helseforetak har 2, og de resterende elleve har hatt 1 domfelt til oppfølging. Det vil si at en fjerdedel av landets helseforetak ikke har hatt domfelte til oppfølging.

Alle fem dommene fra 2017 har nå opphørt. I tillegg har en dom fra 2018 opphørt grunnet dødsfall. Alle dommene fra 2017 varte makstiden på 3 år.



Figur 1 Antall dommer tidsbestemt særreaksjon per halvår (2016-2019). Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, OUS.

Ved utgangen av 2020 var 7 (33 %) av de domfelte på tvungent vern uten døgnopphold. Ingen av de som ble domfelt i 2020 var på tvungent vern uten døgnopphold. Ser man på de med rettskraftig dom før 2020, var 54 % på tvungent vern uten døgnopphold ved utgangen av 2020.

Siden første dom i mai 2017, har det vært mellom 2 og 5 dommer per halvår frem til utgangen av 2020 (se figur 1). Det kan således se ut til at antall dommer per halvår er relativt stabilt over tid. Fortsetter denne trenden med antall domfellelser så vil det samlede antall domfelte på en aktiv tidsbestemt særreaksjon ligge i overkant av 20.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern oppgir i november 2020 at det er 8 personer som er tiltalt (førstegangs) som venter på beramning i tingretten.

3.2 Omfang av varetektssurrogat

Omfang av varetektssurrogat har vært kartlagt i to runder. I første runde besvarte 10 av 21 mulige respondenter (helseforetak og sykehus med driftsavtale) vår henvendelse om de har hatt personer innlagt på varetektssurrogat strpl. § 188, 3. ledd.

Seks av foretakene hadde hatt siktede innlagt med varetektssurrogat, med et totalt antall på 14 opphold. Oppholdenes varighet strekker seg fra en måneds tid til om lag 18 måneder. I snitt er oppholdene på et halvt års varighet.

De siktede har hatt opphold på sengeposter, som også inkluderer sengepost på DPS. Ulike former for akuttseksjoner og sikkerhetsseksjoner meldes å være vanligst forekommende.

I andre runde har vi henvendt oss til helseforetakene i desember 2020, med spørsmål om hvor mange som har siktede innlagt på varetektssurrogat strpl. § 188, 3. ledd per nå, og hvor mange som har hatt siktede innlagt i løpet av 2020. Også i andre runde av kartleggingen besvarte 10 av 21 mulige respondenter vår henvendelse.

Fire av foretakene hadde siktede innlagt på kartleggings tidspunktet: I tillegg hadde fire foretak hatt innleggelser på varetektssurrogat i løpet av 2020, mens to ikke har hatt innleggelser på varetektssurrogat.

Tilbakemeldingene er at innleggelser på varetektssurrogat fortrenger andre pasienter. Videre tilbakemeldes det at innleggelsen på varetektssurrogat i hovedsak munner ut i dom på tvungent psykisk helsevern.

To av helseforetakene melder om perioder med høyt antall innleggelser på varetektssurrogat. Ett av foretakene hadde fem innleggelser på varetektssurrogat i løpet av relativt kort tid, hvorav ingen endte opp med dom på tvungent psykisk helsevern.

3.3 Rettspraksis for tidsbestemt særreaksjon

Rettspraksis fra domstolene var en planlagt kilde for besvarelsen av tre av evalueringsprosjektets spørsmål:

- I hvilken grad har andre tiltak fra helsetjenesten tidligere vært forsøkt?
- Når var domfelte sist gjennom en vurdering av tilregnelighet før i gjeldende sak?
- Hvilken type kriminalitet ligger til grunn for domfellelsene?

Nasjonalt koordineringsenhet kunne opplyse saksnummer for 25 dommer med følgende fordeling: En var avgjørelse fra Høyesterett, seks var avgjørelser fra lagmannsrett og 18 var avgjørelser fra tingrett.

Domsmaterialet omfatter saker for 17 personer. For tre personer var det rettskraftige dommer på frifinnelse, hvor det for en av disse senere kom en rettskraftig dom på tidsbestemt særreaksjon. Domsmaterialet omfatter således dommer for 15 av de 27 som er domfelt til tidsbestemt særreaksjon.

Geografisk spredning for avgjørelsene er relativt stor. Lagmannsrettsavgjørelsene fordeler seg på fire av landets lagmannsretter i henholdsvis Øst-, Vest-, Midt- og Nord-Norge, mens avgjørelsene fra tingrettene fordeler seg på tingretter i Sør-, Øst-, Vest-, Midt- og Nord-Norge.

Det samlede materialet uttrykk for stor grad av variasjon for hvorledes denne typer saker blir behandlet i domstolene.

I hvilken grad har andre tiltak fra helsetjenesten tidligere vært forsøkt?

Domstolene skriver dommer med andre formål for øye enn de som skal kartlegges her. Det innebærer blant annet at domstolene heller ikke skriver dommer med tanke på at noen i ettertid skal kvantifisere utprøvde tiltak, i tilknytning til undersøkelser av tidsbestemt dom på tvungent psykisk helsevern. Følgelig må undersøkelser av en art som denne ta forbehold om at materialet ikke nødvendigvis gir et komplett oversikt over forsøkte tiltak.

I 24 av dommene er det dokumentert at ulike typer tiltak er forsøkt tidligere.

For alle 24 dommene er det dokumentert at psykisk helsevern tidligere er forsøkt (for 14 av 15 domfelte). Det er mangler delvis spesifisering av hva slags type tiltak i psykisk helsevern som har vært forsøkt, men det er mulig å gi en overordnet oppsummering. I 20 av dommene (for 10 domfelte) er det dokumentert at personen har hatt døgnopphold i psykisk helsevern tidligere. I 17 dommer (for 9 domfelte) er det dokumentert antipsykotisk medikasjon. I tillegg er det i 5 dommer (for 5 domfelte) dokumentert rusbehandling i døgninstitusjon.

I 13 dommer (for 10 domfelte) er det dokumentert forsøk på botiltak eller enetiltak. Mens det i 5 dommer (for 3 domfelte) er dokumentert at det har vært en ansvarsgruppe.

Det er et sentralt spørsmål i hvilken grad domstolene krever at tiltak faktisk er forsøkt tidligere. Doms materialet inneholder stor variasjon både med hensyn til hvilke tiltak som kreves forsøkt, og hvilke tiltak som er forsøkt. Når det gjelder krav til forsøkte tiltak kan avgjørelsene grovt sett deles i to kategorier: Avgjørelser hvor det stilles krav om at tenkelige tiltak er forsøkt, og avgjørelser hvor det bare stilles krav om at hensiktsmessige tiltak har vært forsøkt, og da altså at andre tiltak er vurdert.

I sin eneste avgjørelse om den aktuelle reaksjonsformen, HR-2017-2249-A, tar Høyesteretts mindretall konkret stilling til hva som er gjeldende rett for dette spørsmålet, og uttaler at kravet ikke kan «forstås slik at ethvert tenkelig tiltak skal være forsøkt». Flertallets vurdering kan ut fra dommens resultat tolkes som et uttrykk for det motsatte. Dette er imidlertid ikke klart.

