EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT (CPT)

COUNCIL OF EUROPE

CONSEIL DE L'EUROPE

CPT/Inf (2025) 16

Response

of the Norwegian Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Norway

from 21 to 31 May 2024

The Government of Norway has requested the publication of this response. The CPT's report on the 2024 visit to Norway is set out in document CPT/Inf (2025) 03.

Strasbourg, 19 June 2025

Norway's response to the CPT's report (2024) 49

Item 7. The CPT calls upon the Norwegian authorities to take the necessary steps to ensure that also during future visits its delegations will enjoy ready and unrestricted access to the medical files of all persons deprived of their liberty in the establishments under the Committee's mandate, thereby guaranteeing the full implementation of the Convention's provisions.

Response:

As stated in conjunction with the Committee's visit in 2018, Norway contends that the obligation to provide the Committee with available information is without prejudice to national rules of confidentiality. Both Article 8, paragraph 2, sub-paragraph (d) of the Convention and paragraph 64 of the Explanatory Report to the Convention acknowledge that member States have different rules concerning disclosure of information, and it is stated that the Committee shall take such rules into consideration when seeking information. Rules relating to medical confidentiality are explicitly mentioned in paragraph 64 of the Explanatory Report. However, Norway's confidentiality rules did not prevent the Committee from receiving any information it requested during its visits to Norway in both 2018 and 2024. It is our view that, under the current regulations, we can arrange for the Committee to receive any information it requires in order to perform its important duties during future visits too.

Item 9. The CPT trusts that the Norwegian authorities will pursue their efforts and take steps to implement the recommendations set out in this report, in order to further improve the situation of persons deprived of their liberty and enhance their protection against ill-treatment.

Response:

We assure the CPT that all recommendations in the Committee's report will be carefully considered. We remain committed to amending rules and altering practices with the aim of improving the situation of persons deprived of their liberty**.**

Item 10. The CPT would like to be informed if the prisoner who is currently detained in Bredtveit prison has undergone a psychiatric assessment since the delegation's visit and, if so, what the outcome was of such assessment.

Response:

Following the CPT's visit to Skien prison, the South-Eastern Norway Regional Health Authority has followed up the cases with regular updates, meetings and other dialogue with the Correctional Service both locally and at the regional level, as well as with relevant health institutions.[…][*]

[*] Sensitive personal data deleted from the public version of the response in conformity with Article 11 (3) of the CPT Convention

The CPT would like to be informed when the beds in the Trondheim psychiatric hospital will be available for these two prisoners.

Response:

The second prisoner has been sentenced to compulsory care and was transferred to the Central Professional Unit in Trondheim. It is currently being assessed whether she can apply for a reopening of her conviction.

The third prisoner remains in Skien prison. […][*] We will continue to follow up the prisoner closely in collaboration with the Norwegian Correctional Service. The National Reinforced Community Unit (NFFA) in Skien prison is scheduled to be operational in the beginning of 2026, and it is hoped that this prisoner will be able to be transferred there.

Item 18. The CPT was informed that no changes had been made to the relevant instructions, rules and regulations since the CPT's previous visit in 2018. Therefore, the observations of this Committee in respect of the fundamental safeguards against torture or inhuman or degrading treatment or punishment made during the CPT's 2018 visit to Norway remain valid, most notably as regards delayed access to a lawyer for indigent criminal suspects.

It is regrettable that the Norwegian authorities have decided against amending the relevant legislation. Whilst the fundamental safeguards in place may be sufficient from the perspective of due process, as regards the prevention of torture and ill-treatment, the system remains less than impermeable. In particular, the cumulative effect of delayed access to a lawyer for indigent criminal suspects and the non-recording of visible injuries upon admission to a police station (See paragraph 24 below), may lead to a situation where incidents of police violence are missed. Here it should be considered that, as in 2018, the CPT observed that the medical screening upon entry to prison is not geared towards detecting cases of police ill-treatment. (See paragraph 110 below). The same observation could be made as regards the medical screening upon entry into a centre for the detention of foreigners. (See paragraph 52 below). This further enhances the risk of cases of ill- treatment escaping the attention of the Norwegian authorities.

The CPT fully acknowledges that, once again, its delegation did not receive any credible allegation of ill-treatment by police and that national monitoring bodies do not have findings which differ from those of the CPT. However, in its role as a preventive mechanism, it is this Committee's duty to remind the Norwegian authorities that no society is immune to police ill-treatment and, in its experience, the period immediately before and directly following deprivation of liberty is when the risk of intimidation and physical ill-treatment is greatest. Consequently, the possibility for persons taken into police custody to have immediate access to a lawyer during that period is a fundamental safeguard against ill-treatment. The existence of that possibility will have a dissuasive effect upon those minded to ill-treat detained persons; further, a lawyer is well placed to take appropriate action if ill-treatment actually occurs. The CPT would like to receive the comments of the Norwegian authorities on the above.

[*] Sensitive personal data deleted from the public version of the response in conformity with Article 11 (3) of the CPT Convention

Response:

Pursuant to the Criminal Procedure Act, Section 98, first paragraph, a defence lawyer shall, as far as possible, be appointed – at public expense – for a person who is charged and arrested 'as soon as it is clear that he will not be released within 24 hours of the arrest'. Pursuant to a circular issued by the Director of Public Prosecutions (RA-2006-4), this rule shall be strictly enforced. If it is clear at the time of the arrest that the accused will not be released within 24 hours, a lawyer shall be appointed immediately. If the person charged was under 18 years of age at the time of the offence, the time limit is within 12 hours of the arrest. The right to have a defence lawyer appointed pursuant to Section 98, first paragraph of the Criminal Procedure Act applies regardless of the severity of and the sentencing framework for the offence(s) of which the accused is suspected. The right to a defence lawyer at public expense is without prejudice to the defendant's right pursuant to Section 94 of the Criminal Procedure Act to have the assistance of a defence lawyer of his own choice, and at his own expense, at every step of the case.

In 2016, an expert committee – the Committee on Criminal Procedure – presented its proposal for a new Criminal Procedure Act; see NOU 2016: 24 *Ny straffeprosesslov* ['The New Criminal Procedure Act']. The Committee proposed, inter alia, amendments to the rules on appointing a public defence counsel in connection with arrests and police interviewing. The Committee's proposal is still under consideration by the Ministry. Any relevant recommendations from the CPT will be taken into account in conjunction with the future follow up of the proposal.

We would also like to stress that the Director of Public Prosecutions has recently issued guidelines for police interviews of children and particularly vulnerable persons that are classified as suspects in criminal cases (the Director of Public Prosecutions' publication series 1/2023). The guidelines emphasize, inter alia, that as a general rule, a defence counsel should be appointed in connection with interrogations in cases of a certain seriousness.

It is our opinion that the current legal framework in Norway is adequate to protect indigent criminal suspects from ill-treatment. We do however take note of the CPT's reflections. It is a valid observation that the perspective of due process can have a stronger impact than the prevention of ill-treatment in some of our considerations when developing new rules.

Item 21. The CPT recommends once again that the Norwegian authorities take the necessary steps to ensure that all detained persons effectively benefit from the right of notification of custody from the very outset of their deprivation of liberty, facilitated by the police as necessary, including by retrieving phone numbers from confiscated mobile phones, and that the application of any exception in a given case should be notified to the detained person concerned.

Further, the CPT recommends once again that the Norwegian authorities take the necessary steps to ensure that the right of notification of custody also applies in practise to detained persons whose next of kin or other relevant persons reside outside Norway.

Response:

New national arrest instructions were issued by the National Police Directorate (NPD), which came into force on 1 September 2024. A draft of the instructions were shown to the CPT during its visit in May 2024. The new national arrest instructions address the various concerns pointed out by the CPT.

Procedures for notification to relatives/family as well as to embassies for foreign citizens are outlined in chapter 6 of the arrest instructions. The police are now required to notify relatives of foreign nationals who are located in other countries.

It is a matter of concern that the CPT met foreign citizens who claimed that they had not been allowed to contact a third person of their choice. The National Police Directorate expects that the provisions in the new national arrest instructions will be followed, and that notification will be carried out as described therein. This will be a topic for future inspections.

Item 23. The CPT recommends once again that all persons deprived of their liberty by the police have access to a lawyer, whether private or state funded, from the outset of their detention. Further, the Committee would like to receive information as to the eligibility for an *ex officio* lawyer of persons deprived of their liberty under the provisions of the Immigration Act.

Response:

The Norwegian Immigration Act contains provisions to protect foreign nationals who are deprived of their liberty.

Pursuant to the Immigration Act Section 99, a coercive measure may only be used when there is sufficient reason to do so. A coercive measure may not be used when doing so would constitute a disproportionate intervention in light of the nature of the case and other circumstances. The conditions for the right to apprehend and detain a foreign national are set out in the Immigration Act, Section 106 et seq.

Pursuant to The Immigration Act Section 92, the court shall appoint a legal counsel before hearing a request for detention of a foreign national, at no cost for the person in question. Wherever possible, legal counsel shall be appointed as soon as it becomes clear that an apprehended foreign national will not be released, removed or presented for detention by the end of the second day after apprehension. A foreign national who is apprehended or detained has the right to unmonitored written and oral communication with his legal representative. The court decides when the appointment of the legal counsel shall end.

Foreign nationals who are apprehended may also receive free legal advice in a prior or parallel immigration case, depending on the nature of the case. A foreign national may seek privately funded legal advice at an earlier stage than that which triggers the right to free legal counsel.

As regards persons detained during police investigation, we refer to the response in item 18 above.

Item 24. The CPT recommends that the Norwegian authorities take the necessary steps to ensure that in case of visible injuries on a person to be admitted to a police detention facility a record is drawn up by a medical doctor, containing:

- **i) an account of statements made by the person which are relevant to the medical examination (including their description of their state of health and any allegations of ill-treatment);**
- **ii) a full account of the objective medical findings based on a thorough examination supported by a "body chart" for marking traumatic injuries and, preferably, photographs of injuries; and,**
- **iii) the healthcare professional's observations in the light of i) and ii), indicating the consistency between any allegations made and the objective medical findings.**

A special trauma register should be kept, in which all types of injury observed should be recorded. Further, the CPT recommends that procedures be put in place to ensure that whenever injuries are recorded which are consistent with allegations of ill-treatment made by the detainee concerned (or which, even in the absence of an allegation, are clearly indicative of ill-treatment), the record is systematically brought to the attention of the competent prosecuting authorities.

Response:

We understand the CPT's concern, however we do not currently see the need to make it obligatory to always call a doctor if a detained person has medically insignificant injuries and does not request a doctor.

Pursuant to section 14 of the instructions, if a detainee claims to have been subjected to a criminal act or reprehensible behaviour during a deprivation of liberty, or there may be suspicion of such circumstances for other reasons, staff at the detention facility must, notify their immediate superior without delay.

Item 26. The CPT recommends that the Norwegian authorities ensure that information leaflets setting out rights of detained persons, including for persons detained under the Immigration Act, are available throughout the country, and that these leaflets are handed out to persons detained by the police upon arrival in the police station. These information leaflets should contain updated and accurate information and have been written in manner which makes them easy to understand. Detained persons who are unable to read the information leaflet or understand its contents receive appropriate assistance including, where necessary, using alternative modes, means and formats of communication.

Response:

The National Police Directorate has published an information leaflet on the rights of detainees. The leaflet has been translated into 40 different languages and is available throughout the country. It is given to persons deprived of their liberty as quickly as possible following their detention. Please see the attachment.

Item 30. The CPT would like to receive information from the Norwegian authorities whether the amendments to the Criminal Procedure Act and/or the instructions include the matters referred to in paragraph 29 above.

Response:

No amendments have been made to the Criminal Procedure Act and/or instructions regarding the matters referred to in paragraph 29. In Norway, there is a principle that the court shall establish the facts based upon a free evaluation of the evidence. The accused has no obligation to testify or provide a statement, neither to the court nor to the police. Before the examination, the suspect shall be informed of their right to remain silent. The Criminal Procedure Act, section 93, second paragraph, states that if the person charged refuses to answer, or gives a non-committal answer, the presiding judge may inform them that this may be considered in their disadvantage. The same applies under the statement to the police, cf. Section 232, second paragraph. In a circular issued by the Director of Public Prosecutions (RA-2016-2), it is stressed that the police must not use promises, false information, threats, coercion, or means that impair the suspect's consciousness or ability to self-determination when carrying out their duties. Whether any refusal to answer or non-committal answers provided are in fact given weight in the evaluation of evidence is determined by the court depending on the circumstances of the case and in light of all of the available evidence.

Item 37. The CPT would like to receive an update on the status of the transfer of responsibility for healthcare to the municipality. Further, the Committee would like to be informed about the timing of the creation of a healthcare centre within the Trandum facility.

Response:

On January 1, 2025, the healthcare services became municipal. The municipality where the immigration detention centre is located is thus responsible for providing health and care services to the detainees being held at Trandum. This responsibility is regulated by the Health and Care Services Act. Municipalities are free to decide how they organize the services.

As regards the creation of a healthcare centre in Trandum, construction work is ongoing. The aim is for the healthcare centre to be ready by summer 2025. In the meantime, health services for detainees are provided at the existing facilities in Trandum.

Item 38. The Committee would like to receive updated information as to the transfer of responsibility of immigration centres operating in Norway from the police to the correctional services.

Response:

The potential transfer of responsibility from the police to the correctional services is under consideration by the Ministry of Justice and Public Security. No decision has been made yet. However, the National Police Immigration Service (NPIS) has launched a project to review all aspects of operations in relation to the overall security framework at the Trandum detention centre. The project was initiated in November 2024 and will finish in June 2025. Recommendations made as part of the project are continually being followed up.

From July to December 2024, no detainees had remained at the detention centre for more than six months.

The CPT has stated that the total amount of police officers at the detention centre at the time of its visit was 195 (reference is made to paragraph 60 in the CPT's report). We apologize that the documentation sent after the visit provided the wrong impression of the total number of employees. The correct number is 104.

Item 44. the CPT recommends that the Norwegian authorities take the necessary measures to remove the prison doors of the rooms of the normal accommodation areas, and to replace them with normal doors, lockable from the inside.

Response:

The doors serve both as fire doors and as necessary security measures to keep the rooms locked at certain times. The National Police Immigration Service has ordered new locks for the existing doors that will allow those staying in a room to lock and unlock their doors themselves, both from the inside and the outside. Staff will still have the ability to override the lock when needed.

Item 49. The Committee recommends that the Norwegian authorities take measures to end the practice of locking detained foreign nationals inside their room and to ensure that an open-door regime is implemented. Further, the CPT recommends that the Norwegian authorities take measures to ensure that all foreign nationals be granted more frequent, and preferably daily access to the activity centre, and that those detained for prolonged periods are provided with a wider range of purposeful activities (such as educational, music and arts and craft activities).

Response:

We refer to the response to item 44 concerning door locks. Improving the range of activities for the detainees and the time they can spend at the activity centre is one of the topics being considered by the ongoing project.

Item 50. Efforts should be undertaken to ensure that nurses are present at the Trandum Detention Centre seven days a week.

Response:

The municipality in which the immigration detention centre is located is responsible for providing health and care services to the detainees. This responsibility is regulated by the Health and Care Services Act. Municipalities are free to decide how to organize these services.

Item 53. The Committee recommends that the Norwegian authorities take the necessary steps to ensure that the intake medical screening includes possible signs of mental disability, vulnerability and previous experience of traumatisation, violence or abuse (including torture, sexual and other gender-based violence or human trafficking), and that signs of injury are duly recorded, including:

- an account of statements made by the person which are relevant to the medical examination (including the description of their state of health and any allegations of ill- treatment made by them);

- a full account of objective medical findings based on a thorough examination;

the healthcare professional's observation in the light of i) and ii), indicating the consistency between any allegations made and the objective medical findings.

The record should also contain the results of additional examinations performed, detailed conclusions of the specialized consultations done and treatment applied for the injuries or any further procedures conducted.