Øvrige avgjørelser fordeler seg som følger; 8 tingrettsdommer og 3 lagmannsrettsdommer kan tolkes som å oppstille krav om at andre tiltak faktisk er forsøkt. 2 tingrettsdommer og 1 lagmannsrettsdom kan tolkes som å oppstille krav om at andre tiltak er vurdert. I 8 tingrettsdommer, 2 lagmannsrettsdommer og 1 Høyesterettsdom er det, blant annet grunnet motstridende utsagn i domsgrunnene, uklart hvilken terskel som i realiteten er oppstilt (se tabell 2).

Tabell 2 Domstolenes krav om at tiltak har vært forsøkt (N=25)

Domstol	Krav om at andre tiltak er forsøkt	Krav om at andre tiltak er vurdert	Uklart hvilket krav som stilles
Tingrett	8	2	8
Lagmannsrett	3	1	2
Høyesterett	0	0	1
Totalt	11	3	11

Når var domfelte sist gjennom en vurdering av tilregnelighet før i gjeldende sak?

Det følger av straffeprosessloven § 165, annet ledd, at det alltid skal gjennomføres rettspsykiatrisk undersøkelse når det er aktuelt å idømme dom på overføring til tvungen psykisk helsevern. Det ville være en saksbehandlingsfeil om loven her ikke ble fulgt, noe det ikke er holdepunkter for å si har skjedd i det materialet vi har undersøkt. I samtlige saker er det gjennomført sakkyndigutredning i det minste i forbindelse med behandling av saken i tingretten.

Av saker der tidspunkt for erklæringen er oppgitt (i 21 av 25 saker), skiller en avgjørelse fra Borgarting lagmannsrett seg ut med et tidsforløp på rundt 2 år og 2 måneder mellom siste avgitte rettspsykiatriske erklæring og domsavsigelse. I tillegg er det i en sak et tidsforløp på 1 år og 7 måneder mellom avgitt rettspsykiatriske erklæring og domsavsigelse. Ytterligere åtte

saker har et tidsforløp på mer enn 6 måneder, mens de resterende 11 sakene har et tidsforløp på under 6 måneder mellom siste sakkyndigerklæring og domsavsigelse.

Videre vises det i 16 av 25 saker til sakkyndig erklæringer fra tiden før behandling av saken i tingretten. Maksimalt tidsforløp mellom tidligere sakkyndigerklæring og domsavsigelse er her 6 år.

Hvilken type kriminalitet ligger til grunn for domfellelsene?

Det er betydelig variasjon når det gjelder beskrivelser av kriminalitet i domsmaterialet. De sentrale kriminelle handlinger kan oppsummeres i følgende kategorier:

- Vinningskriminalitet
- Trusler
- Vold
- Skadeverk
- Innbrudd
- Personforfølgelse
- Brudd på besøks- og kontaktsforbud
- Skremmende-, hensynsløs-, og uanstendig atferd
- Ran
- Seksuallovbrudd
- Brudd på vegtrafikkloven

Domsmaterialet gir grunn til å reise spørsmål om det er den enkelte tiltalepost eller sakskomplekset som helhet som skal kvalifisere som samfunnsskadelig eller særlig plagsom?

Om vurderingen av om lovbruddene skal ansees samfunnsskadelige eller særlig plagsomme uttaler departementet i Prop. 122 L (2014 – 2015) delkapittel 3.7.4.1 følgende:

«Hvorvidt de aktuelle lovbruddene skal kunne anses som samfunnsskadelige eller særlig plagsomme, beror på en helhetsvurdering av de konkrete omstendighetene i den enkelte sak. Her må det særlig legges vekt på lovbruddenes samlede alvor og omfang. I likhet med blant annet Riksadvokaten mener departementet at terskelen bør settes høyt. En særreaksjon bør bare være aktuell i tilfeller hvor konsekvensene av at lovbruddene får fortsette er så merkbare og omfattende at det fremstår som urimelig om samfunnet ikke skulle ha mulighet til å verne seg.»

Denne passusen, som forøvrig er referert flere plasser i domsmaterialet, ser ut til å ha blitt tolket på ulikt vis hos de ulike domstoler. Mens «den enkelte sak», i noen tilfeller ser ut til å ha blitt tolket som å peke mot det enkelte samlede sakskompleks, har dette i andre tilfeller blitt tolket som et krav til den enkelte tiltalepost:

«På den andre siden bør lovbrudd som kun påfører samfunnet eller andre borgere mindre økonomiske tap, som for eksempel mindre tyveri og mindre skadeverk etter straffeloven 2005 §§ 323 og 353, ikke anses å være av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art. [...]»⁶

Det ovenfor siterte eksempelet er hentet fra en avgjørelse hvor enkelte mindre alvorlige lovbrudd ble skilt ut fra den samlede vurdering av kvalifiserende lovbrudd.

I kontrast til dette inneholder også domsmaterialet eksempler på at sakskompleks hvor det enkelte lovbrudd ikke kan karakteriseres som særlig alvorlig men hvor det etter en helhetsvurdering likevel er ansett kvalifiserende:

«Lovgiver har uttalt at mindre tyverier alene trolig ikke vil være nok til å kvalifisere. Tyverier, i det omfang det er tale om i denne saken, er etter rettens oppfatning både isolert sett, men også som et ledd i en helhetsvurdering klart at kan vektlegges. Til tross for at retten bare kan se hen til forhold begått etter 1. oktober 2016 er antall forhold så mange, og av såpass plagsom karakter, sett hen til tiltaltes væremåte, at det ville fremstå som urimelig om samfunnet ikke skulle ha mulighet til å verne seg mot disse.»⁷

Det samme synes å være tilfellet der enkelte av lovbruddene er ansett mindre alvorlige:

«Lagmannsretten mener at tiltalte har begått flere lovbrudd som på grunn av antall, hyppighet og konsekvenser samlet sett ligger i kjerneområdet for straffeloven § 62 første ledd andre punktum. Det er derfor ikke avgjørende at noen av forholdene hver for seg er mindre alvorlige. Etter en helhetsvurdering konkluderer lagmannsretten med at det foreligger gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art.»

Selv om det anses å ligge utenfor denne undersøkelsens mandat å skulle gi et fullgodt svar på hva som er gjeldende rett for dette spørsmålet, synes sistnevnte tolkningsalternativ å ha støtte i reaksjonens formål og forarbeidenes forutsetninger, slik det for eksempel er målbåret av Hålogaland lagmannsrett:

«Lovgiver har gitt uttrykk for at det må sees hen til de kumulative skadevirkningene av den totale lovbruddaktiviteten, og at lovbrudd som "innebærer en krenkelse av andre borgeres integritet eller private sfære, som for eksempel (...) innbrudd (...), bør tillegges særlig stor vekt," jf. Prop. 122 L (2014-2015) side 39.»⁸

Spørsmålet er imidlertid ikke aktualisert i Høyesteretts eneste avgjørelse om denne reaksjonsformen, og kan således fortsatt ikke ansees endelig avklart.

⁶ 18-105396MED-FRED

⁷ 18-071830MED-OTIR

⁸ 17-091943AST-HALO

3.4 Rettspraksis for varetektssurrogat

Rettspraksis fra domstolene var en planlagt kilde for besvarelsen av tre av evalueringsprosjektets spørsmål:

- Hvor mange dommer på varetektssurrogat etter strpl. § 188, 3. ledd er avsagt etter lovendringen?
- Varighet av dommene og på hvilket nivå i psykisk helsevern blir de gjennomført?
- Hvilken terskel for bruk av varetektssurrogat har domstolene lagt seg på?

Dette har vist seg vanskelig å besvare. Årsaken er at avgjørelser om varetektssurrogat etter strpl. § 188, 3. ledd, ikke er lagt ut på Lovdata. Det er heller ingen sentral instans mellom justissektor og helsesektor som koordinerer og fører oversikt over varetektsfengslede på institusjon, slik Koordineringsenheten for dom på tvungent psykisk helsevern fører oversikt over domfelte på institusjon. Vi har dermed ikke opplysninger som kan identifisere kjennelsene i h.h.t. strpl. § 28.

4.0 Pasientenes egne erfaringer med tidsbestemt særreaksjon

Pasientenes egne erfaringer ble innhentet ved fem individuelle intervju via Skype eller telefon. Gjennom intervjuene kom det fram at de domfelte pasientene hadde stor aksept for den tidsbegrensede særreaksjonen de var idømt. Erfaringene deres med å bli idømt tidsbegrenset særreaksjon kunne deles inn i fem overordnede tema: «*Dommen som en mulighet til et bedre liv*», «*Rus = risiko*», «*For lang tid i døgnopphold*», «*Ønske om tettere samarbeid med politiet*» og «*Bolig, inntekt og tett oppfølging er nødvendig i ettervernet*».

Av anonymitetshensyn og grunnet få intervjuobjekter vil ikke alle opplysninger tallfestes, men det vil bli brukt anslag som «noen» eller «flere» om flere enn én domfelt har sagt dette og «de fleste» hvis flertallet har opplevd det samme.

Dommen som en mulighet til et bedre liv: Bra for helsen og en mulighet til å bli rusfri

De fleste intervjuobjektene hadde en rusproblematikk som de satte i sammenheng med adferden som var årsak for tidsbestemt særreaksjon. Flere var enige i den særreaksjonen de hadde fått. Noen hadde samarbeidet om gå med på å få denne reaksjonen fordi de mente det kunne være til hjelp for dem. De så selv på overføringen til tvunget psykisk helsevern (TPH) som en mulighet til å bli rusfri. Alle mente særreaksjonen var gunstig for helsen. De fortalte om et hardt liv ute på gaten. For de fleste var hverdagslivet preget av rus og at mye tid gikk med til å skaffe rusmidler. Ikke alle hadde et sted å bo.

Overføringen til TPH gjorde at de ikke kunne ruse seg. De mente det var bra for kroppen å bli «spart» for denne belastningen. Den frigjorde også tid til andre ting, som å dyrke fritidsinteresser. Noen mente at reaksjonen også var bra for familien rundt dem, og at

familien opplevde dette som en lettelse og en mulighet for pasienten å bli rusfri. Noen mente at dom til TPH var en mulighet til å komme videre i livet, og at dette ville bli lettere med hjelp fra psykisk helsevern. Flere hadde nettopp derfor samarbeidet om dommen og akseptert denne, og de opplevde den som både rettferdig og nødvendig.

Flere av de intervjuede så på det å bli dømt til tidsbestemt TPH som å bli gitt en mulighet et bedre liv. De opplevde for det meste god behandling, både god psykologisk behandling, medisinsk behandling, og gode programmer som de deltok i. Flere nevnte at de ble møtt av miljøpersonalet på avdelingene på en god måte.

De fleste opplevde behandlingen som positiv og ville foretrekke tvunget psykisk helsevern fremfor fengsel. Noen satte spesielt pris på psykologisk behandling og mente at det hadde hjulpet dem. Andre nevnte at ansatte i psykisk helsevern i større grad ville jobbe for å få dem tilbake til hverdagslivet, enn det ansatte i fengsel ville gjøre.

Til tross for store innskrenkninger i frihet ved innleggelse, opplevde flere at de hadde muligheter til å delta på aktiviteter ute og å stegvis få økt frihetsgraden. Noen opplevde også tilgang til internett og telefoner, og færre låste dører som positivt med TPH i forhold til fengsel. En mente i motsetning til resten at det var friere i fengsel. Noen av de domfelte hadde gått med på frivillig poliklinisk oppfølging etter at særreaksjonen hadde opphørt.

Rus = risiko

Flere nevnte at det var viktig å lære seg å takle rusproblemene sine. Noen savnet mer konkret tilnærming i behandlingen til å kunne klare å stå imot russetet. De synes det var vanskelig å holde seg rusfrie, og de opplevde at de trengte tett oppfølging og stor grad av ruskontroll fra helsepersonell, spesielt når de kom ut fra døgnet og etter at dommen opphørte.

Noen synes det var vanskelig å se for seg at de skulle klare å stå imot russetet når de kom ut. Noen savnet helt konkret et medisinsk rus-substitut. Flere mente at rus var deres største risiko for at de skulle gjøre kriminelle handlinger igjen. En av de domfelte uttrykte at «Alt spinner rundt å holde seg rusfri». Noen nevnte spesifikt at de ikke ønsket å bli helt rusfri og støttet ikke et slikt mål, men kunne gå med på en plan om å ruse seg mindre.

For lang tid i døgnopphold

Noen av de dømte opplevde at det ble lenge å sitte på døgnopphold, spesielt når de var rusfrie. De opplevde at de da var symptomfrie og «friskere» enn de andre som var innlagt på de aktuelle postene. Dette opplevde noen som vanskelig fordi det ble lange og passive dager på døgnopphold, uten at de fant samhørighet med sine medpasienter.

En av de domfelte opplevde monotone og passive dager på døgn: «...jeg sitter jo bare her, drikker kaffe og røyker og gjør ikke noe annet.» Han beskriver videre at han ikke har kontroll over livet sitt og at han dermed blir likegyldig: «Jeg har ikke kontroll på livet mitt selv, det er

de på [behandlingssted] og helsevesenet som har tatt over det. Jeg kan bare gå å være likegyldig, det er sånn det blir.».

Andre opplevde imidlertid en større mulighet for å få drive med flere fritidsaktiviteter og hobbyer inne på døgnopphold, og opplevde meningsfulle dager her. De fleste ønsket seg imidlertid ut i egne boliger raskere enn det som var planlagt og opplevde således at oppholdet på døgn ble for langt. Noen uttrykte imidlertid tilfredshet med roen og stabiliteten postene representerte, og opplevde at det var et godt sted å være.