Recording of the medical examination in cases of injuries should be made on a special form provided for this purpose, with "body charts" for marking injuries that will be kept in medical file of the foreign national. Injuries should be photographed and the photographs filed in the medical record of the person concerned. In addition, documents should be compiled systematically in a special trauma register where all types of injuries should be recorded.

Whenever injuries are recorded by a healthcare professional which are consistent with allegations of ill-treatment made by a foreign national (or which, even in the absence of allegations, are indicative of ill-treatment), the report is immediately and systematically brought to the attention of the relevant investigative authority.

The healthcare professional should advise the foreign national concerned that the writing of such a report falls within the framework of a system for preventing ill-treatment, that this report automatically has to be forwarded to a clearly specified independent investigative authority and that such forwarding is not a substitute for the lodging of a complaint in proper form. The results of every examination, including the above-mentioned statements and the healthcare professional's opinions/observations, should be made available to the foreign nationals and to their lawyer.

The same procedure should be followed after a violent incident within the establishment or whenever a foreign national is brought back to the Centre after a failed removal.

The national authorities should offer special training to healthcare professionals on the manner in which medical screening of foreign nationals is to be performed, on the recording of any injuries observed and on the reporting procedure.

Response:

At the time of the Committee's visit, healthcare services were provided by a private medical firm and nurses employed by the immigration unit. From January 1, 2025, the responsibility for healthcare services at the Police Immigration Unit became a statutory duty for the municipalities in which the units are located. Ullensaker municipality is responsible for providing healthcare services to detainees and has been asked to consider the Committee's input to ensure proper follow-up.

Item 55. The CPT therefore recommends that the direction of Trandum Detention Centre ceases the use of padded helmet and body-cuff on persons presenting a risk of suicide or self-harm. The Committee recommends putting an end to a security driven approach to self-harm management in Trandum Centre, in light of the precepts mentioned above, including by having healthcare staff systematically visit the person immediately after arrival at the centre and whenever risk of self-harm is identified.

Response:

NPIS disagrees with the description in the report on the use of padded helmets and body cuffs, and on how detainees are treated when they are under restrictions pursuant to the Immigration Act Section 107 (5).
Body cuffs and padded helmets are only used as a last resort. Staff will always spend time with the detainees, talking and motivating them to minimize the need to use body cuffs and padded helmets when they are placed in the security wing. It is therefore not necessary to use body cuffs or padded helmets for most of the detainees held at the security wing.
To illustrate the low number at the detention centre in 2024, body cuffs were only used in one case.
If it is considered necessary to use a body cuff or padded helmet, staff will always stay in the cell with the detainee. Medical staff will visit the detainee in the cell as soon as possible. This is also clearly stated in the local standard procedure.

Item 56. The CPT recommends that the Norwegian authorities take the necessary measures to offer psychological support at the Trandum Detention Centre, including through the regular presence of a psychologist in the Centre.

Response:

The municipality in which the immigration detention centre is located is responsible for providing health and care services to the detainees. This responsibility is regulated by the Health and Care Services Act. Municipalities are free to decide how to organize these services.

Item 57. The Committee recommends that the Norwegian authorities undertake steps to ensure that the house rules of Trandum Detention Centre are made available in a wider range of languages commonly spoken by detained foreign nationals. In addition, the CPT recommends that the Norwegian authorities review the information brochure distributed to the detained person to set out information in a way so that the persons are informed of their rights, in a language and manner that they can understand and in an accessible format. To this end, the CPT invites the authorities to make use of illustrations in the brochure.

Response:

The National Police Immigration Service will take the recommendation into consideration in the ongoing project mentioned in item 38 above.

Item 59. The Committee recommends that the Norwegian authorities ensure that asylum seekers are not interviewed by government representatives from their country of origin.

Response:

It is not correct that detainees with ongoing asylum cases are interviewed by representatives from their country of origin. According to the Immigration Act Section 83 (2) "A foreign national may not be ordered to assist in clarifying his or her identity in a manner which comes into conflict with a need for protection". Only if an application for protection is rejected, and the obligation to present necessary documentation has not been met, will detainees be interviewed by representatives from their country of origin.

Item 62. The Committee is of the view that the practice of systematically performing strip searches upon placement in the security unit is an excessive security procedure and recommends that it be discontinued. Further, the Committee encourages the Norwegian authorities to provide Trandum Detention Centre with a body scanner which exists in other detention settings.

Response:

NPIS disagrees with the description of the systematic use of strip searches upon placement in the security unit. Body searches are only conducted when the conditions set out in the Immigration Act section 107 (4) are met, and when it is not considered disproportionate.
The National Police Immigration Service has decided to purchase body scanners, and the procurement process is ongoing.

Item 68. the CPT recommends that the Norwegian authorities take measures to ensure that the imposition of security measures in immigration detention centre is used proportionally, as foreseen by Norwegian law and regulations

Response:

The National Police Immigration Service disagrees with the description that placement in the security wing is used as "de facto disciplinary sanctions". The recommendation by the CPT will however be taken into consideration in connection with the training of staff. Amongst other things, the training aims to improve the staff's skills at documenting the use of security measures.

Item 69. The CPT has misgivings about the practice of carrying such devices (pepper spray, handcuffs and batons) within immigration detention areas and therefore recommends that the Norwegian authorities ensure that the procedures in place at Trandum Detention Centre are appropriate to administrative detention. In particular, pepper spray and batons should not be carried by staff inside the facility. Applicable laws and regulations should be amended accordingly.

Response:

The National Police Immigration Service will take the recommendation into consideration as part of the review of the overall security framework in the ongoing project.

Item 70. The CPT encourages the Norwegian authorities to develop policies and procedures which will allow detained foreign nationals held in detention immigration centres to keep, or at least have more regular access to, their own mobile phones, including access to the internet for telephone calls free-of-charge

Response:

Access to mobile phones and the internet are issues which are addressed in the ongoing project mentioned in our response to item 38 above.
Since the CPT visited the detention centre in 2024, there has been an increase in the time for free calls for detainees. Since December 2024, the call time has been adjusted from 105 minutes to 300 minutes, and an upper limit for costs related to call time is set at NOK 1,200. In January 2025, the cost limit was adjusted so that detainees can call for up to NOK 1,600, still within a call time of 300 minutes. The adjustment was made because the limitation of NOK 1,200 in practice reduced the call time to less than 105 minutes for those who called a great deal to countries with high rates.

Item 71. While it welcomes the installation of internet to be used by detained foreign nationals, the CPT wishes to receive additional information from the Norwegian authorities as to whether limitations to sites have been imposed. In addition, the CPT recommends that the Norwegian authorities take measures to allow for frequent access to the internet, preferably daily, to persons held in immigration detention centres.

Response:

Access to the internet is offered to detainees following individual assessments. No specific restrictions have been placed on the use of social media once access has been granted, which means that detainees have access to all web-based social media and communication platforms. Software for the most common services for video calls is available on the PCs and detainees can request additional programs. The WhatsApp service is in demand but is designed for smartphones. There is not yet a solution to offer this service on PC. In addition, it is possible to use YouTube on the televisions in the common areas.
Internet access in the dormitory is blocked for downloading illegal and offensive content. A standard filter is used that the supplier of the internet router offers for this purpose. There have been no complaints about other types of content being filtered out.
Those who are not given general access to the internet can use terminals that have been set up with access for news services only. These do not provide access to social media.

Item 80. In 2023, the Norwegian authorities started a process of amending provisions related to the exclusion of company[68] and the use of coercive measures. The objective of the planned amendments is to reduce prisoners' isolation, to increase meaningful human contact in prison for those excluded from company or placed under a security measure, and to reduce the use of restraint beds and security cells in prison. The Committee would like to be informed by the Norwegian authorities on the state of affairs of this legislative review and on the adoption of the amendments.

Response:

In February 2023, the Ministry of Justice and Public Security sent a letter for public consultation, containing proposals for amendments to the Execution of Sentences Act and the Health and Care

Services Act. The aim of the proposals is to reduce challenges relating to isolation in prisons. The proposed amendments are currently under consideration by the Ministry.

Item 81.The CPT would like to be informed by the Norwegian authorities on the adoption and extension, if any, of the use of electronic monitoring in lieu of prison.
Response:

In a consultation letter sent out in May 2024, the Ministry of Justice and Public Security proposed amendments to the Execution of Sentences Act related to the execution of sentences with electronic monitoring and the use of electronic monitoring measures. The proposed amendments include a clarification of the distinction between serving the entire sentence with electronic monitoring (full execution) on the one hand and serving the final part of the sentence with electronic monitoring (partial execution) on the other. Furthermore, it is proposed to expand access to both full execution and partial execution. It is proposed to establish a general rule that all individuals serving an unconditional prison sentence, after an individual assessment, may complete their sentence outside prison with electronic monitoring (partial execution), regardless of the offense for which they were convicted. Furthermore, special rules have been proposed for young offenders under the age of 25 based on a step-by-step model, allowing increased access to electronic monitoring for young offenders. Electronic monitoring may also be conducted in an institution. The proposal also includes granting the Correctional Service the authority to use digital control measures during the execution of community-based sentences, as well as during leave on temporary licence, parole, and preventive detention. The proposed amendments are currently under consideration by the Ministry.

Item 83. The CPT recommends that prison staff in Halden prison, the Skien Unit of Telemark prison and Tromsø prison receive a clear message that verbal abuse and disrespectful behaviour are unlawful, unprofessional and unacceptable, and will be sanctioned accordingly. Further, the Committee recommends that staff be reminded that prisoners should always be treated with respect

Response:

The Correctional Service aims to maintain a high level of ethical awareness within the organization. All employees are expected to act correctly and respectfully towards every prisoner with whom they come into contact. The Correctional Service has both a General Service Instruction and Ethical Guidelines that are intended to guide staff in their desired behaviour and establish an ethical standard for both management and staff. Based on the findings and recommendations of the CPT, the Directorate for Norwegian Correctional Service (KDI) will send a letter to all regions, asking regional directors to follow up with their units in the governance dialogue and requesting that all employees be reminded of the service instructions and ethical guidelines. The Correctional Service also has an e-learning course on ethical guidelines which it will encourage staff to complete.

Item 85. the Committee recommends that the Norwegian authorities take appropriate measures to ensure that prison staff handle high-risk situations without using unnecessary force, including through trainings in ways of averting crises and defusing tensions and in the use of safe methods of control and restraint, and that they deliver to prison staff the clear message that excessive use of force is not acceptable and will be dealt with accordingly.

Further, the CPT recommends that a dedicated register on the use of force be put in place in Tromsø prison.

Response:

The Directorate will increase its focus on the implementation of training in the use of physical force in accordance with the current requirements, which will reduce the risk of injury to inmates and staff in such situations. The training focuses on the correct execution of techniques, as well as reviewing the legal basis for the different modules.

The Correctional Service does not have a dedicated register over situations in which the use of force has been found to be necessary in any prisons. Such incidents are on the other hand to be registered in written reports, filed in the archive (Doculive) and noted in the prisoner's journal in the Correctional Service's database (KOMPIS).

However, the Correctional Service will consider whether a dedicated register is applicable and appropriate and whether to potentially implement such a register into the new Offender Management system (OMS) being established (KODA). The Correctional Service will also have to ascertain if such a register complies with privacy legislation and is accepted by The Norwegian Data Protection Authority.

Item 87. The Committee recommends that the Norwegian authorities take steps so that the ventilation systems be improved in the abovementioned prisons (Halden prison, Telemark prison Skien, Agder prison Mandal).

Response:

In such relatively new prisons as Halden prison and Agder prison, it is the responsibility of the building owner (the Norwegian Directorate of Public Construction and Property) that the indoor climate meets the stipulated levels. KDI will raise this issue with the Norwegian Directorate of Public Construction and Property and request that adjustments take place if necessary. However, it should be noted that on certain days, for example when it is particularly hot, the indoor climate can be experienced as hot and with poor air quality, without this being a deviation from the standards stipulated for the indoor climate. Deviations from the ideal temperature can occur without this constituting a fault in the ventilation system.

Item 89. The CPT recommends that the Norwegian authorities ensure that:

- **the yards located within Unit A of Skien prison of Telemark prison be rendered more welcoming; and**
- **shelters against inclement weather be installed in all the yards of all Norwegian prisons.**

Further, the Committee invites the Norwegian authorities to consider increasing the amount of time offered to prisoners to make full use of the outdoor space in the prisons available to prisoners.

Response:

According to the guidelines for Norwegian prison buildings, there must be suitable, welcoming yards with shelters against inclement weather in all new prisons. Furthermore, the same requirements are followed when major refurbishment/maintenance projects are implemented in existing prisons.

In Skien prison, refurbishment work is now taking place, where consideration for shelter against inclement weather and the suitability of the outdoor areas are taken into account. Parts of the yard will have shelter.

The amount of time the prisoners are allowed outdoors in the yard depends on local conditions, where staffing and considerations for other activities in the prison form part of the decision.

Item 91. The Committee invites the Norwegian authorities to review the organisation of self-catering system in the prisons to ensure that prisoners have enough time allocated to access the prison's supermarket, outside the outdoor time.

Response:

KDI will consider bringing this up in the governance dialogue to ensure that inmates have sufficient time to access the prison's supermarket outside of outdoor time.

In 2019, the Correctional Service developed guidelines for self-catering in prisons and halfway houses. Self-catering in the correctional system means that prisoners are responsible for making their own purchases and preparing their own food during the execution of their sentence.

The principle of normality is a fundamental principle of the correctional service's operations. As far as possible, life during the execution of a sentence should mirror life in society at large.

The purpose of self-catering is to develop and strengthen prisoners' skills to manage everyday life in society. The responsibility for organizing and establishing procedures for the purchase of food and other activities in each prison is delegated to the prison administration.

Item 92. Concerning the Mandal Unit of Agder prison, the CPT encourages the Norwegian authorities to:

- **provide the necessary means to the prison to finalise the installation and ensure a secured and proper functioning of the new digital solutions with electronic messaging systems;**
- **offer additional space for work and education; and**
- **explore methods allowing for proper dynamic security.**

More generally, the CPT invites the Norwegian authorities to take into account the aforementioned remarks and review the "Model 2015" of Norwegian prisons, in case of future construction of prisons based on this model.

Response:

Mandal (in addition to Froland) has been a pilot facility for a new digital system for prisoners called OSS – Offender Self Service. Through this system, prisoners can access multiple digital services via a total of five wall-mounted stations around the prison. They can also send messages to various departments within the prison, such as the library, healthcare unit, chaplaincy, the Labour and Welfare Administration (NAV), and others. Approximately 10,000 such messages were sent in 2024 in Mandal alone. However, it is not possible to send messages externally from this system, such as to family members or other contacts.

CMS, as referenced, is an outgoing offender management system that we have used to facilitate the implementation of OSS for the opening of the prison. This will eventually be replaced by a newer system, KODA, allowing OSS to be rolled out to other prisons as well. The goal remains to make OSS accessible via thin clients in the cells, rather than solely through wall-mounted stations.

Finally, we would like to highlight that we already have several digital solutions for prisoners in pilot phases. One example is KOMPASS, which provides limited access to the internet and to public digital services from our partner organizations.

In connection with the construction of a new prison in Ilseng, KDI will carry out an assessment of the space for work and education in all Model 2015 prisons. The assessment will also address measures to increase the level of activity within the existing premises at Agder prison.

It is, however, clear that the area for work and education will be somewhat increased in future projects.

KDI is currently studying the layout of the control rooms and the glass screens. It is important that the layout supports dynamic security, but it must also be in line with the requirements arising from the Personal Data Act when prison officers are working with information relating to prisoners.

Item 93.The CPT would like to receive clarifications from the Norwegian authorities about what plans there are at Tromsø prison, such as the possible construction of a halfway house, to eradicate the problem of having prisoners being unnecessarily held in higher security and more restrictive conditions than they require.