Ønske om tettere samarbeid med politiet

De som opplevde at de hadde et samarbeid med politiet verdsatte dette. Her deltok gjerne politiet i pasientens ansvarsgruppe. De som ikke opplevde samarbeid med politi/påtale hadde enten ikke et ønske om et slikt samarbeid, eller de uttrykte helt konkret at de savnet det. De som savnet en tettere dialog med politiet opplevde at det skortet på juridisk kompetanse i helsetjenestene og at det virket som politiet bestemte mye, selv om pasientene var dømt til behandling i psykisk helsevern. Pasientene som opplevde dette uttrykte at det var vanskelig å komme i dialog med politiet og at hadde en opplevelse av at politiet «trenerte» deres sak.

Bolig, inntekt og tett oppfølging er nødvendig i ettervernet

For alle de intervjuede så var det å kunne flytte i egen bolig et stort ønske, og det var viktig å få på plass bolig hvis ikke de hadde dette allerede. Flere nevnte en stabil økonomi som viktig for å kunne klare seg ute. Noen nevnte ønske om arbeid for å sikre en stabil økonomi, men også for å kunne være en del av et arbeidsfellesskap og å få bruke sin kompetanse som de hadde fra før. Noen hadde ikke ønsket seg arbeid enda. De fleste var innforstått med, og ønsket selv, en tett oppfølging ute av helsepersonell og andre ressurspersoner. Noen opplevde at de hadde behov for svært tett ruskontroll for å klare å holde seg rusfri, gjerne flere ganger pr dag. Flere nevnte at de hadde ansvarsgrupper som arbeidet for dem og hjalp dem, og at de opplevde dette som positivt.

5.0 Faglig ansvarliges erfaringer med gjennomføring av tidsbestemt særreaksjon

Vi samlet inn erfaringer gjennom individuelle intervju med åtte behandlere (faglig ansvarlige), som representerte ni domfelte pasienter. I sju av de ni sakene var rus sett på som en direkte årsak, eller sterkt medvirkende årsak, til pasientens kriminelle virksomhet som lå til grunn for dom til TPH.

Analysen av det skriftlige materialet fant at erfaringene deres kunne deles inn i noen overordnede tema: «Dommen som en mulighet til å kunne komme i posisjon til å hjelpe over tid», «Vi mangler ressurser til denne gruppen i psykisk helsevern», «Dobbelt rolle og nye roller», «Et godt rigget system rundt pasienten hindrer ny kriminell aktivitet», «Vi tilbyr enten for høyt eller for lavt omsorgsnivå», «Vi er avhengig av godt tverretatlig samarbeid» og «Bekymring om ettervernet er tilstrekkelig».

Dommen er en mulighet til å kunne komme i posisjon til å hjelpe over tid

Flere av faglige ansvarlige uttrykte at dommen var en mulighet til å komme i posisjon til å hjelpe pasienter som åpenbart hadde behov for hjelp. Flere av de faglig ansvarlige fortalte at det hadde vært mange forsøk på å hjelpe noen av pasientene i psykisk helsevern tidligere, uten hell. Dommen sikret imidlertid at hverken pasienten eller helsetjenesten hadde noe valg. Både det at man fikk stabilitet og ro over tid til å behandle pasienten ble sett på som viktig, men også at dommen var en ramme som tillot at pasienten måtte holdes tilbake i psykisk helsevern til tross for eventuell samtykkekompetanse.

En faglig ansvarlig mente det var et paradoks at det var en dom som måtte til for at pasienten skulle få den behandlingen han trengte for sin ROP lidelse: «[Pasienten] har aldri fått så bra behandling som nå, paradoksalt nok utløst av de straffbare handlingene og ikke på grunn av sin ruslidelse.» Flere faglig ansvarlige var inne på at samfunnet sann sett hadde sviktet disse pasientene ved å ikke ha gitt dem den behandlingen de trengte tidligere: «[Pasienten] burde hatt et tilbud for lenge siden».

Ingen av de faglig ansvarlige hadde selv begjært dommen opphørt på vegne av pasienten.

Dobbelt rolle og nye roller

Flere av behandlerne uttrykte at de fikk en dobbelt rolle, de skulle behandle pasientens psykiske lidelse og samfunnet skulle beskyttes. Flere uttrykte at de kunne gi pasienten god behandling, men at de ikke kunne gi treffsikker behandling for pasientens kriminelle adferd. En faglig ansvarlig uttrykker at: «..problematferden hans er jo at han [kriminell handling], og jeg tenker (...) det er jo begrenset hvor mye terapi man trenger på det, (...) men jeg opplever ikke [kriminell handling] som en psykiatrisk problemstilling per se.»

Flere opplevde at pasientens ruslidelse var et større problem enn psykoselidelsen og at psykoselidelsen var enklere å behandle enn ruslidelsen. De fleste opplevde imidlertid at de hadde kompetansen som skulle til for å kunne gi god omsorg og behandling til denne gruppen.

Noen få behandlere opplevde at de var uenige med rettsakkyndige som hadde gitt de domfelte nye diagnoser og andre diagnoser enn det som var gitt av tidligere behandlere som kjente pasientene godt. Det vil si at behandlerne mente de *kunne* ha behandlet pasientens psykiske lidelse dersom lidelsen faktisk hadde vært tilstede. De opplevde imidlertid at

diagnosen var feil og at de dermed måtte gi pasienten andre behandlingstilbud. Disse tilbudene handlet i større grad om strenge rammer og struktur, rusmestring og ruskontroll, mening i hverdagen, tett oppfølging og motivering. En faglig ansvarlig sa «Vi måtte tenke nytt og tenke utenfor boksen». Noen faglig ansvarlige uttrykte at de på en måte var «dømt til å behandle» pasienten. En av dem uttrykte: «(...) det er bare noe vi må akseptere da, (...) det er jo litt sånn at vi er også dømt til å stå i behandlingen sant, vi har også en slags dom på oss på en måte» (faglig ansvarlig).

Vi mangler ressurser til denne gruppen i psykisk helsevern

Alle faglig ansvarlige pekte på manglende ressurser i psykisk helsevern som et problem med de nye særreaksjonsordningene. Dette handlet i stor grad om at de dømte tok opp plasser for andre alvorlig psykisk syke som ikke fikk denne hjelpen. Etter utskrivelse, så savnet de egnede rusposter hvor de kunne legge inn pasienten ved behov. Man manglet også ressurser i form av egnede bo- og behandlingstilbud for denne gruppen utenfor sykehus. De manglet bemannede boliger å utskrive dem til som hadde muligheter for tett nok oppfølging og strenge nok rammer for pasientene for at de skulle klare seg.

Et godt rigget system rundt pasienten hindrer ny kriminell aktivitet

De fleste faglig ansvarlige uttrykte at dommen hadde hindret uønskede hendelser og nye kriminelle handlinger, i hvert fall mens dommen pågikk. Det opplevdes mer varierende etter at dommen hadde opphørt. Mangel på struktur og tett oppfølging så ut til å åpne for ny kriminalitet veldig raskt. Ensomhet og kjedsomhet ble sett på som risikofaktorer for ny kriminalitet hos noen, for andre var det for lite ytre kontroll og/eller rusbruk som det var knyttet mer risiko til. For noen var det viktig med tett oppfølging på medisiner, men ikke for alle. Alle hadde imidlertid behov for et godt rigget system rundt dem etter dom, for at de skulle klare seg godt og ikke begå ny kriminalitet.

Pasientene tilbys enten for høyt eller for lavt omsorgsnivå

Flere faglig ansvarlige problematiserte at det ikke fantes et riktig og passende nivå for disse pasientene. De opplevde at spesialpostene var for høyt nivå for dem, og at tilbudene utenfor sykehuset var på for lavt nivå. I mangelen av noe bedre, opplevde de fleste at spesialpostene kunne gi god og riktig behandling, og tett nok oppfølging. Imidlertid mente flere faglig ansvarlige at andre typer botilbud med bemanning, som var i stand til å kunne gi tett oppfølging og ha en viss adgangskontroll, ville være bedre egnet for denne gruppen pasienter, og dermed kunne hindre beslag på dyre spesial-post plasser. Dersom faglig ansvarlig opplevde diagnosen som feil, at de ikke opplevde pasienten hadde en psykoselidelse, mente de at fengsel ville vært mer riktig for den domfelte.

Vi er avhengig av godt tverretatlig samarbeid

Et godt tverretatlig samarbeid ble sett på som avgjørende for å få et tilbud til pasienten til å fungere utenfor sykehuset. Kommunene og politiet var sentrale samarbeidspartnere. Noen erfarte at det tok lang tid før kommunen aksepterte å ta imot disse pasientene. Dette ble sett på som et problem fordi faglig ansvarlige ønsket å teste pasientene ute tidlig nok, og før dommen gikk ut, for å sikre en god tilbakeføring til samfunnet. Noen kommuner ble betrygget av at sikkerhetspostene tok ansvar for pasienten og ville hente han inn igjen dersom det skulle bli problemer. Et godt samarbeid med politiet ble beskrevet i flere av de sakene hvor man opplevde at det tverretatlige samarbeidet fungerte godt, og man ønsket politiet inn så tidlig som mulig i ansvarsgruppene.

Bekymring om ettervernet vil være tilstrekkelig

Få faglig ansvarlige hadde erfaring med ettervern, da de fleste dommene ennå ikke hadde opphørt. Flere faglig ansvarlige uttrykte imidlertid bekymring for om det planlagte ettervernet ville være tilstrekkelig for å hindre ny kriminalitet. De påpekte at noen av pasientene led av kroniske ROP lidelser og at tilstandene ville forverres naturlig i perioder. I tillegg ville for svake rammer rundt dem være destabiliserende, og at de mente at tilbakefall måtte påregnes. De som hadde opplevd at pasienten hadde falt tilbake i gammelt mønster pekte på at man mangler lovlig hjemmel for å holde pasienten tilbake på ettervern. For eksempel kan legevaktsleger ikke ville legge inn pasienter som de mener ikke er syk nok for TPH, mens faglig ansvarlig gjerne kunne ønske at de fikk legge inn aktuelle pasient. Her ble det også nevnt behovet for bemannede boliger med adgangskontroll.

6.0 Erfaringsdiskusjoner mellom påtalemyndighetene og helsetjenestene

Erfaringene til påtalemyndighetene og helsetjenestene ble diskutert i tre fokusgruppeintervjuer der begge instansene var representert.

Påtalemyndighetene erfarte i stor grad at dommen hadde *kriminalitetsforebyggende effekt*, og opplevde at de flere steder kunne rapportere at kriminalstatistikken hadde gått kraftig ned etter at de domfelte var under tvunget psykisk helsevern. De opplevde sånn sett at loven var formålstjenlig. De opplevde også at de domfelte og deres forsvarere var tilfredse med dommen og ikke hadde begjært denne opphørt.

Helsetjenestene var mer delte i synet på om dommen var *formålstjenlig*, da knyttet til om man kunne gi effektiv behandling. De var enige i at dommen virket kriminalitetsforebyggende mens dommen pågikk. Noen uttrykte imidlertid at de ikke kunne behandle bort den kriminelle adferden, og dermed fant ikke alle dommen formålstjenlig med tanke på prognose. De var imidlertid enige i at dommen gav pasienten et godt omsorgstilbud og at

dette i seg selv reduserte kriminalitet under dom. Noen erfarte at de også hadde sett svært vellykkede behandlingsforløp, der disse pasientene hadde trengt den behandlingen de fikk hos dem, og de så på det som mulig at dette kunne vedvare utover dommen.

Både påtalemyndighetene og helsetjenestene uttrykte bekymring for hvordan det ville gå med pasientene etter dom. De var bekymret for om ettervernet var tilstrekkelig for å hindre ny kriminalitet, og det var de tvilende til. De forventet at flere av pasientene ville kunne komme til å bli dømt på nytt til tidsbestemt TPH. Videre ble det også diskutert *manglende lovhjemmel* for oppfølging på tvang etter dom. Noen kommuner ønsket for eksempel mulighet til adgangskontroll i boligen til denne gruppen.

En stor utfordring som ble diskutert i fokusgruppene var mangelen på mulighet for å tvangsbehandle pasientenes ruslidelse. Dette ble sett på som et paradoks, siden rusproblemet ofte var største årsak til pasientenes kriminelle aktivitet.

Det ble fremhevet i diskusjonen at *et godt forebyggende arbeid* kunne hindre slike dommer. Psykiatrigruppa i Oslo politidistrikt ble trukket frem som en av årsakene til at det var færre dommer i Oslo enn andre steder i landet. Her var det dedikerte fagpersoner i politiet som arbeidet tett sammen med de psykiske helsetjenestene om denne gruppen. Et slikt forebyggende arbeid sikret at flere pasienter fikk gode nok tilbud uten dom, samtidig som de pasientene som måtte ha en slik dom, fikk det. I kontrast til dette opplevde flere distrikter at slike ressurser var helt fraværende. Dette ble omtalt som *storbyfordeler*. Med disse storbyfordelene kom også større mulighet til å kunne hjelpe denne gruppen i ordinær kommune- og spesialisthelsetjeneste. I tråd med dette ble denne dommen sett på som «en plasterlapp på et u hensiktsmessig system», da man ikke hadde klart å hjelpe pasientene tidligere. Flere påpekte at dette er en gruppe som «glipper i sivilpsykiatrien», der terskelen for behandling på tvang heves, selv om det er mennesker som åpenbart hadde trengt hjelp for lenge siden. Samtidig reduseres terskelen for behandling som straff, og dette opplevde de som et paradoks.