Response:

Together with the Norwegian Directorate of Public Construction and Property, KDI launched a report in 2024 on future prison capacity. In the report, it was proposed to establish a halfway house in Tromsø with 15 places, adjacent to the current prison. This will allow a larger number of prisoners from Troms and Finnmark to serve their sentence closer to their place of residence.

Item 97. In light of the above, the Committee recommends that the management of the prisons review the organisation of work, training and education in Halden prison, to ensure that the prisoners make full use of the opportunities offered to them and that their regime is not negatively impacted by staff reductions.

Response:

Prisoners who are neither in custody nor remand are required to participate in activities while in prison. Prisoners on remand are entitled to participate in work, training, programs or other measures. However, they cannot be ordered to do so. In its annual allocation letters, KDI sets as a requirement for regions and prisons, that 85% of the prisoner's day should be spent involved in work activities, education, programs, or other measures. The framework for this is outlined in Circular KDI 6/2019 – Activation and Registration of Activity. The prison director is responsible for prioritizing resources, ensuring increased participation by the prisoners in activities, and thus reaching the activation target.

The Correctional Service's University College and Training Center (KRUS) trains vocational officers. In 2024, KRUS published the Vocational Officer Handbook for work activities. The handbook aims to strengthen professional practices in work activities, providing recommendations on adapted work for vulnerable and mentally ill prisoners, product development, and on promoting work activities aligned with the labour market and employment opportunities for prisoners on their release.

The County Governors in Norway are responsible for providing upper secondary education in all prisons, including both academic and vocational training. The Ministry of Justice and Public Security (JD) and the Ministry of Education and Research (KD) have developed guidelines for cooperation between the correctional service and educational authorities regarding primary and upper secondary education, which is a right for prisoners on the same basis as the general population.

Higher education is not a right, but many prisons facilitate access to higher education for prisoners.

In 2025, the national budget for the Correctional Services has been increased by NOK 150 million in order to reverse the negative trend of reduced staffing in prisons.

Item 99. The CPT notes with concern that, of over 20 prisoners held in Block A (Skien Prison) almost half of the prisoners did not work or follow any education or training due to serious mental health disability, including difficulties in coping with life in prison. In this regard, reference is made to the remarks and recommendations contained in paragraphs 122 and 123 of this report.

Response:

Norway recognizes that the conditions described in item 99 are challenging. This is particularly true regarding the care and management of prisoners who are mentally ill, but also those who find it difficult to be in prison and struggle to adapt to the community with others.

As of today, the Correctional Service has ten activation teams and two resource teams. These teams have been established as a permanent national measure to prevent isolation. The primary target group for these teams consists of individuals with vulnerable behavioural challenges and mental health issues who have limited participation in communal activities.

Norway believes that it is important to strengthen this work and recognizes the need for better collaboration between the Correctional Service and healthcare services to ensure that this group of prisoners is cared for in the best possible way.

On March 17, 2025, the Official Norwegian Report, Community Protection and Care (*Sammfunnsvern og omsorg*) was delivered to the Government. Amongst other things, it includes recommendations related to prisoners with mental health issues. The report will be sent out for public consultation, after which the Norwegian authorities will conduct a thorough assessment of the recommendations; both those in the report and those submitted by the public.

Item 101. Given the potentially harmful effects of solitary confinement, the Committee recommends that the Norwegian authorities take additional measures in all Norwegian prisons to ensure that prisoners subjected to complete exclusion from company or to court-ordered full isolation:

- **benefit from a structured programme of purposeful and preferably out-of-cell activities; and**
- **are provided – <u>on a daily basis</u> – with meaningful human contact. The aim should be that the prisoners concerned benefit from such contact for at least two hours every day and preferably more.**

Response:

Norway supports the recommendation from CPT that greater efforts must be made to ensure that prisoners subjected to complete exclusion from company or to court-ordered full isolation, receive adequate means to safeguard their well-being and prevent potential harm from isolation.

As mentioned in the response to item 99 above, the Correctional Service has ten activation teams and two resource teams which are essential to reducing isolation.

In the Directorate's circular no. 3/2023, guidelines have been provided stating that in cases where prisoners have been excluded from the general community, weekly plans must be developed to

ensure that they are offered at least two hours of meaningful human contact per day. These weekly plans should ensure compliance but also serve as documentation of the Correctional Service's efforts to prevent isolation.

Item 104. In light of the above, and considering the risk of indefinite preventive detention, the Committee recommends that the Norwegian authorities take the necessary measures to increase the capacity in specialised preventive detention units, for instance in Ila prison, to ensure that all persons under preventive detention are offered the special regime they need for their social reintegration and preparation for release. In addition, the CPT recommends that specialist support is given to prisoners under preventive detention in the Skien Unit of Telemark prison.

Response:

Norway currently has 123 preventive detention places, incl. progression in prisons with a lower security level.

Over several years, Norway has prioritized increasing the number of preventive detention places, which has resulted in:
In 2021, 10 new preventive detention places were created
In 2022, 10 new places
In 2024, 7 new places
In 2025, 5 new places

The increase in the number of detention places has had a positive effect. As of November 2024, there were 13 prisoners who were in ordinary prisons awaiting a cell in preventive detention. This number has previously been higher.

Norway continues to monitor the need for more places and is giving this a high priority. Other measures to improve the situation for those sentenced to preventive detention, will also be addressed in the upcoming white paper to the Norwegian Parliament (Storting).

With respect to CPT's recommendation that specialist support be given to prisoners in preventive detention in the Skien Unit of Telemark prison, the Correctional Service has a close cooperation with the specialist health-service in Skien. In addition, the prison has employed a psychologist whose duty is to provide guidance to staff who work with inmates with behavioural challenges and psychological problems. This contributes to the professional handling of prisoners in preventive detention.

We also refer to our response to item 99 above, where we mentioned the Official Norwegian Report Community Protection and Care which was submitted to the Government on the 17th of March 2025. The report also addresses prisoners in preventive detention.

Item 105. In light of the above, the Committee recommends that the Norwegian authorities increase the use of telephone interpretation in the prisons to ensure that daily living issues are adequately communicated by prison staff to detained foreign nationals. Further, the Norwegian authorities should ensure that prison may avail to staff with diverse language skills.

Response:

Norway recognizes the need to increase the use of interpreters in prisons. However, it is noted that prisoners generally both speak and master Norwegian and/or English. Furthermore, the Correctional Service employs many staff members with a native language other than Norwegian, which helps address a significant portion of the need for translation and interpretation. Nevertheless, we are aware that this is not the case in all prisons in Norway and we will aim to hire staff who are proficient in multiple languages moving forward.

In 2018, the Directorate drew up guidelines for the use of interpreters and interpreting services in the Correctional Service. One of the purposes of the guidelines was to increase the use of interpreters where deemed necessary. However, we acknowledge that there is still a need to expand the use of interpreters. We also see the need to revise the guidelines for the use of interpreters and interpreting services, both as a result of the new Interpreting Act, and to ensure that daily living issues are adequately communicated by prison staff to detained foreign nationals. These efforts will be prioritized.

Item 107. Overall, healthcare staffing was found to be insufficient in all prisons visited in terms of doctors and nurses' presence.

Response:

The health and care services for prisoners shall be equivalent to the health and care services for the general population. Health care services in Norwegian prisons operate under the "import model" introduced in 1988, which ensures that healthcare services are provided in accordance with the organizational placement in structures outside the prison system. Pursuant to the Health and Care Services Act of January 1, 2012 Section 3-9, municipalities in which prisons are located are obliged to provide municipal healthcare services for inmates. The health trusts are obliged to provide specialized health care services to everyone in their area of responsibility, including prisoners. The Correctional Service is responsible for facilitating access to health care services for prisoners.

This model helps maintain the independence and quality of healthcare services and helps ensure that healthcare personnel are available when needed.

Norway agrees on the need for sufficient staffing. It is of great importance that prisoners have access to qualified personnel with specific expertise related to their unique living conditions, life situation, functional abilities, and health issues. Nevertheless, and as the committee may be aware, the number of health care personnel (i.e. doctors and nurses) in Norway is limited. The lack of qualified personnel is not isolated to health and care services in prisons. Both the municipalities and the specialized health care service are working continuously to recruit personnel.

The Committee recommends that the Norwegian authorities appoint a social worker to work at Tromsø prison.

Response:

The above mentioned prison has the authority to hire a social worker without the approval of KDI, if they so decide within their budgetary framework. Norway has taken note of the finding and recommendation and will pass the recommendation on to the region through the management dialogue.

Item 108. The Committee recommends that the Norwegian authorities take urgent measures to ensure that the system of providing healthcare services in prisons is improved with the aim that, in all Norwegian prisons, the presence of a healthcare worker or a nurse seven days a week during day time, and access to emergency services at night.

Response:

We refer to our response to item 107 above regarding the organization of providing health and care services in prison and overall access to qualified personnel.

Regarding access to emergency services at night, The Norwegian Directorate of Health's guide to the prison health services states that if the need for emergency medical services arises when the prison health service is not available, prisoners shall be ensured the necessary health care, cf. the Patient and User Rights Act, Section 2-1 a, and the Regulations on Requirements For and Organization of Municipal Emergency Medical Services, Ambulance Services, Medical Emergency Services, etc.

Item 109. **The Committee has serious misgivings about the overall organization and coordination of healthcare services in Norwegian prisons.**

The CPT recommends that the Norwegian authorities undertake steps to improve the provision of healthcare services in all Norwegian prisons, in particular by:

- **increasing the presence of doctors in all prisons visited to ensure a daily presence of a general practitioner;**
- **increasing the presence of nurses in prisons to ensure the presence of nurses in prison on a daily basis, including during the late afternoons, evenings and at weekends, and that their absences are covered;**
- **ensuring that in every prison, a medical coordinator, generally a senior doctor, is designated as the head of the healthcare team, with responsibility for leading and co-ordinating the healthcare service, ensuring that there is a regular consultation process among the staff, and interacting closely with the management of the prison, under strict observance of medical confidentiality; and**
- **creating a consolidated patient's files, which includes somatic, psychiatric and other relevant health information, accessible to all healthcare team members in the prison. In case a clinician considers that certain information is highly sensitive information, the key elements need to be included in the patient's files.**

Response:

We refer to our response to item 107 above regarding the organization of providing health and care services in prison and overall access to qualified personnel.

A senior doctor designated to coordinate services to prisoners is not within the Norwegian framework of health and care services in prisons. The municipality has overall responsibility for coordinating the health and care services in prisons. Pursuant to the Health and Care Services Act of January 1, 2012 Section 6-1, there is a statutory obligation to enter into cooperation agreements between municipalities and regional health authorities or with health institutions as determined by the regional health authority. Cooperation agreements shall contribute to ensuring that patients/users receive a comprehensive range of health and care services. This applies to issues related to substance use, somatic, and mental health.

The Norwegian Directorate of Health's guide to the prison health services states, which is currently under revision, seeks to improve and develop cooperation and coordination of health and care services to prisoners.

Regarding health information, there are already several options available that provide access to relevant health information for health personnel in prisons. The options include the use of improved messaging, access to national e-health solutions, and a consolidated electronic medical journal. Furthermore, there are ongoing nationwide projects under the auspices of the Government to share medical records, critical patient information, test results, X-ray results, medication lists, and prescriptions etc., which can be utilized for this patient group.

Item 113. The Committee recommends again that the Norwegian authorities take the necessary measures to ensure that all newly admitted prisoners are physically examined by a medical doctor, or a fully qualified nurse reporting to a doctor, as soon as possible, and no later than 24 hours after their admission.

Response:

In most prisons, an intake interview is conducted within 24 hours of arrival. This interview is often comprehensive and covers several important topics, including family relationships, children, medication use, medical history, substance abuse problems, and mental health. Some prisons conduct a follow-up interview after 14 days, as recommended by the Norwegian Directorate of Health.

Further, the Committee recommends that more testing be offered to prisoners for infectious disease as part of the medical screening, and that systematic assessment of victimisation should be included in the medical screening.

Response:

The Infection Control Act applies to any person residing in Norway. It entitles individuals to receive necessary infection control assistance in the form of vaccinations, information, and other necessary preventive assistance if there is reason to assume that the person is at risk of being infected with a generally dangerous infectious disease. An infected person with a generally dangerous infectious disease has the right to medical assessment and diagnostic assessment, treatment, care and other necessary infection control assistance.

The Norwegian Directorate of Health's guide to the prison health services states that screening, assessment, treatment, guidance and information to inmates are important tasks in infection control efforts for health and care services in prison. Testing should be offered for blood borne diseases such as hepatitis B and C and HIV, and other sexually transmitted diseases. All examinations and sampling of the inmate must be justified by health professionals based on lifestyle, symptoms and general health condition. Informed consent must be obtained. If a patient who suspects that they have a contagious disease that is dangerous to the public does not consent to being examined, coercive measures may be taken (cf. Chapter 5 of the Infection Control Act). Regarding victimization, see the response below.

In addition, risk of suicide and self-harm as well as vulnerability and previous experience of traumatisation, violence, abuse, including torture, sexual and other gender-based violence and human trafficking should be included in the medical intake screening in line with the Bangkok Rules.[99]

Response:

The risk of suicide and self-harm is something that healthcare personnel are particularly attentive to during the intake interview, in addition to assessing the need for infection control measures.

In the guidelines to the law and regulations on municipal health and care services, which are currently under revision, guidance is provided on topics that healthcare personnel should cover during the intake interview. In addition, local interview templates are often developed that are more comprehensive than the national recommendations.

Item 114. In light of the above, the Committee recommends again that the Norwegian authorities take the necessary steps to ensure that any signs of injuries are duly recorded. The record should contain:

- **(i) An account of statements made by the person which are relevant to the medical examination (including their description of their state of health and any allegations of ill-treatment);**
- **(ii) A full account of objective medical findings based on a thorough examination; and,**
- **(iii) The healthcare professional's observations in light of (i) and (ii), indicating the consistency between any allegations made and the objective medical findings.**

The record should also contain the results of additional examinations performed, detailed conclusions of the specialized consultations done and treatment applied for the injuries or any further procedures conducted.

Recording of the medical examination in cases of injuries should be made on a special form provided for this purpose, with "body charts" for marking injuries that will be kept in medical file of the prisoner. Injuries should be photographed and the photographs filed in the medical record of the person concerned. In addition, documents should be compiled systematically in a special trauma register where all types of injuries should be recorded.

The existing procedures should be reviewed in order to ensure that whenever injuries are recorded by a healthcare professional which are consistent with allegations of ill-treatment

made by a prisoner (or which, even in the absence of allegations, are indicative of ill-treatment), the report is immediately and systematically brought to the attention of the relevant investigative authority.

The healthcare professional should advise the prisoner concerned that the writing of such a report falls within the framework of a system for preventing ill-treatment, that this report automatically has to be forwarded to a clearly specified independent investigative authority and that such forwarding is not a substitute for the lodging of a complaint in proper form.

The results of every examination, including the above-mentioned statements and the healthcare professional's opinions/observations, should be made available to the prisoner and to their lawyer.

The national authorities should offer special training to healthcare professionals on the manner in which medical screening of prisoners is to be performed, on the recording of any injuries observed and on the reporting procedure. [101]

States should ensure that there are no reprisals against any healthcare professionals in their duty to record and report injuries.

Response:

As the report indicates, findings are documented in the patient's journal, but the screening lacks sufficient quality. This may be due to healthcare personnel lacking the competence and insight into how injuries are identified and documented, as well as not being sufficiently familiar with the inmate's legal rights and the healthcare personnel's duty to report and prevent harm.

This lack of knowledge suggests that enhancing competence in the areas highlighted in the report could improve the situation and contribute to better registration, reporting, and follow-up of injuries in prison.

Norway takes the CPT's recommendations very seriously and will discuss with the Norwegian Directorate of Health how to follow up on the matter**.**

Item 115. The CPT recommends that the Norwegian authorities take steps to ensure:

- **adequate nursing presence (including on weekends) of a qualified nurse in all Norwegian prisons to allow medication to be dispensed by a clinician;**
- **that prison staff are not made aware of the medication prescribed to a prisoner without the prisoner's consent; and**
- **that medication is distributed in its original packaging (blister).**

Response:

Please see the response to item 107 above regarding the organization of health and care services in prisons. The Directorate of Health's Guidelines on Health and Care Services for Inmates in Prison provides further details on this.

The head of the municipal health and care services must ensure that medication management is carried out properly and in accordance with the Regulations relating to Medication Management (see lovdata.no) and the associated circular, which is currently under review (Medication Management (DRAFT) - Directorate of Health). The Correctional Service can only assist in making medications available as practical assistance if a doctor determines that there is no need for healthcare personnel to administer the medication, and there are security reasons why the inmate cannot manage the medication themselves. There must then be procedures in place for practical assistance by the correctional services, approved by the municipal doctor. Employees in the Correctional Service who provide such practical assistance must have received the necessary training from the municipal health and care services, in accordance with the Regulations relating the Execution of Sentences Section 3-17 (lovdata.no). The training must, among other things, meet the requirements for procedures for making medications available that safeguard privacy and confidentiality.

The regulations and guidelines mentioned above meet the goals that the CPT aims to ensure.

The CPT's recommendations, in themselves and in isolation, do not necessarily fulfil the requirements of the medication management regulations for proper medication management in Norway.

Item 116. The CPT recommends that the Norwegian authorities ensure that as a general rule, all medical examinations/consultations of persons held in prisons should be conducted out of the sight and hearing of prison officers, under conditions fully guaranteeing medical confidentiality.

Response:

When prison officers are present during medical examinations, this is based on a risk assessment of the danger of escape or violence against healthcare personnel. It is primarily the responsibility of the Correctional Service to conduct such assessments, and healthcare personnel have limited ability to influence the decision.

In some cases, healthcare personnel may themselves request that prison officers be present during a medical examination if they assess the risk of violence as significant. In most cases, it will be evaluated whether officers need to be present inside the examination room or if they can remain in an adjacent room to ensure safety while respecting medical confidentiality as much as possible.

Item 117. The Committee recommends that the Norwegian authorities simplify access to OAT, for instance by training and charging prison doctors to prescribe such treatment.

Response:

Opioid agonist treatment (OAT) is considered a specialised health service in Norway. Nonetheless, GPs can introduce substitution treatment for any person with an opioid addiction disorder without delay, as long as specific criteria are met. Prison doctors can also prescribe this treatment. The current waiting time for assessment and start-up of OAT by specialised health care is considered acceptable.

Item 122. The CPT recommends that the Norwegian authorities take all necessary measures to ensure that prisoners suffering from severe mental illness are cared for and treated in a closed hospital environment (within a civil psychiatric hospital or a prison establishment), suitably equipped and with sufficient, qualified staff to provide them with the necessary assistance. In this connection, high priority should be given to projects to increase the number of beds in "appropriate" psychiatric establishments and establishments for the enforcement of measures.

Response:

This issue is of major importance to Norwegian authorities and will be followed up in several ways.

With respect to the recommendation of increasing the number of beds in mental health care we refer to our comments under items 107, 148 and 149. We also refer to our response to item 104 about the Official Norwegian Report Community Protection and Care (*Samfunnsvern og omsorg*) that has recently been submitted to the Government. A key topic in the report is the mental health conditions for prisoners and recommended measures to improve access to health care and treatment.

In addition, the Committee requests that the Norwegian authorities provide an update on the three prisoners subject to the immediate observation and confirm that it has been implemented.

Response:

For information regarding these prisoners, we refer to item 10 above.

Further, the CPT would like to be informed about the progress of the plan to build an NFFA in the Skien Unit of Telemark prison.

Response:

Regarding the NFFA in the Skien Unit of Telemark prison, we refer to items 10 and 148 above.

Item 123. The CPT recommends that the Norwegian authorities review, at national level, self-harm risk and management in prison, and ensure that acts of self-harm committed in prison are no longer subjected to *de facto* disciplinary measures. In this regard, the Committee recommends setting up a self-harm management system with more active participation of healthcare staff in light of the abovementioned precepts.

Response:

Norway is currently revising the guidelines for prevention of suicide and self-harm. The revision of the guidelines is based on consultations with specialists, such as the National Centre for Suicide Research and Prevention (NSSF) and the Regional Resource Centre on Violence, Traumatic Stress and Suicide Prevention (RVTS) with an aim of ensuring a more evidence-based approach to dealing with self-harm and suicidal behaviour. There has also been consultation between KDI and the Directorate of Health as well as health staff in prisons in order to discuss measures to improve collaboration between health services and prison staff in safeguarding and providing care for prisoners who self-harm or show suicidal behaviour. There is a strong emphasis in the revised guidelines on clarifying roles and responsibilities and the need for collaboration with the health services.

As a supplement to the revised guidelines, the University College of Norwegian Correctional Service will, in collaboration with KDI, develop a guide to further support prison staff in preventing and managing self-harm and suicidal behaviour in prisons. The revised guidelines and guide will be finalised and made available in 2025.

Furthermore, KDI has provided input to the national guide on care and health services in prisons, currently under revision by the Directorate of Health. One of the aims of the document is to improve collaboration between the health and prison staff in managing prisoners in the target group.

Item 128. The Committee recommends that the Norwegian authorities remain vigilant with staffing levels allocated to all Norwegian prisons. Management of prisons affected by staff reductions should review their organisation and be given the means to maximise the existing staffing capacity of the prisons. In this regard, means must be found to support the motivation and engagement of prison staff with prisoners.

Response:

The Correctional Service's ability to maintain quality of the service is linked to the number of employees and access to qualified personnel. Two recently built prisons have had to align to the budget model after a startup-period of several years since some new prisons have had higher staffing levels. Both of these are relatively new prisons that have had to make adjustment during the last 2-3 years.

With reference to item 97: in 2025, the national budget for the Correctional Service was increased by NOK 150 million in order to reverse the negative trend of reduced staffing in prisons.

In addition, the CPT would like to receive information from the Norwegian authorities on how the national reduction plans in prison staff are outlined, for each prison and at which grades,

with timescales, and enumerate services which will be closed. The CPT would also like to receive a description on how the authorities intend to mitigate the possible in risk to prisoners and staff, and the negative effects on regimes for the prisoners affected.

Response:

Norway has no national plan to cut budgets or prison staff. On the contrary – the Correctional Service faces severe staffing challenges, especially when it comes to recruiting qualified personnel. These issues are exacerbated by high sick leave rates, high turnover and extensive reliance on unskilled labour and overtime. The problem is most severe in prisons, where correctional officers are among the most difficult positions to recruit. The labour market in Norway in general faces the same challenges. As mentioned in the response to item 104 above, the Norwegian government is currently working on a white paper to the Norwegian Parliament (Storting) on the Correctional Service. Amongst other issues, the white paper will address the challenges of recruiting and retaining prison staff.

The CPT also recommends that the Norwegian authorities develop and adopt a recruitment strategy based on proper funding and enhanced conditions of service, including for example competitive salaries, training, and career development.

Response:

KDI made recruitment and retention a top priority in 2024. The Directorate, the regional offices, and the prisons have implemented a number of initiatives to achieve recruitment goals in both the short term and long term. Several initiatives have been implemented, including pay adjustments, employer branding efforts, strengthened recruitment processes, increased intake for correctional officer training, leadership development, and workplace improvements.

Pay adjustments to retain staff: KDI allocated NOK 23 million NOK in 2024 to extraordinary wage negotiations. These negotiations had a strong focus on retaining staff, particularly frontline employees. As a result, more than 1,150 correctional officers and 430 employees in other local positions received pay raises. In addition, the minimum pay for correctional officers was increased by four pay grades. The Directorate aims to have further pay increases across the correctional service.

Leaders have received training in how to effectively utilize pay policies during recruitment. Leadership competence at all levels is crucial to these efforts.

Earmarked funds were allocated in the 2024 budget to increase prison staffing. This led to the creation of 49 new positions in selected prisons, which also contributed to the reduction of inmate isolation and an increase in activities offered to prisoners. Some of these positions were difficult to fill due to a lack of applicants.

Recruitment efforts have been strengthened through improved processes for hiring, increased use of social media and the establishment of new platforms for collaboration and knowledge-sharing.

Leadership development was a key focus in 2024 and will be expanded in 2025 to include mid-level management.

Preventing psychological strain. A key focus in improving the work environment has been preventing psychological strain among employees. In 2023, KDI commissioned an external study on the psychological stress experienced by current and former employees in prisons and probation

offices. The findings confirmed that stress contributes to sick leave, high turnover, and a weakened reputation of the correctional service as an employer.
Based on these findings, the KDI established a working group in 2024 to identify priority measures. A strategic action plan will be developed in 2025 based on its recommendations.

Measures have been implemented in 2024, including structured follow-up procedures for employees following stressful incidents. All local-level managers in charge of personnel have received training in these procedures. The training aims at reducing psychological stress and preventing sick leave in both the short and long term. KRUS will develop a training package for employees.

Decentralized part-time education. In 2024, work began to develop a model for decentralized, part-time correctional officer training. The goal is to offer education to motivated individuals who cannot relocate for full-time studies at the university college in Lillestrøm due to family or other commitments. The proposed model allows part-time students to work in designated training units while studying. This will not only enhance recruitment but also provide additional workforce capacity to these units. The first cohort of part-time trainees is expected to be admitted in the autumn of 2025, with their education beginning in January 2026.

The Directorate is in the process of recruiting an HR director who will be given the responsibility to further develop and follow up recruitment and retainment as a whole. This includes more systematic and long-term work with the potential of improving work processes, improving utilization of the staffing and expertise in the Correctional Service, and strengthening interdisciplinary collaboration. This will provide input to standardizing penalty enforcement procedures. This preparation and mapping are a prerequisite for modernizing the correctional services quality system and strengthening internal control and management.

Item 129. The Committee welcomes such measure (Psychologist to support staff in Skien prison) and encourages the Norwegian authorities to ensure that prison staff benefit from adequate psychological support in other Norwegian prisons.

Response:

The prison population has changed in recent years. A report from the Centre for Addiction and Mental Health Research (SERAF, 2024) shows that 60 percent of prisoners in Norwegian prisons have a mental disorder - five times higher than the general population. The most common disorders are depression, substance abuse disorders, and stress-related issues, and many inmates have multiple diagnoses. From 2010 to 2019, the proportion of prisoners with mental disorders increased by 33 percent.

NOK 10 million NOK has been earmarked in the budget for hiring psychologist specialists to support staff in selected prisons in the Correctional Service. This will be rolled out in 2025. The choice of model, which units will receive the posts, and the stipulation of specific terms for the allocation will be made following dialogue with regional directors and organizations.

In addition, work will continue in 2025 to ensure that all managers responsible for supervising personnel or following up employees receive training in structured post-incident debriefings following stressful events. The regions must ensure that units have procedures in place that guarantee that managers appointed in the future also receive this training.

A course for all employees called Personnel Care (*Personalomsorgen*) will also be launched. This is a 4-6 day in-person course designed to prepare staff to handle their own and others' psychological stress in their work.

KRUS also offers a number of individual courses on improving efforts aimed at prisoners with mental disorders, substance abuse issues, isolation problems, children and youth, etc.

The Correctional Service will work toward sustainable staffing, which means achieving a balance between duties and staffing that enables a unit to better prevent the risk of employees being subjected to physical and psychological harm in their duties. In 2025, a survey is scheduled to be conducted at each unit to assess whether staffing is sustainable. The regions will be asked to contribute to the survey work.

Uniformed staff did not wear identification tags in any of the prisons visited. The Committee considers that wearing name tags helps detained persons to identify officers in case of conflict. In addition, the ability to identify staff either by name or number, constitutes an important safeguard against ill- treatment during detention. Therefore, the Committee recommends that the Norwegian authorities take measures to ensure that all uniformed prison staff in Norway are always identifiable, preferably by wearing identification tags or short identification numbers in a visible manner on their uniform at all times whilst on duty

Response:

It is correct that prison officers in Norway do not wear identification tags, and we will take this recommendation into consideration.

Item 131.The CPT recommends that the Norwegian authorities ensure that decisions to apply handcuffs are based on an individual risk assessment, including for placements in security cells, taking into account real security concerns.

Response:

Handcuffs may only be used based on an individual risk assessment, unless the urgency of the situation does not allow such an assessment to be made. This also applies for placement in security cells. KDI will address this issue directly with the prison named and its regional office. Furthermore, the directorate will send a letter to all regional offices and prisons reminding them to abolish any procedure describing the systematic application of handcuffs in prescribed situations.

This issue will also be addressed in management dialogue with the regional offices

Item 133. The Committee recommends that the practice of routinely and forcibly strip searching all prisoners prior to placement in a security cell in the Mandal Unit of Agder prison, Tromsø prison and others, be immediately stopped, and that the procedure for placements be immediately reviewed to ensure that prisoners can be strip searched solely based on an individual risk assessment indicating its necessity.

Further, the CPT recommends that prisoners never be placed naked in a cell and that those at risk of suicide are always provided with clothing appropriate to their specific needs

Response:

Pursuant to the interim guidelines issued by KDI in 2020, which currently apply to all units within the Correctional Service, strip searches shall never be implemented on a routine basis but be based on a concrete assessment and in due regard to the necessity and proportionality of the measure.

In response to a Supreme Court judgement handed down in March 2024 concerning strip searches with knee-bends in Bergen prison, KDI has initiated a revision of the guidelines to ESA Section 28 on the use of strip searches. A draft of the revised guidelines has been subject to an internal consultation within the Correctional Service and the guidelines are expected to be finalized and issued by the second quarter of 2025. The proposed revised guidelines also require that all strip searches be undertaken based on a concrete assessment of the necessity and proportionality of the measure. Furthermore, the proposed revised guidelines specifically address the use of strip searches in relation to placement in a security cell, emphasizing the importance of considering the prisoner's vulnerability when assessing what type of search is to be undertaken and how to conduct the search. The Directorate will also include a separate item specifying that prisoners shall not be placed naked in a security cell and that appropriate clothing must be provided. To support the implementation of the revised guidelines when finalized, KRUS has developed an e-learning course on the use of strip searches, which will be launched together with the revised guidelines.

KDI will also raise these issues in management dialogue with the regional offices.

_____

[1] This may be, if deemed necessary, tear-resistant clothing

Item 134. The CPT recommends that a central register be put in place in Tromsø prison. (for placement in security cells and restraint beds)

Response:

KDI will address this issue directly with the relevant prison and its respective regional office. Furthermore, the Directorate will send a letter to all regional offices and prisons reminding them of item 38.7.4. in the guidelines relating to Section 38 of The Execution of Sentences Act and instruct them to establish a central register of the use of security cells in prisons, if such a register is not already in place.

The issue will also be addressed in management dialogue with the regional offices

The Committee wishes to stress that a prison's healthcare service should be very attentive to the situation of prisoners placed in security cells. In this regard, the CPT recommends that every

placement be immediately brought to the attention of the healthcare service and a member of healthcare staff should visit the prisoner immediately after placement and thereafter, on a regular basis, at least once per day, and provide them with prompt medical assistance and treatment as required. Furthermore, placement in security cells must cease when the reason for such placement ceases to exist.

Response:

It is expected that healthcare personnel in the prison health service provide supervision to prisoners placed in a security cell or restraint bed within 24 hours of placement, and thereafter on a daily basis. However, experience and inspection reports show that this practice is not sufficiently followed up in all prisons.

Based on this, the Directorate of Health will include clearer guidelines for the health service's follow-up of prisoners in security cells in its ongoing revision of the guidelines for health and care services for prisoners. The goal is to ensure a more systematic and binding practice, so that prisoners receive the necessary medical assessment and follow-up in accordance with current recommendations and human rights obligations.