Helsetjenestene pekte på mangelen på ressurser tilpasset lovendringen: «... det eneste problemet vi har det er plasser og penger» (Representant fra helsetjenesten). Noen opplevde at de trengte mer kompetanse på rus og påpekte at de ikke hadde fått tilført ressurser eller utviklingstiltak som gjorde dem i stand til å ta vare på denne gruppen. En representant fra påtale mente at psykisk helsevern ikke hadde fått tatt del i den potten som tidligere var satt av til denne gruppen i Justisdepartementet. Det ble pekt på at her må det ligge et statlig ansvar for å følge opp denne gruppen i kommunene, og at det er for stor forskjell på lukket avdeling og kommunal omsorgsbolig. Det er for store gap, og DPS 'ene føler seg ikke trygge nok til å ta imot dem.

I refleksjoner rundt hva som ville være et ideelt tilbud for denne gruppen, kom det frem ønske om mulighet for lengre oppfølging, tvunget behandling av rusproblematikk, bemannede boliger med adgangskontroll, og tett samarbeid mellom helsetjenestene og politiet. Når det gjaldt bemannede boliger med adgangskontroll ble det nevnt av flere at

disse med fordel kunne ligge på sykehusets område og at behandlingen kunne være hjemlet i psykisk helsevernloven. Flere mente at det burde komme mer ressurser til et bedre ettervern og noen pekte på ACT, FACT og Sikkerhets-FACT team som sentrale i denne sammenheng.

Når det gjelder varetektssurrogat ble det påpekt flere ting som var problematisk. For det første var det flere varetektssurrogat som ikke endte i dom. For det andre var det vanskelig for helsetjenesten å vite hva de kunne tilby og hvordan de kunne behandle pasienten mens de ventet på dom. For det tredje opplevde påtalemyndighetene at helsetjenestene ikke helt forstod hva de kunne og ikke kunne med varetektssurrogat pasienter. Blant annet var det en misforståelse at pasienten kunne skrives ut, noe som så ut til å henge sammen med at journalsystemet ikke var tilpasset varetektssurrogat.

7.0 Diskusjon av funn

Omfang og rettspraksis

Antallet tidsbestemte særreaksjonsdommer ligger ikke høyt sammenlignet med hva som var forventet av Justis- og beredskapsdepartementets vurdering (Innst. 179 L (2015–16)). I en overgangsperiode var forventingen en «økning på 15 til 30 personer». Med 21 domfelte med aktiv dom ved utgangen av 2020, og 27 domfelte totalt så er omfanget på nivå med det som var forventet.

Omfanget av varetektssurrogat etter strpl. § 188, 3. ledd er usikkert, da det har vist seg vanskelig å kartlegge dette godt. Flertallet av helseforetak som har gitt tilbakemelding har hatt pasienter innlagt på varetektssurrogat, det gjelder også for siste år. Tilbakemeldingene er at varetektssurrogat fortrenger tilbudt til andre pasienter. Særlige utfordringer knytter seg til enkelte helseforetak som har hatt stort omfang av slike varetekstdommer.

Det er i lovens forarbeider, herunder Prop. 122 L (2014-2015) side 38, fremhevet at terskelen for bruk av reaksjonen skal settes høyt. Hva en høy terskel konkret innebærer, er uklart. Dette vil blant annet bero på den konkrete tolkningen av regelens enkelte delvilkår som kravet til lovbruddenes karakter, krav til gjentakelsesfare, krav til andre tiltak og krav om nødvendighet, og den helhetlige vurderingen av disse.

På samtlige av disse punkter viser domsmaterialet i denne studien stor variasjon. Dette gjør det vanskelig å gripe hvilken terskel som på et mer overordnet plan legges til grunn for bruk av reaksjonen. Dette er et juridisk interessant, og praktisk viktig spørsmål som bør undersøkes nærmere. Å besvare dette vil imidlertid kreve mer tid og ressurser enn det har vært rom for her.

Det er også verdt å merke seg at enkelte dommer legger vekt på kriminalitetens konsekvenser i vid forstand. Eksempelvis peker på Nord-Troms tingrett på kriminalitetens

kostnader for private og offentlige, og at kriminaliteten «medfører store og krevende aksjoner for politiet».⁹ Gulating lagmannsrett peker på at tiltalte har vært til belastning for politi og sykehuspersonell, og at hyppigheten på politiets utrykninger innebærer at kriminaliteten får konsekvenser for andre enn de som rammes direkte ved at politiet må rykke ut.¹⁰ På tilsvarende vis har Oslo tingrett og Fredrikstad tingrett vist til merarbeid og belastninger for politi og/eller vektere.¹¹

Det er også grunn til å merke seg at en dom på tidsbestemt tvungent psykisk helsevern kan vurderes som en fordel for domfelte. Kristiansand tingrett fremhever at en dom på tvungent psykisk helsevern vil sikre en tettere og bedre oppfølging, med større forutberegnelighet og mer varige og stabile løsninger innenfor et helsevesen med stramme prioriteringer og knappe ressurser.¹² Oslo tingrett fastslår kort at en dom på tvungent psykisk helsevern er til beste for tiltalte, både på kort og lang sikt.¹³ Mæland-utvalget påviste i 2008 tilsvarende betraktninger i dommer som omhandlet tids-ubestemt tvungent psykisk helsevern.¹⁴

Varetektssurrogat

Det mangler en koordinering og oversikt over varetektssurrogat, som gjør det vanskelig å få en god beskrivelse av slik gjennomføring. I fokusgruppeintervjuene pekte imidlertid både påtalemyndighetene og helsetjenestene på problematiske sider ved gjennomføringen av varetektssurrogat. Det faktum at flere varetektssurrogat ikke endte i dom, kan bety at terskelen for er for lav. Videre foreligger det ingen gode retningslinjer til helsetjenestene fra påtalemyndighetene om varetektssurrogat, noe som kan forklare hvorfor helsetjenestene var usikre og kunne misforstå hva de kunne og ikke kunne tilby varetektssurrogat pasienter.

Konsekvenser av lovendringen for de domfelte pasientene og helsetjenestene

Konsekvensen av lovendringen for de domfelte pasientene ser i stor grad ut til å handle om at de får god hjelp og at denne hjelpen var nødvendig. Flere av de domfelte pasientene så dommen som en mulighet til rusfrihet og å komme tilbake til livet. Lovendringen fører ikke til mer tvang utover at pasienten får dom til TPH. Det rapporteres om få eller ingen tvangsvedtak utover det pasientene hadde fra før. De domfelte ønsker seg imidlertid kortere opphold på døgn, og heller en raskere tilbakeføring til egen bolig, med tett oppfølging.

Det kan se ut som lovendringen fører til at helsetjenestene må behandle denne målgruppen over tid og hindrer dermed at de blir kasteballer i systemet. Dommen kan slik sett føre til at

⁹ 17-067107MED-NHER

¹⁰ 17-155639AST-GULA

¹¹ 18-071830MED-OTIR og 18-105396MED-FRED

¹² 17-164512MED-KISA

¹³ 18-071830MED-OTIR

¹⁴ Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring, Rapport fra utredningsgruppe oppnevnt av Justis- og politidepartementet 18. mai 2006, s. 149 flg.

personer som helsetjenesten ikke har evnet å behandle tidligere får en bedre behandling på grunn av dommen.

Helsetjenestene opplever at de må avslå å ta imot pasienter som hadde trengt behandling hos dem på grunn av pasienter som er dømt til tidsbestemt særreaksjon. Noen ganger løses dette ved overbelegg. Noen arbeider på ledelsesnivå i helseforetakene med å få flere sengeplasser. Helsetjenestene har noen erfaringer med at de domfelte virket negativt inn på behandlingsmiljøet da de i større grad klarte å få med rusmidler inn i postene. Det ble imidlertid også rapportert at flere av dem var «enkle å ha i hus».

Representanter fra helsetjenestene mente det var begrenset behandlingseffekt med tanke på å «kurere pasientens kriminelle adferd». De var imidlertid opptatt av at rammer, struktur, omsorg og tett oppfølging var skadereduserende og bra for pasientenes helse. Dette reduserte også kriminell aktivitet. Dermed var prognosen avhengig av oppfølgingen og sikkerhetsnettets man hadde rundt pasientene i etterkant av dommen. Denne gruppen har behov for langvarige og stabile behandlingsrelasjoner, og tett oppfølging fra både psykisk helsevern, kommune og politi over lang tid. Helsetjenestene påpeker at det ikke kom ressurser til dem med denne ordningen og at det mangler ressurser til oppfølging og ettervern, blant annet egnede boliger.

Både pasienter og faglig ansvarlige peker på utfordringsområder som er sammenfallende. Dette gjelder bedre behandling av ruslidelse og mulighet for tidligere tilgang til egnede botilbud ute i kommunene, med tett oppfølging og ruskontroll. Der politiet ikke allerede er involvert i ansvarsgrupper, savnes dialog og kontakt med politiet.

Forutsetninger for vellykket behandling av domfelte pasienter

Det kom fremkom en del faktorer som så ut til å gå igjen i de sakene hvor faglig ansvarlige opplevde at de hadde lykkes godt i behandlingen og oppfølgingen av de dømte. Dette handlet ikke om veldig avansert behandling, men snarere om god omsorg, veldig tett oppfølging, klare rammer og langvarige tjenester. Funnene fra dette materialet kan oppsummeres i følgende fire kategorier:

Rammer - Tydelige og til dels strenge rammer for pasientene inne på døgn og i oppfølgingen ser ut til å være veldig gunstig og helt nødvendig for denne gruppen. Alle pasientene hadde risiko for å skli ut og havne i gamle mønstre igjen uten disse rammene. Rammene inkluderte regler for adferd, ruskontroller, jevnlig treffpunkter med behandlere og miljøpersonale, utetider/innetider for eksempel med kontroll via trykksalvar, klare behandlingsplaner og krisemestringsplaner og tydelige konsekvenser av brudd på avtaler der man for eksempel ble innlagt ved nye lovbrudd o.l.

Relasjonsarbeid – Gode og langvarige behandlingsrelasjoner var noe pasientene profiterte på. Gjennom en dom til tidsbestemt særreaksjon fikk behandlere og pasienter tid til å bli kjent, få tillit til hverandre og bygge opp et samarbeid om behandling og oppfølging. En

faglig ansvarlig uttrykte: «At han følte en tilknytning til oss var kanskje det viktigste» og «Motivasjonen hans steg etter hvert som han kjente han kunne stole på oss». Noen hadde veldig god erfaring med at de beholdt ansvaret for pasienten selv i spesialisthelsetjenesten, og at de beholdt nettopp denne relasjonen, slik at det var kontinuitet i hvem som hadde ansvar for pasienten også når pasienten var utskrevet fra sikkerhetspost. Her var det beskrevet viktigheten av kort vei tilbake til sikkerhetspost ved behov, og bruk av direkte innleggelse. Bruk av akuttposter ble dermed ikke sett på som egnet for formålet.

Rehabiliteringsperspektiv (recovery-perspektiv) – Behandlere beskrev at de hadde som mål at pasientene skulle få et bedre liv. De var opptatt av å hjelpe pasienten med å skape meningsfulle hverdager og «rigge» for et meningsfullt liv ute. De hjalp pasientene med bolig, stabil økonomi, et arbeid å gå til, og å tilrettelegge for fritidsaktiviteter sammen med andre. De forsøkte å bidra til at dette nye livet skulle bli en motivasjon i seg selv til å holde seg rusfri og borte fra kriminalitet, og at pasientene ville ha mye å miste på å begynne å skli ut. Dette perspektivet sammenfaller i stor grad med «recovery» perspektivet, som er et sentralt behandlingsperspektiv for de psykiske helsetjenestene.¹⁵ Recovery perspektivet tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake.¹⁶

Relasjonell kapasitet - God samhandling og et solid tverretattlig samarbeid i ansvarsgrupper rundt pasienten var særlig verdifullt. Her var politiet representert i alle de sakene hvor man opplevde at dette fungerte godt. Man ønsket politiet inn arbeidet på et tidlig tidspunkt. Tydelige og avklarte ansvarsområder og roller var viktig. Det var også avgjørende med helt klare instruksjoner for hvilke konsekvenser og reaksjoner pasienten skulle ha på de ulike avtalebruddene, og terskel for re-innleggelse. Dette kan ses på som *relasjonell kapasitet*, som er evnen til å skape et sterkt og produktivt samarbeid på tvers av faglige og organisatoriske grenser og på tvers av formelle hierarkier, når arbeidet krever det.¹⁷ Forutsetningene for vellykket behandling kan visualiseres i en modell av de fire kategoriene som kan kalles de fire R-ene (Figur 2).