In light of the above, the CPT recommends again that steps be taken in all prisons to ensure that a member of the healthcare team always visits persons placed under Section 38 of the ESA as soon as possible after information of the placement is received, and that such aforementioned precepts are applied in all prisons in Norway.

Response:

This is stipulated in the Norwegian Directorate of Health's guidelines.

In addition, the Committee recommends that the prisons frequently review the necessity of placement in security cells and terminate the placement as soon as the reason for placement has ceased to exist.

Response:

Pursuant to Section 38 of ESA, the Correctional Service may make decisions regarding placement in a security cell. A security cell should only be used when strictly necessary, and when less intrusive measures have been unsuccessfully attempted or are clearly insufficient. Further, Section 38 states that if the use of a security cell exceeds three days, it must be reported to the regional level, which will determine whether the measure should be maintained. Furthermore, if the measure exceeds six days, it must be reported to KDI. Reporting on the use of security cells ensures follow-up, both in terms of assessing the necessity and proportionality of the measure and by providing essential information for potential follow-up in management dialogue. In addition to the Correctional Service's follow-up, various supervisory bodies also oversee the use of security cells and other coercive measures.

The Ministry of Justice and Public Security is currently reviewing the regulations relating to coercive measures and the use of security cells, which will provide a more precise indication of the purposes that may justify the use of a security cell. In addition, internal efforts within the Correctional Service are underway to revise templates for decisions on the use of coercive measures, including security cells. These changes aim to facilitate broader assessments of whether such measures are necessary and proportionate.

The Directorate of Health has clarified the responsibilities and duties of the health and care services for inmates who are isolated, in security cells, and in security beds in the national guidelines to the Act and the Regulations relating to Health and Care Services for Inmates in Prison, which were under public consultation in 2024.

Item 135. It recommends again that all restraint beds be removed from all Norwegian prisons. In addition, the Norwegian authorities must take steps to develop appropriate responses to prisoners who are at risk of self-harm. Such measures should be dictated by care, and managed by healthcare professionals in cooperation with prison staff.

Response:

Since 2022, Norway has worked on gradually ending the use of restraint beds in Norwegian prisons, as a follow up to the Parliamentary Ombudsman's report. An action plan consisting of 23 measures was developed by KDI in 2022 with the aim of removing restraint beds in all prisons by the end of 2024. The main target group at the time, based on research on the use of restraint beds in prison up to 2018, were male and female prisoners who committed self-harm specifically by banging their heads against the wall. The plan focused on preventive and competence enhancing measures but also proposed examining the possibility of introducing other, presumably less invasive, types of restraints such as belts, protective helmets, and padded cells. The plan and measures have been under review since the second half of 2023 and throughout 2024 by an internal working group in the Directorate. The status of the work on the action plan, including the areas of focus for the next steps, is outlined in more detail below.

Updated information has shown that the target group for the use of restraint beds has significantly changed. Restraint beds are now more or less exclusively used on women. The use is concentrated on a small group of women with complex psychological health issues and pervasive self-harm and/or suicide attempt patterns. Some of these cases have been so challenging and complex to deal with that prison staff have raised concerns about removing the restraint beds, fearing for the lives of those subjected to this invasive measure. As many of these female prisoners have been subject to sexual or violent abuse, the alternative use of physical force by restraining the person, is not necessarily less invasive.

Furthermore, there is not enough evidence to conclude that the alternative restraints proposed in the abovementioned plan are effective or less invasive, particularly bearing in mind that they would often need to be employed by using force or by being coupled with other types of restraints. The evidence collected through consultation with, inter alia, SIFER, a national collaborative network of four research and education centres focusing on security, prisons and forensic psychiatry, supports that the focus should be on enhancing preventive measures, as well as increasing staff. The Correctional Service has been working intensively throughout 2024 to reduce the use of coercive measures, particularly the use of restraint beds and security cells. The use of restraint beds has been significantly reduced from 2023 to 2024. There has also been a reduction in the use of security cells compared to previous years.[3]

The Correctional Service has implemented several initiatives to help further reduce the use of restraint beds, including:

[3] This is reflected in statistics from 2023 to 2024, which will be published in the 2024 annual report for the Norwegian Correctional Service, estimated to be released in April 2025.

an increased number of staff has been hired, staff have been trained by RVTS, a psychologist has been hired to provide guidance to staff in managing cases of self-harm and suicidal behaviour, and an NFFA has been established: all at Skien prison
- national training on procedures for assessing and requesting admission to mental health care for prisoners with serious mental health issues has been conducted
- the guidelines on preventing suicide and self-harm have been revised
- the national guide on care and health services in prisons, which also contain recommendations pertaining to service providers of mental health services, has been revised

The Correctional Service will continue to focus on and invest in preventive and competence enhancing measures with the aim of ending the use of restraint beds. However, this need to be done gradually. As part of this work, we must first await:

- an evaluation on the impact of the measures implemented at Skien prison

- a competence package to be developed by the University College of Norwegian Correctional Service being finalized and rolled out. It aims to strengthen the relational competence of prison staff towards the target group, including communication tools that can prevent the escalation of situations and the potential use of restraint beds

Item 136. The Committee recommends that the Norwegian authorities ensure that placements in reinforced cells are ordered only if there is a security reason to justify such placement.

Response:

In Norwegian prisons there are two categories of cells, in addition to security cells:

A) **ordinary cells**, which are equipped with a bed, a cupboard, a bookshelf, a chair, a desk, a television set, radio and in some cases a refrigerator, as well as the inmate's personal belongings. Such cells may also be used as exclusion cells.
B) **dedicated exclusion cells**, which are equipped fairly identically to ordinary cells, with a bed, a bookshelf, a chair, a desk, a television set and a radio. However, there is a limit to the number of personal belongings the inmate may bring, as the stay is normally intended to be short-term. Exclusion cells may be 'reinforced' as there may be inmates who, in an exclusion situation, smash or set fire to furniture, mattresses, curtains etc. Even if the exclusion cells are reinforced, they are equipped with the same basic furniture as ordinary exclusion cells, such as a bed, a chair, a desk, television etc. The difference is the material of the furniture, such as steel instead of wood, flame retardant fabrics, enclosed TV sets and so on.

Reinforced exclusion cells, should not, as a general rule, be used for ordinary exclusion situations where there is no identified risk of damage, arson etc. Exceptions are made if no other ordinary exclusion cells are available and there is a clear need to exclude a prisoner from the company of others.

CPT's report refers to an inmate who was placed in a reinforced exclusion cell for a period of five days due to "difficulties in his previous unit, where he said he was being intimidated by other

prisoners. He had asked to be moved to a different unit but was brought to the observatory cell due to a lack of space elsewhere."

KDI will obtain information about this particular case from Halden prison and raise the question of whether it was indeed necessary to use a reinforced exclusion cell to protect this inmate from potential harm. KDI will also remind the prison that there formally are only two categories of cells as described above.

Furthermore, KDI will send a letter to all the regional offices and prisons reminding them to limit all placement in (any) reinforced exclusion cells to situations in which the use of such cells is necessary to avoid damage. In other circumstances, such cells may only be used if it is necessary to protect a prisoner, and provided that no other, more accommodating cell is available.

This issue will also be addressed in governance dialogue with the regional offices.

Item 138. In both Halden prison and the Mandal Unit, it was not clear to the delegation whether video visits were additional to, or an alternative to regular in-person visits. The CPT would like to receive clarification on this matter from the Norwegian authorities.

Response:

Video visits were introduced during the COVID-19 pandemic as a substitute for in-person visits. After the pandemic, it was decided to continue the use of video visits. As of today, video visits are used as an alternative to in-person visits, or in addition to them, if needed. KDI sees a need to revise the guidelines related to the use of video visits and to align them with the regulations on telephone monitoring. KDI is currently revising the current guidelines concerning the use and monitoring of prisoners' telephone calls. The guidelines will be finalized and issued by the second quarter of 2025. The Directorate aims to revise the regulatory framework on video calls within the same timeframe.

Item 139. Therefore invites the Norwegian authorities to increase the weekly allowance of calls. In addition, the procedure in place for applying and granting video visits should be reviewed, changed to be similar to the procedure in place for telephone calls. The Norwegian authorities should also consider increasing the number of wireless telephones in the living units of the prisons.

Response:

In light of a Supreme Court judgment issued in April 2024 concerning the regulatory framework and practise pertaining to the monitoring of prisoners' telephone calls, KDI has revised the current guidelines. A draft of the revised guidelines has been subject to an internal consultation within the Correctional Service. The guidelines will be finalized and issued by the second quarter of 2025. The Directorate aims to revise the regulatory framework on video calls within the same timeframe.

As for the number of wireless phones, KDI will raise the issue in governance dialogue with the regional offices.

Item 141. The Committee recommends that the Norwegian authorities take steps to increase communication opportunities for prisoners in Norwegian prisons.[121] Special considerations should be given to the prisoners whose families live further away, and for detained persons who do not have sufficient means to pay for their calls. Free communication via videocalls should also be increased.

Response:

Norway supports CPT´s recommendation to increase communication opportunities for inmates. Both increasing the call time and the use of video visits will be considered more closely during the revision of the guidelines regarding telephone use.

In addition, the CPT recommends that the Skien Unit of Telemark prison be equipped with a visiting apartment for families of prisoners who live far away from the prison.

Response:

Norway will consider this recommendation by the Committee.

Item 142. The CPT recommends that disciplinary registers be established in every prison. In particular, documentation and registers concerning disciplinary sanctions must be properly maintained, accurately recorded and reflect all other aspects of custody.

Response:

Files on prisoners in custody and those who are serving sentences in Norwegian prisons are stored in the database/ electronic journal KOMPIS. In this journal, any disciplinary case may be traced from the occurrence of the situation, to the report on the situation, the statement obtained from the prisoner, and to any resulting sanction or disciplinary measure. Furthermore, all the formal documents completed during the disciplinary case are stored in the database Doculive. Hence, Norway submits that there are sufficient disciplinary registers in the Norwegian Correctional Service, and that there is no need for a supplemental register of disciplinary sanctions in addition to these. The existing database and journals will be replaced with a new database and journal (KODA/ Elements) in the near future.

Item 143. The CPT recommends that steps be taken in all prisons to ensure that:

- **prison management reviews the operation of the disciplinary procedures to ensure that any offence is investigated and adjudicated; and**
- **prisoners subjected to a disciplinary sanction are systematically provided with a copy of the disciplinary decision concerning them, and that they are requested to sign a statement that they have received a copy.**

Response:

The formalities and the process for adjudicating disciplinary cases are set out in Section 40 of the Execution of Sentences Act (ESA), the Regulations to the Act and in item 40 in the guidelines to the

Act. Pursuant to the Regulations, disciplinary cases must be dealt with as quickly as possible. Moreover, it provides that ongoing processing time may be reflected in the magnitude of the sanction, alternately converted into a suspended sanction. Furthermore, the regulation also states that the prisoner must be informed and given a copy of the decision, and that notification is to be registered in the decision and in the prisoner's journal. If necessary, the decision is to be translated into a language the prisoner understands. However, the rules do not state that the inmate must sign this notification, nor that a copy must be received.

KDI will address these issues with the regional offices, and instruct them to ensure:

a) internal procedures for handling disciplinary cases in the prisons are reviewed and in accordance with the law, regulations and the guidelines.
b) disciplinary cases in the prisons are being handled quickly, and
c) the prisons establish procedures that ensure that all decisions from the prisons, including any disciplinary sanctions, are signed by the prisoner. If the prisoner should hesitate to sign, an officer must declare that the prisoner has been issued a copy. This measure is to be an addition to existing procedures as described in the guidelines.

The issue will also be addressed in governance dialogue with the regional offices.

Item 144. The CPT recommends that the Norwegian authorities take measures to ensure that the system of handling complaints made by persons deprived of their liberty observes certain basic principles, such as availability, accessibility, confidentiality, safety, effectiveness and traceability. A complete written record of registered complaints and their outcomes should be put in place in all prisons in Norway

Response:

Based on the information provided in the report from CPT, Norway does not find reasons to take steps to ensure that the system for handling complaints *as such* needs to be revised.

However, we acknowledge that the routines for *handling complaints against staff* could be made more available to the prisoners, and that the prison could provide information about receiving the complaint, and general information on how it is processed. Apart from this, the actual proceedings and outcome of cases regarding personnel matters shall not be disclosed to outside parties.

KDI will address this issue with the regional offices and the prisons and instruct them to ensure that all received complaints are handled pursuant to the Public Administration Act, the Execution of Sentences Act, the regulations to the Acts and the guidelines to the Execution of Sentences Act. When a complaint against members of staff is received, the complainant is to be notified that the complaint has been received and be given general information about how the complaint will be handled. A written record of registered complaints against staff and their outcomes shall be put in place in all prisons in Norway.

The Directorate will also make amendments to the guidelines giving general information on how complaints against members of staff shall be handled.

Item 145. The Committee would like to receive information from the Norwegian authorities as to when the new supervisory board of the correctional service will indeed become operational.

Response:

The Supervisory Board for the Correctional Service commenced operations on January 1, 2025. The Board's management consists of a leader, and two deputy leaders. In addition, 65 members have been appointed, and a secretariat has been established. The Board has already conducted several inspections and is scheduled to hold a plenary meeting with its members on April 3, 2025.

Item 146. In June 2023, a new independent Committee for Criminal Reactions and Mental Health was created, which was tasked with investigating the conditions and care during imprisonment and detention of prisoners with serious mental or developmental disabilities. The Committee is mandated to evaluate preventive detention, the care of patients who are unaccountable pursuant to the Penal Code, and who were committed to psychiatric care or care by court order. The Committee is to submit its first report to the Minister of Justice and Public Security and the Minister of Health and Care by 1 March 2025. The CPT would like to receive a copy of this report.

Response:

The Official Norwegian Report NOU 2025: 2 Community Protection and Care was submitted to the Government on the 17th of March this year. A copy of the report (in Norwegian) will be sent to CPT together with our reply to CPT's report.

Item 148. The CPT would like to receive information from the Norwegian authorities on the progress made on the plan to build the new NFFA at the Skien Unit of Telemark prison and when it will become operational.

Response:

The plans for building the new NFFA at the Skien Unit of Telemark prison have been agreed upon, and we are working for the NFFA to become operational from the first quarter of 2026.

Item 149. The Committee invites the Norwegian authorities to remain vigilant to make sure there is a turnover of prisoners at the NFFA if possible, or increase the number of places, to guarantee available space for new prisoners in case of need.

Response:

There are currently six places at the NFFA at Ila Prison and Detention Facility. Several of the inmates who have been in the NFFA in recent years have been granted temporary or permanent placement in forensic psychiatric care, resulting in some turnover of inmates.

An increase in the number of places is very resource-intensive, and scaling up must be considered in relation to the regular budget processes.

Item 154. the Committee recommends that the Norwegian authorities take steps to ensure that the multidisciplinary team of the NFFA are being given the means to work together and ensure the fluidity of exchange of relevant information between healthcare and prison staff, for instance by concluding a special procedural or legal framework under the Ministries of Justice and Public Security and of Health and Care Services.

Response:

The Ministry of Justice and Public Security is working on draft proposals of new regulations regarding the processing of personal data during detention and the execution of sentences. In this context, the sharing of personal data with other agencies will also be addressed as a topic.

As outlined in the Prevention and Treatment Reform for the Substance Abuse Sector, the Government will follow up on the recommendations and measures proposed by the Drug Enforcement Committee, including:

How to best safeguard the health of inmates during pretrial detention, sentence execution, and reintegration into society.

Clarifying and defining the relationship between the healthcare services' obligation to provide medical care to inmates and the Correctional Service's responsibility to facilitate access, ensuring that inmates receive the healthcare they require and to which they are entitled.

Item 156. As was the case in the other prisons visited by the delegation (see above, in paragraph 115), in the NFFA medication was distributed by prison officers without the original packaging, which raised concerns in relation to medical confidentiality. The Committee hereby refers to the recommendation contained in paragraph 115 of this report.