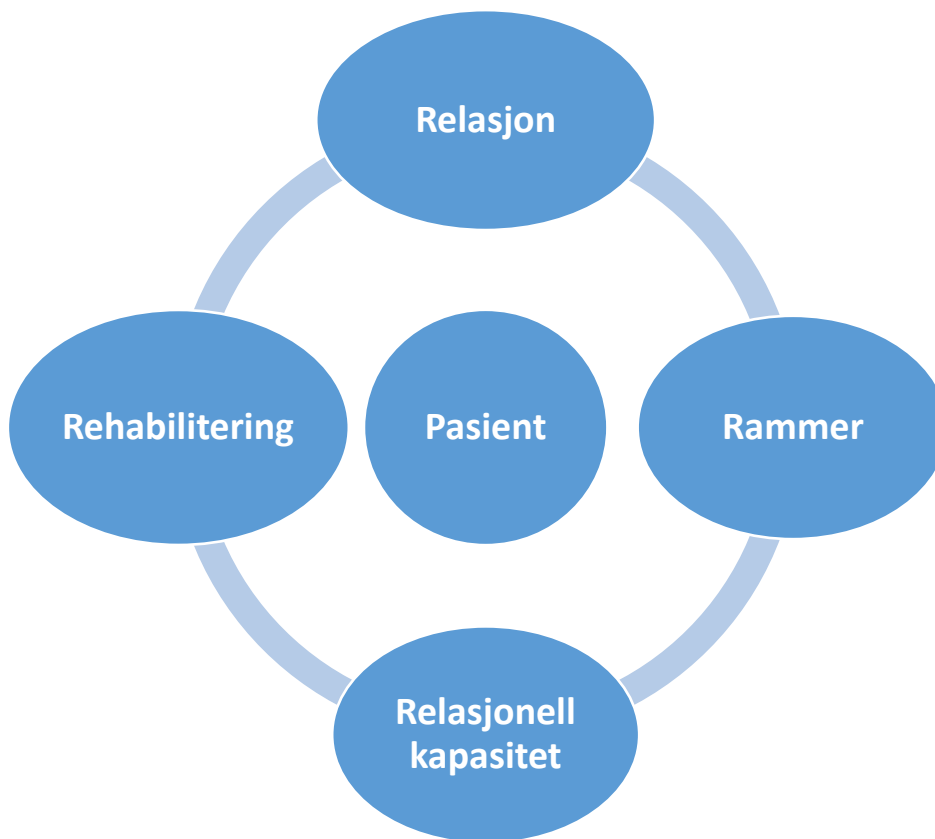
I saker hvor faglig ansvarlig opplevde at de ikke lyktes i særlig grad, enten under dom eller etterpå, kunne man se at de opplevde at pasienten tålte dårlig at rammene ble for løse og at det var vanskelig å få en relasjon til pasienten. Dette kan imidlertid forklares med at dommene var relativt ferske og at de dermed ikke hadde de nødvendige samarbeidsrelasjonene på plass enda. Noen var usikre på om de kom til å få til et samarbeid med pasientene, på grunn av pasientens manglende ønske om samarbeid. Likevel kunne de spore bedring og oppleve at samfunnsvernet var ivaretatt når pasientene var inne på døgn.

¹⁵ HDIR (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

¹⁶ <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>

¹⁷ <https://www.jointactionanalytics.no/viden/relasjonell-kapasitet/>

Til tross for at flere faglig ansvarlige opplevde at spesialpostene ble et for høyt omsorgsnivå for denne gruppen, så kan man tydelig se hvorfor spesialpostene lykkes med å ta hånd om disse pasientene. De har svært gode forutsetninger for å skape strenge og tydelige rammer for pasientene, de er gode på relasjonsbehandling over tid og de har et langvarig rehabiliteringsperspektiv. Dette i motsetning til akuttpostene som ikke har dette fokuset og dermed ikke er egnet som tilbud til denne gruppen.



Figur 2 Forutsetninger for vellykket behandling av pasienter på tidsbestemt særreaksjon: De fire R'ene Rammer, Relasjon, Rehabilitering og Relasjonell kapasitet

Det kan likevel tenkes at gode kommunale tilbud, i samarbeid med politi og spesialisthelsetjeneste ville kunne få til det samme. Spesielt dersom man får gode tverretatlige samarbeid gjennom ansvarsgrupper, med god relasjonell kapasitet.

Oppsummering

Hvorvidt lovendringen fremstår som formålstjenlig beror i stor grad på hvilket formål lovendringen har, eller bør ha. Hvilket formål lovendringen har eller bør ha, beror igjen i stor grad på hvilke posisjon lovendringen vurderes fra. Lovendringen framstår for påtalemyndigheten som formålstjenlig i den forstand at den i betydelig grad reduserer kriminell aktivitet så lenge dommen pågår. Pasientene satte pris på å være rusfri i en periode og var fornøyd med å få behandlingen de fikk, noe som kan tolkes formålstjenlig. Basert på det som er rapportert til Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern (NKE) er det ingen domfelte som har begjært opphør av dommen, noe som de har anledning til. Det kan tyde på at domfelte er av den oppfatning at helsehjelpen nyttig, og at de negative konsekvensene således kanskje oppveies av fordelene. Dommene som har opphørt har også hatt maks lengde.

De ulike representantene fra helsetjenestene er mer delt i synet på om lovendringen er formålstjenlig hva angår behandling av pasientene og om prognosene for varig endring. Man er bekymret for at pasientene fort skal komme tilbake til gamle mønstre med rus og kriminell adferd etter dom. Det etterlyses egnede bo- og omsorgstilbud med adgangskontroll, samt lovhjemmel for å holde pasienter tilbake i behandling under ettervernet og til å kunne behandle pasientens ruslidelse. Det er en klar oppfatning i helsetjenestene at det ikke finnes tilstrekkelige etterverns tilbud til denne gruppen.

Både pasienter og faglig ansvarlige peker på utfordringsområder som er sammenfallende: Bedre behandling av ruslidelse og mulighet for tidligere tilgang til egnede botilbud ute i kommunene, med tett oppfølging og ruskontroll.

Flere representanter fra helsetjenesten opplevde at disse pasientene opptok dyre spesialplasser på et for høyt nivå i forhold til hva pasientene hadde behov for – over lang tid. De hadde imidlertid helt klart behov for *noe*. På den andre siden var utfordringen at omsorgsnivået ble for lavt ved et lavere omsorgsnivå, slik at rammene ble for løse. Det mangler dermed egnede bo- og omsorgstilbud på et mellomnivå til denne gruppen, og man savner en mulighet for f.eks. adgangskontroll. Det er en stor utfordring at det ikke kom noen ressurser med den nye særreaksjonsordningen.

Det er også geografiske variasjoner når det gjelder tilgang til ressurser, der storbyfordelene har vært nevnt. Storbyfordelene handler om å ha nok ressurser, og gode nok tverretatlige samarbeid, til å klare å hjelpe denne gruppen tilstrekkelig, og på denne måten noen ganger forebygge en utvikling som ender med dom.

Videre er det ulikheter i hvordan det tverretatlige samarbeidet fungerer fra sted til sted, der man ser åpenbare fordeler av gode, solide samarbeid i ansvarsgrupper rundt pasientene der politi og kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste har tydelige ansvarsområder. Det vil være svært hensiktsmessig å ha fokus på, og tilstrekkelige ressurser til, å skape slike

tverretatlige samarbeid og øke disse samarbeidenes relasjonelle kapasitet. Politiet ser ut til å ha en like sentral rolle som helsetjenestene og kommunene i disse ansvarsgruppene.

Når det gjelder varetektssurrogat så er tilbakemeldingen at disse får negative konsekvenser for helsetjenestene og at de fortrenger andre pasienter. Det stor usikkerhet rundt omfang, gjennomføring og hvilke rammer for gjennomføring som gjelder for helsetjenestene. Derfor anbefales det en tilsvarende ordning for varetektssurrogat som den som NKE har for dom til tvunget psykisk helsevern.

Det er lite erfaring med ettervern foreløpig siden få dommer har vart 3 år og det har vært kort oppfølgingstid etter opphør av dom. Det anbefales derfor en ny evaluering på et senere tidspunkt for evaluering av ettervern og langtidsvirkningen av dom.

Det anbefales også å studere nærmere de fire forutsetningene for vellykket behandling for denne gruppen: Rammer, Relasjon, Rehabilitering, Relasjonell kapasitet, som en modell for behandlingstilnærming i en større sammenheng og med andre liknende grupper.

SIFER

Et nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