Response:

We refer to our response to item 115 above.

Correctional Service staff may only distribute medication that has been prescribed and pre-packaged in dosette boxes for each inmate by the healthcare service. The Correctional Service must not distribute medication unless the healthcare service has provided the necessary training.

Item 161.The CPT understands that Section 10-3 of the Health and Care Services Act allows for the detention of "pregnant drug-addicted women". The CPT would like to be informed about the application of Section 10-3 of the Health and Care Services Act in practice, including the frequency of its application over the last 10 years as well as the conditions for its imposition.

Response:

Pursuant to the special provision in the Health and Care Services Act Section 10-3, it can be decided that a pregnant woman who has a substance use disorder shall be admitted to an institution designated by the regional health authority and held there for the entire duration of the pregnancy, without her consent. The purpose of the admission is to prevent or reduce the likelihood of the child suffering physical and/or psychological short-term or permanent harm. During the stay, emphasis shall be placed on providing the woman with satisfactory help for her substance use disorder and enabling her to take care of the child. There is no legal basis for compulsory substance use disorder treatment during the stay.
The legislator has established through Section 10-3 that the need to protect the foetus shall outweigh the woman's right to self-determination. The following conditions must be met:

- The substance use must be of such a nature that it is "more likely than not that the child will be born with damage."
- Voluntary assistance measures are not sufficient.

Pursuant to the Health and Care Services Act Section 10-3, the duration of the pregnancy constitutes the maximum timeframe for the detention, however the municipality, in consultation with the institution, shall assess at least every three months whether a basis for detention remains.
A criticism of the provision has been that it is difficult to identify relevant pregnant women early enough to limit harmful effects to the foetus. One of several unfortunate aspects of the practice has been that detention rarely occurs based on alcohol use, even though alcohol is the most harmful substance for the foetus.

The only nationwide evaluation of the provisions on detention and coercion under Chapter 10 of the Health and Care Services Act was conducted by Uni Rokkansenteret in 2010. The evaluation showed that the coercion rules were used to a limited extent. A key finding was that there were significant variations in the application of the law between different municipalities. In 2016 , the Directorate of Health published the Guide on Coercive Measures for People with Substance Use Problems - under Chapter 10 of the Health and Care Services Act. The purpose of the guide is to contribute to a more uniform and correct use of coercive measures for people with substance use issues in accordance with the law and regulations.

In 2017, Oxford Research evaluated the quality of the reasoning in decisions made by the County Social Welfare Board in 15 randomly selected appeal cases relating to the use of coercion under the Health and Care Services Act Section 10-3. Oxford Research assessed the cases as being properly decided and generally presented in a satisfactory manner.

In 2019, the Coercion Limitation Act Committee assessed whether a coercion rule for pregnant women should be continued, ref. NOU 2019:14, item 24.10.5:
"Based on the fact that the State has the freedom to make rules for the protection of the foetus, the Committee believes that the justification on which the current rules are based still stands. The provision is therefore proposed to be continued, albeit in a somewhat modified form. Coercion is, however, not the first choice, not even for this group."

Statistics on the application of the Health and Care Services Act Section 10-3 over the past 10 years have been requested. The figures are shown in the two tables below.

Number of decisions made, all boards, Health and Care Services Act

Year	Temporary decisions	Appeals	Main cases
	10-2	10-3	10-2
2017	97	34	11
2018	116	23	13
2019	113	28	12
2020	115	40	16
2021	92	19	15
2022	86	21	11
2023	82	34	11

Source: Data collected by the Directorate of Health from the Child Welfare and Health Board – Central Unit

Number of decisions made, all boards, Health and Care Services Act

Year	Section 10-2	Section 10-2 Temporary	Section 10-3	Section 10-3 Temporary (Pregnant Women)
1996	18	..	8	26
1997	21	..	9	18
1998	29		16	30
1999	46	33	17	42
2000	22	31	8	19
2001	39	31	12	11
2002	38	35	17	34
2003	42	30	21	24
2004	49	58	15	22

2005	80	66	25	30
2006	65	49	29	33
2007	83	54	30	43
2008	71	50	23	49
2009	87	88	29	46
2010	106	106	25	45
2011	101	100	28	42
2012	109	103	28	43
2013	157	127	24	51
2014	155	135	17	32
2015	155	112	25	37
2016	144	137	28	35

The figures for 2010 and 2013-2015 were collected by the County Social Welfare Boards – Central Unit.
Source: Uni Rokkansenteret and the Directorate of Health and the County Social Welfare Boards – Central Unit

Item 163. The CPT would like to be informed about the outcome of the evaluation by the Frøstrup Committee, as well as the Government's position on that evaluation. Further, the CPT would like to be informed about the position of the Norwegian authorities on the report on compulsory care by the Regional Health Boards and the actions it has undertaken based on the analysis and recommendations from the report.

Response:

First, a short comment on CPT's following description "Further, the sudden increase in persons sentenced to 'compulsory treatment' prompted the Norwegian authorities to set up a committee chaired by Anne Cathrine Frøstrup, a high-ranking former civil servant, which has been mandated to look into the arrangements for compulsory mental healthcare and compulsory care."
The Committee's mandate does not include civil law coercion in mental health care, only the treatment and care authorized in the Penal code. Beyond this, the mandate and it's point of departure are broader than what is stated above. See the response to item 179 below.

Regarding CPT's reference to "the report on compulsory care by the Regional Health Boards", we doubt that such a report exists but assume that CPT is referring to the health regions' overall plan for security psychiatry and other measures for those sentenced to compulsory mental health care. See the response to item 179 below.

Item 164.The CPT recommends that the Norwegian authorities make additional effort to ensure that the new registration system will be fully functional as soon as possible.
Response:

The recommendation has a high priority, cf. the assignment and task document for 2025 from the Ministry to the Regional Health Authorities. The hospitals and units will work purposefully towards the goal of establishing systems for reliable registration of decisions on coercive measures in 2025.

Item 165. The CPT was very concerned with its findings in Østfold psychiatric hospital where in 2023 three patients had been restrained to a bed for up to 43 days (see paragraphs 191 to 193 below). In the CPT's view, such prolonged fixation, including the use of bottles, bedpans and a urinary catheter, may very well amount to inhuman and degrading treatment.

Response:

The South-East Regional Health Authority has followed up this issue after CPT's visit, i.a. through a meeting with Østfold Hospital. The hospital has submitted a comprehensive response to the Parliamentary Ombud for Scrutiny of the Public Administration on 30 January 2025, as a follow-up to the Ombud's previous report from 23 August 2024.

In August 2024, Østfold Hospital implemented a series of both immediate and long-term measures aimed at improving the quality of record keeping and building competence amongst managers and employees with regard to the regulations on the use of mechanical restraints. Østfold Hospital has also introduced a system and methodology for continuous improvement in the entire psychiatric department.

On 1 January 2025 the psychiatric department was reorganized with unified management and a head of department for the entire department.

The following measures have been introduced:

-All measures related to the use of coercion are set up on a board for continuous improvement at ward level in the psychiatric ward and include all ten 24-hour sections in the ward. The improvement board is continuously updated.

-Clearer lines of responsibility in handling the use of coercion. The need for role clarification between employees was mapped, and extensive and broadly inclusive work has been carried out to revise the procedure for responsibilities and role clarification. The procedure was calibrated against other healthcare institutions to ensure equal practice. The procedure was introduced in November 2024. Work is still ongoing to update other procedures related to the use of coercion.

-Improvement measures related to better monitoring of coercive measures.

-Ensuring the competence of managers and employees in the use of coercive drugs. This includes a review of episodes following the use of mechanical means of coercion, measures to raise competence, and measures to discuss particularly difficult cases at departmental level, established networks and possibly with other healthcare institutions.

-Assessment of alternatives to the use of mechanical means of coercion in emergency-like situations.

-Further improvement areas and measures linked to these, i.a. follow-up interviews after mandatory decisions, better follow-up of security patients, increased interdisciplinarity, developing further training in environmental therapy, and improving patient flow and capacity. The hospital reports that the measures implemented from July 2024, with a high focus in the department on the use of coercion, have had a significant positive effect on the use of mechanical restraints in the psychiatric department. The results show a clear decrease in the number of decisions, the total use of belts, median duration, and number of long-term measures. The overall reduction in the use of coercion reflects an increased awareness of such use.

Item 169. The CPT would like to receive confirmation that no delays are expected in the re-accommodation of patients from RSD Dikemark's current site to the hospital under construction, and that patients will indeed enter in January 2027. Further, it would like to receive a timeline for the new to-be-built hospital in Tromsø, as well as confirmation that full funding has been assured.

Response:

Construction of a new hospital building at Ila for the Department of Enhanced Mental Health Care is on track. The current plan is for Oslo University Hospital (OUS) to take over the building in early April 2026. The plan calls for functions that do not involve direct clinical patient activity to begin moving into and using the building as soon as possible after takeover. Functions that are planned for early occupancy are academic and research activities, head of department with staff, and possibly other administrative functions. The relocation of clinical activities/enterprises in the enhanced department is planned to take place in October 2026.

Item 171. As both RSD Dikemark and, probably, the Tromsø centre will have new facilities in the near future, the CPT would like to receive confirmation that their design allows patients unrestricted access to outdoor space during the day (unless there are clear medical contraindications or treatment activities require patients to be present on the ward), which should be reasonably spacious and equipped with a means of rest and shelter against inclement weather.

Response:

As regards the new hospital building at Ila, the attached landscape plan shows the outdoor areas by wing (for each 24-hour wing, 6 patients will have a low-threshold opportunity for 3-4 outdoor areas). Patients in high-intensity have their own balcony and sheltered outdoor area between buildings B and C. In general, it can be said that emphasis has been placed on the fact that target group patients have areas (both outside and inside) adapted to their condition at any time during their course of treatment.

In the meantime, all efforts should continue to be made to allow patients unrestricted access to fresh air outdoors and, as patients in RSD Dikemark will not be reaccommodated in the new hospital building for another two and a half years, the two outdoor exercise areas used should both have seating for patients and cover from the elements installed.

Response:

At RSA Dikemark there are two gazebos, both of which have heat lamps and are in good condition. The gazebos are placed on opposite sides of the building. These are in frequent use by patients who only have access only within the security perimeter. Inside the fresh air yard/activity yard, there are neither benches nor superstructures. The farm is set up to be able to organize joint outdoor activities with the patients. For example, football and indoor bandy are played in the activity yard. It is inappropriate to insert benches and ceilings in such a place. There are many zones with different forms of seating within the security perimeter. There are benches around the fire pit and there are several benches near the table tennis table and the kitchen garden on the east side of the building.

Further, the Committee would like to receive confirmation that the very small outdoor area used for patients accommodated in the RSD in Tromsø has been extended as planned.

Response:

Construction of the ward's sheltered outdoor areas has begun. The planned area is approximately 10 times larger than the current outdoor areas and is scheduled to be completed by July 1, 2025. Patients will still be accompanied by staff when they wish to go outside. This is due to the location of existing premises and adjacent bed units. The exit to the outdoor area shares a staircase/area with another bed unit. How many members of staff must be present at the exit will vary somewhat from patient to patient, and this number is based on individual risk assessments.

Item 172. The CPT would like to receive the comments of the Norwegian authorities on the above. (the planned construction of new hospitals provides an opportunity to take gender-zoning into account in their design). Further, the CPT recommends that the Norwegian authorities introduce gender-zoning on the mixed gender wards in the hospitals visited (and in mental health facilities elsewhere in Norway, as applicable) and that staff is alert on potential unwanted sexual contact between patients and protective towards patients vulnerable to such potentially unwanted sexual contact.

Response:

The health authorities will take CPT's recommendations into account in their further work. There are currently no plans to establish gender-separated zones at the sections. Individual assessments are continuously being made to determine what the right measures are for the individual patient, and the departments have a strong awareness of ensuring that patients are protected against unwanted sexual contact between patients. Arrangements are always made for women and men to have their own separate bathrooms.

Item 174.The CPT would like to be informed whether it is foreseen that administration of intramuscular Clozapine will be authorised in Norway.

Response:

This product does not have a marketing authorization in Norway. It also appears that the product does not have a marketing authorization in the EEA.
Given de-registrations based on its safety profile, it is unlikely that the product will be applied for and approved in Norway or any other EEA country. The solution for those who wish to prescribe this drug is to request an approval exemption for a pharmacy-produced medicinal product from the Netherlands. The product is currently not produced in Norwegian pharmacies. The only user in Norway appears to be the Regional Security Section at Dikemark Hospital. In other words, the product is legally available in Norway through the approval exemption scheme if a doctor sees a need to use the medicinal product in treatment and takes personal initiative to procure it.

Item 176. Given the general shortage of staff affecting the provision of (mental) health care in Norway, the CPT recommends that the Norwegian authorities seek to prioritise activities that allow for the delivery of a more intense programme of psychosocial treatments (for example, psychotherapy, and occupational and creative therapies and activities) to in-patients, to better aid their recovery. Further, the CPT trusts that the creation of suitable facilities for occupational therapy is part of the construction plans for the new buildings for RSD Dikemark and the Tromsø centre.

Response:

The South-Eastern Norway Regional Health Authority will follow up the recommendations of the CPT in close contact with the health institutions. All patients are entitled to have a treatment plan that is individually adapted to the individual's needs, and which takes into account the patient's interests and strengths. Adapted environmental therapy with various activities will be part of such a treatment plan. For many patients, various forms of psychotherapy/talk therapy will be part of the treatment they receive during admission.
The Regional Security Department - current situation: Over the past three years, RSD has prioritized allocating resources to increase the range of activities at the institution. Two full time positions, namely a social worker and an occupational therapist, have been employed following a re-prioritisation of funds within the section. RSD now has two social workers and two occupational therapists.

Regarding the new hospital building at Ila: Reference is made to the attached preliminary project report from April 2023. Reference is made in particular to:

Page 68: 7.2 Functional description.

Page 71: 7.3 The 24-hour area. The project plans to differentiate the clinical areas. The 24-hour spaces are divided into ordinary patient rooms, intensive care rooms with attached living areas and high-intensity rooms with environmental therapy rooms. Through this, the building will be able to provide treatment areas that look after the patient to the best possible extent in phases with different symptom pressures.

Page 74: 7.4 Arena flexible areas.

Page 75: 7.5 Activity areas. Chapter 6.6 landscape concept and 6.7 Material use - landscape.

Item 179. In their «Comprehensive plan for security psychiatry and other measures for people sentenced to compulsory mental healthcare», the four Norwegian regional Health Boards estimate that nationwide five to 15 patients would benefit from specialist secure housing at local or regional level. The report does not give details about the living conditions and the treatment of person to be placed in these facilities, but the CPT trusts that the Norwegian authorities fully consider the purpose of placement in a care setting as, inter alia, reflected upon by the European Court of Human Rights in the case of Rooman v Belgium. There, the court observed the growing importance given by international instruments for the protection of people with mental disabilities to the need for persons placed in compulsory confinement to be able to benefit from personalised and appropriate treatment to fulfil the therapeutic aim of detention. Further, the CPT firmly holds that even though certain patients may not have made sufficient progress in their treatment to be considered for release or transfer, they should nevertheless continue to be evaluated regularly in order to detect any progress as regards their treatment objectives. In that case, they should once again benefit from the full scale of therapeutic modalities on offer in the institution.

The CPT would like to receive the comments of the Norwegian authorities on the above. (Further, it would like to be informed about the position taken by the Norwegian authorities as to the proposal for secure housing by the regional Health Boards.

Response:

In 2022, the regional health authorities were commissioned to prepare an overall plan for security psychiatry and other measures for those sentenced to compulsory mental health care. It was specified that, among other things, the need for long-term, reinforced housing shall be assessed. The regional authorities' report was received in September 2023. Some of the measures that have been considered and proposed are safety housing, transitional housing and ambulatory security teams. In 2024, the health regions were commissioned to follow up on the plan.

In the autumn of 2024, the Ministry of Health and Care Services received a progress report which shows that the work on following up the plan is well underway in the health regions. At the turn of the year 2023/2024, 368 people had been sentenced to compulsory mental health care. The treatment capacity in security psychiatry is around 250 beds. This is the highest capacity since security departments were established in the late 1980s. On the regional level, capacity has increased from 0.8 beds per 100,000 inhabitants in 2019 to 0.9 in 2023.

Item 181. The CPT welcomes the initiatives already taken to reduce violence on the ward and encourages the Norwegian authorities to reflect on additional initiatives to reduce it even further.

Response:

This is a problem that the regional and local health authorities take very seriously. The work with MAP is an important tool for the reduction and prevention of violence in wards.

As an example, the local health trusts in the South-East received the following requirements in 2024: prevent violence and threats against healthcare personnel in line with recommendations in a report by the South-Eastern Norway Regional Health Authority on the prevention of violence and threats against employees.

The South-Eastern Norway Regional Health Authority has recently also completed a regional work with a joint training programme for the prevention of violence and threats in somatic care.

Item 183. The CPT would like to be informed which measures the Norwegian authorities will take in the context of the "National health and coordination plan 2024-2027" to recruit and retain higher numbers of qualified staff to work on the wards (such as nurses) and to employ more occupational therapists and social workers.

Response:

Healthcare institutions and hospitals have had a strong focus on recruiting and retaining qualified personnel in recent years, including work on staffing projections for mental health care and substance abuse treatment that was conducted in 2024. Recruitment of LIS3 has been a particular priority, since this has been the biggest challenge in mental health care in recent years. All the health organizations have drawn up an action plan to increase the recruitment of doctors in specialisation, and the South-Eastern Norway Regional Health Authority has allocated NOK 30 million for measures in the region in 2025 to, among other things, strengthen subjects and research, improve framework conditions and the working environment, provide the opportunity for appropriate organizational changes to make the subject environments more robust, and raise the quality of education. These measures can contribute to stable professional environments with high quality education/training and patient care, which has a positive effect on recruiting and retaining all professional groups.

Item 184. The CPT would like to be informed about any planned legal amendments related to the use of means of restraint in mental health establishments.

Response:

In November 2024, the Government submitted a proposal to the Parliament to follow up on the Parliamentary Ombud for Scrutiny of the Public Administration's recommendation to clarify the obligation to continuously assess whether the use of mechanical restraints remains strictly necessary for the entire duration of their application. It was proposed to introduce a general provision in the Mental Health Care Act, making it clear that all conditions for the use of coercion must be met at all times while the decision is being implemented. Furthermore, the legislative proposal states that the Ministry shall continue working on follow-up of the Coercion Law Committee.

Item 190. The CPT recommends that the standing practice in the hospitals visited to review any restrained patient by a doctor be reflected in law.

Response:

The Mental Health Care Act stipulates that the use of coercive measures must be evaluated together with the patient as soon as possible after the measure has ended. According to the

Norwegian Directorate of Health's circular on the Mental Health Care Act, the evaluation conversation should preferably be conducted by the clinically responsible professional.

Doctors and psychologists must complete education and specialization at the same level to obtain authorization to practice in Norway. Based on this, both doctors with relevant specialist training and clinical psychologists with appropriate experience and further education may be designated as clinically responsible professionals and are authorised to make decisions and implement specific measures under the Mental Health Care Act. However, psychologists do not have clinical responsibility for decisions regarding the use of medication.

At present, we consider the existing framework to be appropriate and well-balanced, and do not see an immediate need to introduce a legal requirement that evaluations must be conducted by a physician. However, we remain attentive to developments in this area and will continue to assess the need for any adjustments in line with best practices and professional considerations.

Item 191. The CPT recommends that measures be taken to further reduce the length of application of restraint in the institutions visited, as well as elsewhere in Norway. Further, the electronic systems used to record restraint measures should allow for the easy collation of data at a hospital-wide level to allow accurate monitoring of trends (locally and nationally) in the use of restrictive measures.

Response:

In the assignment document for 2025 from the Ministry of Health and Care Services to the regional health authorities it is stated that they, in collaboration and under the auspices of the South-Eastern Norway Regional Health Authority, shall review the use of coercive measures and forced admissions in mental health care as a basis for better preventing coercion, and ensure that all coercive decisions are registered in the electronic patient journal in accordance with the current template issued by the Directorate of Health. The work that deals with forced admissions is to be carried out in collaboration with the municipalities, including emergency units.

Item 192. The CPT is deeply concerned by its findings, in particular as concerns the prolonged fixation to a bed, including the use of bottles, bedpans and an urinary catheter, which in its view may very well amount to inhuman and degrading treatment. In the CPT's view, the duration of the use of means of mechanical restraint and seclusion should be for the shortest possible time (usually minutes rather than hours) and should always be terminated when the underlying reasons for their use have ceased. When a patient is, exceptionally, placed in lengthy restraint, their care plan should be additionally reviewed by a doctor, accompanied by multidisciplinary clinical colleagues, all of whom are independent from the treating clinical team, in order to recommend whether alternative clinical treatment approaches might appropriately be deployed.

Response:

Please see the responses to items 165, 184, and 191**.**

Item 193.As it transpired, the Østfold Supervisory Commission neither scrutinizes *ex officio* the application of coercive measures in the institution nor keeps itself informed about instances of their use. Rather, the Østfold Supervisory Commission is said to focus on decisions concerning compulsory observation and compulsory care (See paragraph 198 below). Also, from discussions with members of the Supervisory Commission the delegation learned that even if the Supervisory Commission were to receive a complaint as to the use of means of restraints or would carry out an *ex officio* investigation, it would not inform itself about the length of the period these means of restraints had already been applied. The CPT considers such a-historic approach a serious flaw in the supervision methodology, as the legitimacy of the motivation for the continued necessity of their application should undergo particularly profound scrutiny.

Response:

Items 193, 195 and 196 are related to the requirements for decisions on mechanical restraints in mental health care and the Supervisory Commission's oversight and handling of appeals regarding these. The points are answered collectively here.

Requirements for the Institution's Decisions on Mechanical Restraints
The Directorate of Health has created templates for decisions under the Mental Health Care Act for use in electronic patient records (EPR), see Standard for Decisions under the Mental Health Care Act.pdf. The Directorate has strongly encouraged the country's mental health care institutions to use these templates. The templates are used by DIPS Arena, which is the largest EPR system provider in mental health care in Norway.

The template for decisions on mechanical restraints requires, among other things, that information about the implementation of the restraint and the time the restraint ends be included. It is also required that the decision include information about "which less restrictive measures have proven to be obviously futile or insufficient." See more about the requirements for restraint decisions in the standard, chapter 4.4.

Requirements for the Control Commission's Oversight and Appeal Decisions
Following the report by the Parliamentary Ombud for the Scrutiny of the Public Administration in 2022 (the Norwegian NPM) which described inadequate supervision of the use of mechanical restraints, the Directorate of Health revised the template for the Supervisory Commission's appeal decisions on restraints: Tasks, Procedures, and Templates for Supervisory Commissions - Directorate of Health.

The following clarification was included in the template: "In addition to the background of the case, it should be stated when the decision was implemented and when it ended. It should also explain the implementation and whether the patient was given more lenient care, cf. the Mental Health Care Regulations Section 26." Additionally, the following clarification was made:

"The Supervisory Commission must show how it has assessed the conditions, including whether less restrictive measures have been attempted and whether the requirement for 'absolutely necessary' was met for the entire period the restraint decision was in use."

The requirements for the Supervisory Commission's welfare control/legal control of all restraint decisions are discussed in the Supervisory Commission's Procedural Guide, chapter 12.2. Following the aforementioned NPM report, this text was revised to clearly state that the control may result in the Commission finding the restraint decision invalid. A template for decisions on the termination of restrictive measures due to invalidity was then developed.

The aforementioned procedural guide also emphasizes that the Commission should be attentive to the possibility that the use of restraints has not been subject to a decision.

The Commissions' follow-up on restraints has been a topic several times at the Directorate of Health's annual national conference for the supervisory commissions. The NPM was invited to the conference in 2022 to discuss the report on restraints mentioned above. In 2024, all commissions were presented with the work of a commission from Akershus University Hospital, which has had a special focus on the control of restraints ('best practice').

The CPT notes that few patients appeal restraint decisions to the Supervisory Commission. One reason for this may be that the measure is often concluded before the patient is in a condition to appeal, and the motivation to appeal is low since the measure has already ended. In 2024, 107 complaints about mechanical restraints were filed in Norway, 22 of which were upheld, cf. the report on the control of the use of restraints in mental health care 2023, chapter 2.4.

Regarding the question of free legal representation for appeals against restraint decisions to the Supervisory Commission, this may be considered in the next law revision. This was not proposed by the committee that last reviewed these restraint rules, see the Coercion Limitation Act NOU 2019:14 proposal for a new Section 13-7.

In Prop. 31 L (2024-2025), a new provision in the Mental Health Care Act Section 4-2a was proposed, which will apply to decisions on restraints. The provision requires "ongoing assessment of whether the conditions of the law are met." This is a clarification that the conditions of the law must be met throughout the implementation of a restraint decision. In connection with the entry into force of the legislative amendment, the Directorate of Health will review the decision templates and circulars mentioned above and assess the need for revision.

Item 194.The CPT expects that lessons will be learned so that, in future, similar situations may be avoided, including via systemic changes and/or different approaches to treatment and/or the use of alternative services, to ensure that restraints are only used for the shortest possible time (usually minutes to a few hours), that patients undergoing restraint are able to go to the toilet in a dignified manner and, when the emergency situation resulting in the application of restraint ceases to exist, the patient is released immediately.

Response:

Please see the response to item 165 above.

Item 195.The CPT recommends that the Norwegian authorities reflect on measures as to ensure Supervisory Commission scrutiny of the continuous application of means of restraint, including by providing legal aid for patients that appeal to the Supervisory Commission in this context.

Response:

Please see the response to item 193 above.

196. The delegation was informed that, in particular in the Tromsø centre, as regards both the quality of decision making and file keeping:

- **the registered application of means of restraint frequently lacked ending times;**
- **the measures applied are at times omitted from registration;**
- **shielding is at times subject to back-to-back prolongation, without sufficient time allotted to make an adequate assessment of its necessity.**

The CPT recommends that the Norwegian authorities ensure that these above matters are remedied, in the Tromsø centre and elsewhere if needed.

Response:

Please see the response to item 193 above.

Item 198. The CPT recommends that the Norwegian authorities take measures to ensure that decisions to continue involuntary hospitalisation are well-motivated.

Response:

Please see the response to items 191 and 193 above.

POLITIET

ENGLISH

Information for those who are under police arrest – and who are between 15 and 18 years old

The police officers will give you this information both verbally and in writing, so that you can bring it back with you to your cell and read it there.

- When you get to the police station, we will **look after you all the time** until you have entered the cell.
- We will tell you **why you are here and what is going to happen.**
- If you do not understand what we are saying to you, we will provide you with **an interpreter**.
- We will contact **your parents,** or **guardians**, and you will also have the opportunity to call your parents.
- We will also contact **the child welfare service**, who may come to visit you.
- You can call your **lawyer**, and if you do not have a lawyer, we will help you with your rights to get legal assistance.
- You **are not obliged to make a statement** to the police.
- If you **want to make a statement**, your defense attorney, parents or guardians must be with you.
- If you need **medical attention**, you can request it at any time when you are with the police.
- If you bring your **own medicines**, we will make sure that a doctor assesses and doses the medicines. Remember to tell us that you are taking medication.
- – We will **examine your items and clothing** to see if you have something that you could hurt yourself or others with. If you prefer a man or woman to examine you, ask for it.
- Everything **we take from you, will be put in a safe place.**
- We **will come by every half hour** while you are in your cell, and we are always close by if there is something you need or you need to talk to someone.
- If we may think that you will get hurt or get sick while you are with us, we can put **on a camera and sound** to monitor you.
- If you get a visit from a **lawyer**, **doctor, child welfare service, parents or guardians** the visit must take place in a room without cameras and audio recordings.
- If you are very aggressive, we may use handcuffs for a shorter period of time. And if you attack us or others, we may also use other legal **means of force** to prevent such attacks and injuries.

POLITIET

- You get **food and drink** regularly. Let us know if you need any extra food and drinks**.** We make sure you get food adapted to allergies and your religion or beliefs.
- If you have been in your cell for a while, you can ask to get **out in the fresh air** for a shorter period of time. If you do not ask, we will come to offer you such a walk at least once a day.
- You have the possibility to **take a shower**.
- You will **be released** when we no longer have reason to hold you here. When you are released, you will be notified of what will happen further and you will get your things back, if they are not confiscated.
- If the police have to hold you for **more than 24 hours**, you will be driven to a prison cell with better furnishings and other facilities. If you **are under the age of 16**, we will try temporary placement in institutions under the child welfare service.

Police Directorate, 1st of September 2024

POLITIET

ENGLISH

Information for those who are under police arrest – and who are over 18 years old

The police officers will give you this information both verbally and in writing, so that you can bring it back with you to your cell and read it there.

You are entitled to know the reason why you were brought in:

– We will tell you **why you are here and what is going to happen.** If you do not understand what we are saying to you because you do not speak Norwegian or English, or very poor Norwegian or English, we will provide you with **an interpreter**.

You are **obliged to provide** your name, date of birth, position and address when the police request it.

– You can also ask the police to notify your relatives or others you wish to notify. This should be done as soon as practically possible. Unless it is decided, in relation to the specific case, that notification should be postponed.

– If you are not a Norwegian citizen, you have the right to speak to someone from your **embassy**. You must also notify us if you do not want such notification.

You will be informed that the police can call for **an attorney**. This can either be an attorney of your choice or an attorney chosen for you from a list that the police have. Until you are charged, you must cover the expenses for an attorney yourself.

– From the moment you are **charged**, you have the right to be assisted by a defense attorney of your choice at any stage of the case. You will be informed about what it means to be charged.

– If you are entitled to an attorney, he/she also has the right to be **present when you make a statement.**

– You **are not obliged to make a statement** to the police. This applies in whole or in part.

– In many cases, you will also be **entitled to a publicly appointed defense** attorney paid by the state. The police will tell you in what situations this applies. If you are to be brought in for custody or the police will hold you for more than 24 hours, you are always entitled to a public defense attorney.

– Your conversations with a defense attorney should take place in rooms without recording equipment.

Medical assistance and medications: If you need medical attention, you can request it at any time when you are with the police. The police must also assess whether you need such help before you are placed in a cell. If you need medical attention, the police will watch you until your doctor has examined you. If you bring your own medicines, we will make sure that your doctor assesses and doses the medicines.

– If we think you might hurt yourself, **a camera with picture and audio recordings** can be turned on in your cell. This is placed so that it will not record your whole body when you are at the toilet. If you get a visit from an attorney or a doctor, the visit must take place in a room without cameras and audio recordings.

– If you are very aggressive, we may use handcuffs for a shorter period of time. And if you attack us or others, we may also use other legal **means of force** to prevent such attacks and injuries.

POLITIET

Search: We will examine your bag or other items you may have with you, your clothes and under your clothes, if we suspect you may have something there that you may hurt yourself or others with. We will examine you in a way where you are never completely naked. We will ask whether you prefer a man or a woman to examine you. Everything we take from you, will be put in a safe place. These will be returned later, if they are not confiscated.

We will **come by regularly** while you are in your cell. If you want to talk to a police officer between these visits, we are close to your cell and can be called upon.

If you are placed in a cell without furniture, you are always entitled to get a **clean mattress and blankets** if you have to spend the night in police custody. If the police believe that getting a mattress and a blanket may pose a security risk for you, they may delay giving you this.

Food and drink: If you are hungry or thirsty, ask for food and drink. If you do not ask us, we will bring you food and drink throughout the day. We will ask if you are allergic or if there is any food you cannot eat because of your religion or belief, and respect that.

Fresh air: If you have been in your cell for a while, you can ask to get out in the fresh air for a shorter period of time. If you do not ask, we will come to offer you such a walk at least once a day.

Washing and showering: If you are dirty and need to change clothes or wash your clothes, we will provide clean clothes and soap and other things so that you can wash yourself. There is also a room nearby where you can shower if you are going to be here for a while. If you are here for more than 24 hours, you are entitled to a shower.

There are different possible **lengths of time** for how long you can stay in police custody.

– If you are only brought in for matters that need to be clarified, you will be released within four hours.

– If you are drunk, we can keep you here until you are sober.

– If you are suspected or are / or later will be charged with a criminal offense, you must be released or transferred to the Norwegian Correctional Service within 48 hours. You should be made familiar with such a decision.

Presentation to the Court: If you are not released, the police must as soon as possible let a judge decide whether you should still be in prison. Normally, you will be brought before a judge the day after your arrest, but no later than three days after your arrest.

Release: When you are released, you will be notified of what will happen further and you will get your things back. If you do not get everything back, we will explain why. If you have an attorney, he/she will also help you with such matters.

Complaint: You can complain about things that happened during your stay, that you believe were not properly done by the police. The police will report this on request. If you have an attorney, he/she will be able to help you.

Police Directorate, 1st of September 2024

NOU Norges offentlige utredninger **2025: 2**

Samfunnsvern og omsorg

Norges offentlige utredninger
2025

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

---

1. Felles ansvar, felles gevinst
   Kunnskapsdepartementet

2. Samfunnsvern og omsorg
   Justis- og beredskapsdepartementet og
   Helse- og omsorgsdepartementet

NOU Norges offentlige utredninger 2025: 2

Samfunnsvern og omsorg

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 20. juni 2023.
Avgitt til Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 17. mars 2025.

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

Oslo 2025

ISSN 0806-2633 (online)
ISSN 0333-2306 (trykt utg.)

Aksell AS

Til Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet

Utvalget for strafferettslige reaksjoner og psykisk helse ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 20. juni 2023 for å evaluere forvaring, særreaksjonene tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg, og utrede ivaretakelsen av domfelte og innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming.

Utvalget overleverer med dette sin utredning. Bortsett fra de stedene i utredningen hvor det fremkommer særskilte merknader fra enkelte utvalgsmedlemmer, er utredningen enstemmig.

Oslo 17. mars 2025

Anne Cathrine Frøstrup
utvalgsleder

Lars-Erik Borge	Anders Henriksen	María Sigurjónsdóttir
Thale Kristine Bostad	Øyvind Holst	Arne Toft
Linda Gröning	Ragnhild Johansen	Anita Vatland
Bjørn Gudbjørgsrud	Randi Rosenqvist	Leif Magne Viste
Hanne Hamsund	Tonje Sandal	Per Wilhelmsen

Toril Kristiansen Høyland
Sekretariatsleder

Ingrid Andresen

Signe Bechmann

Mona Keiko Løken

Heidi Sødergren

Karina Vigsnæs

Innhold

Sammendrag 13

Del I **Utvalgets mandat og arbeid** 23

1 **Utvalgets medlemmer** 25

2 **Utvalgets mandat** 26

3 **Utvalgets tolkning og besvarelse av mandatet** 31
3.1 Utgangspunkt 31
3.2 Nærmere om besvarelsen av mandatets punkt 1 31
3.3 Nærmere om besvarelsen av mandatets punkt 2 til 7 33
3.4 Sentrale avgrensninger og begrensninger 34

4 **Utvalgets arbeid** 36
4.1 Innledning 36
4.2 Innhenting av informasjon. Utfordringer med å få frem et godt kunnskapsgrunnlag 36
4.3 Utvalgsmøter 38
4.4 Besøk, innspillsmøter og nettside 38
4.5 Utredningens oppbygning 39

Del II **Menneskerettigheter og andre sentrale utgangspunkter for arbeidet med temaene i mandatet** 41

5 **Menneskerettslige forpliktelser** 43
5.1 Innledning 43
5.2 Konstitusjonelle utgangspunkter 43
5.2.1 Vernet av individet som menneskerettighetenes fundament 43
5.2.2 Plikten til å respektere og sikre menneskerettighetene 45
5.2.3 Ulike typer rettigheter 47
5.2.4 Utvalgets forståelse av individvern og samfunnsvern 48
5.3 Nærmere om plikten til å sikre vern av andre 49
5.3.1 Rekkevidden av sikringsplikten etter praksis fra Høyesterett og EMD 49
5.3.2 Tiltak som har til formål å hindre at individer krenker hverandre 49
5.3.3 Krav til bruk av strafferettslige reaksjoner 50
5.4 Grunnleggende rettigheter ved gjennomføring av varetekt og strafferettslige reaksjoner 51
5.4.1 Retten til frihet og sikkerhet 51
5.4.2 Retten til liv 52
5.4.3 Retten til frihet fra tortur eller annen umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff 53
5.4.4 Retten til privatliv, familieliv og kommunikasjon 53
5.4.5 Retten til helse 54
5.4.6 Retten til frihet fra diskriminering – den relasjonelle forståelses-modellen 56
5.5 Barns særlige menneskerettsvern 57
5.6 Nærmere om kommunenes menneskerettsansvar 58
5.7 Nasjonal kontroll med etterlevelse av de internasjonale menneske-rettighetene 58
5.8 Enkelte menneskerettslige utfordringer i dag 59
5.8.1 Innledning 59
5.8.2 Kritikkverdige forhold for domfelte og innsatte i varetekt 59
5.8.3 Utfordringer med å sikre andre innbyggeres rettigheter 60

6 **Fra straffbar handling til dom** 62
6.1 Innledning 62
6.2 Anmeldte lovbrudd 62
6.3 Krav til skyldevne for å kunne holdes strafferettslig ansvarlig 64
6.4 Etterforskede lovbrudd og henleggelser 66
6.5 Straffereaksjoner og frifinnelser 69

7 **Den historiske utviklingen av dagens forvaring og straffe-rettslige særreaksjoner** 72
7.1 Forvaring og særreaksjonene avløste sikring 72

7.2 Straffelovrådets forslag til et nytt reaksjonssystem 73
7.3 Noen hovedpunkter i kritikken mot Straffelovrådets forslag 74
7.4 Straffelovkommisjonens og Særreaksjonsutvalgets utredninger om forvaring og strafferettslige særreaksjoner..... 76
7.4.1 Innledning 76
7.4.2 Særreaksjonsutvalgets forslag om forvaring 77
7.4.3 Særreaksjonsutvalgets forslag om strafferettslige reaksjoner overfor utilregnelige 79
7.4.4 Videre arbeid med regelverket om forvaring og strafferettslige særreaksjoner 81
7.5 Særlig om ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse av forvaringsdømte 82
7.6 Enkelte senere lovendringer av betydning for reaksjons-systemet 83
7.6.1 Innføringen av en særregel for å idømme forvaring for barn 83
7.6.2 Endringer i reglene om idømmelse av særreaksjoner – tidsbestemte særreaksjoner for gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art 84
7.6.3 Endringer i reglene om bruk av varetektssurrogat – innleggelse i institusjon uavhengig av samtykke fra institusjonen 84
7.6.4 Opphør av den tidligere adgangen til å overføre en særreaksjonsdømt til kriminal-omsorgen 85

8 Strafferettslige reaksjoner i de nordiske landene 86
8.1 Innledning 86
8.2 Straff og innsettelse i fengsel i Norden 86
8.3 Regulering av frihet fra straffansvar 87
8.3.1 Oversikt 87
8.3.2 Danmark 88
8.3.3 Sverige 88
8.3.4 Finland 89
8.4 Tidsubestemt straff 89
8.4.1 Oversikt 89
8.4.2 Livstidsstraff 89
8.4.3 Forvaring 90
8.4.4 Sikkerhetsstraff 91

9 Varetekt og varetektssurrogat .. 92
9.1 Varetekt 92
9.2 Varetektssurrogat 93
9.2.1 Innledning 93
9.2.2 Omfang og erfaringer 94
9.2.3 Vilkår 95
9.2.4 Særmerknad fra utvalgsmedlem Rosenqvist 95
9.2.5 Gjennomføring 96
9.2.6 Utfordringer. Evaluering fra SIFER 96

10 Rettspsykiatriske undersøkelser og volds-risikovurderinger i saker om strafferettslige reaksjoner..... 98
10.1 Oversikt 98
10.2 Rettspsykiatriske undersøkelser .. 99
10.2.1 Generelt 99
10.2.2 Taushetsplikt 100
10.2.3 Nærmere om arbeidet som rettspsykiatrisk sakkyndig 100
10.2.4 Noen nøkkelopplysninger om Den rettsmedisinske kommisjons funksjon og virksomhet 101
10.2.5 Gjenopptakelse av straffesaker 103
10.3 Voldsrisikovurderinger 104
10.3.1 Bakgrunn og funksjon 104
10.3.2 Kort om utviklingen av, og begrensninger ved, instrumenter for vurdering av voldsrisiko 105
10.3.3 Særlig om risikovurderinger under gjennomføringen av en særreaksjon 106
10.3.4 Særlig om risikovurderinger under gjennomføringen av forvaring 107

11 Kort om kommunene og kommuneøkonomien..... 108
11.1 Inntektssystemet for kommunene 108
11.2 Nærmere om enkelte tilskudds-ordninger 110
11.2.1 Toppfinansieringstilskuddet 110
11.2.2 Tilskudd til ambulante ACT/FACT-team 112
11.2.3 Vertskommunetilskuddet 112

Del III **Fengsel og forvaring** 115

12 **Kriminalomsorgen** 117
12.1 Overordnet om oppgaver og organisering 117
12.2 Økonomiske rammebetingelser.... 118
12.3 De ansatte og de innsatte 123
12.4 Samarbeid med offentlige etater og frivillige organisasjoner 127

13 **Innsettelse og opphold i fengsel** 129
13.1 Innledning 129
13.2 Innsettelse i fengsel 129
13.2.1 Generelt 129
13.2.2 Særlig om innsettelse av barn 130
13.2.3 Særlig om innsettelse av kvinner .. 131
13.2.4 Overføring mellom fengsler 131
13.3 Opphold i fengsel 131
13.3.1 Statisk og dynamisk sikkerhet 131
13.3.2 Aktivitet 132
13.3.3 Innsattes kontakt med pårørende og andre utenfor fengselet 132
13.3.4 Tilgang til fellesskap i fengselet. Utelukkelse og bruk av tvangsmidler 133
13.3.5 Særlig om fengselsopphold for innsatte under 18 år 137
13.3.6 Fremstillinger, permisjoner og frigang 138
13.3.7 Prøveløslatelse fra alminnelig fengselsstraff 139
13.3.8 Vilkår for prøveløslatelse fra fengselsstraff 140
13.4 Noen statistiske opplysninger om de innsatte i fengslene 140

14 **Ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel** 143
14.1 Innledning 143
14.2 Ulike behov for ulike grupper av innsatte 143
14.3 Kriminalomsorgens ansvar for å legge til rette for helsetjenester til innsatte 145
14.4 Soningsutsettelse, straffavbrudd og andre mekanismer av betydning for ivaretakelsen av innsattes helse 145
14.4.1 Innledning 145
14.4.2 Soningsutsettelse 146
14.4.3 Straffavbrudd 147
14.4.4 Overføring til heldøgnsopphold i sykehus eller i institusjon 148
14.5 Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte 150
14.5.1 Kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester 150
14.5.2 Kommunenes organisering og erfaringer 151
14.5.3 Finansieringen av kommunale helse- og omsorgstjenester til fengselsinnsatte 153
14.6 Spesialisthelsetjenester til innsatte 156
14.6.1 Helseforetakenes ansvar for å tilby nødvendige spesialisthelsetjenester 156
14.6.2 Organiseringen av spesialisthelsetjenester til innsatte. Helseforetakenes erfaringer med tjenesteytelsen 156
14.7 Samhandling og informasjonsutveksling i samarbeidet om ivaretakelsen av helsen til innsatte i fengsel 158
14.7.1 Samarbeid mellom ulike tjenester 158
14.7.2 Sentrale elementer i regelverket om taushetsplikt 160
14.8 Tidligere utredninger og studier om innsattes helsesituasjon 163
14.9 Ivaretakelse av helsen til fengselsinnsatte i enkelte andre land 166
14.9.1 Psykiske lidelser blant innsatte 166
14.9.2 Organisering av helsetjenestene... 167

15 **Forvaring** 168
15.1 Innledning 168
15.2 Hvem er de domfelte til forvaring? 169
15.3 Forvaring for lovbrudd begått av personer under 18 år 171
15.4 Tidsrammen for forvaring 172
15.5 Sentrale elementer i gjennomføringen av forvaring 175
15.6 Utfordringer med forvaringskapasiteten 176
15.7 Progresjon 177
15.7.1 Generelt om progresjon 177
15.7.2 Få muligheter for utprøving og progresjon for forvaringsdømte ... 178
15.7.3 Særlig om progresjon i form av prøveløslatelse fra forvaring 178
15.8 Forvaring og nærhetsprinsippet .. 180
15.9 Enkelte bruker- og pårørendeopplevelser om forvaring 180

16 Prøveløslatelse fra forvaring på vilkår om at den prøveløslatte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet (refusjonsordningen) . 182
16.1 Generelt om ordningen 182
16.2 Overordnet om praktisering av ordningen 183
16.3 Nærmere om gangen i etableringen av en prøveløslatelse under refusjonsordningen 184
16.4 Varigheten av en prøveløslatelse under refusjonsordningen 187
16.5 Rammene for bruk av tvang 188
16.6 Kontroll og tilsyn 188
16.7 Kostnader ved ordningen 189
16.8 Enkelte erfaringer med prøveløslatelse fra forvaring med vilkår om at den prøveløslatte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet 190

Del IV De strafferettslige særreaksjonene 193

17 Hensynene bak særreaksjonene 195
17.1 Innledning 195
17.2 Beskyttelse mot nye og alvorlige straffbare handlinger 195
17.3 Behov for et supplement til tvang på sivilrettslig grunnlag 196
17.4 Påtalemyndigheten som «vokter» av samfunnsvernet 197

18 Statistiske opplysninger om domfelte til særreaksjonene 198
18.1 Utviklingen av antall domfelte til særreaksjonene 198
18.2 Statistikk om domfelte til tvungent psykisk helsevern 200
18.3 Statistikk om dom til tvungen omsorg 203

19 Statistiske opplysninger om psykisk helsevern generelt 208
19.1 Innledning 208
19.2 Lokale og regionale sikkerhetsavdelinger 209
19.3 I hvilken grad «opptar» domfelte til tvungent psykisk helsevern døgnplasser i psykiatrien? 210
19.4 Omfanget av «overliggerdøgn» i spesialisthelsetjenesten 212

20 Nærmere om vilkårene for å kunne idømmes en særreaksjon 214
20.1 Dagens regler 214
20.2 Kort om enkelte justeringer i vilkårene for særreaksjonene etter 2002 215
20.3 Noen erfaringer i spesialisthelsetjenesten om bruken av særreaksjonene 217
20.4 Regelverket om opphør og opprettholdelse av særreaksjonene 218

21 En generell beskrivelse av tilstand og behandling for de domfelte til en særreaksjon 219

22 Gjennomføringen av særreaksjonene 221
22.1 Ansvarlige for gjennomføringen ... 221
22.2 Rettslige rammer for gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern 222
22.2.1 Generelt 222
22.2.2 Særlig om barn 224
22.2.3 Særlig om ruskontroll 225
22.2.4 Særlig om utskrivningsklare pasienter 225
22.3 Erfaringer med gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern 226
22.3.1 Enkelte erfaringer fra spesialisthelsetjenesten 226
22.3.2 Erfaringer fra kommunene 227
22.3.3 SIFERs evaluering av ordningen med tidsbestemt dom til tvungent psykisk helsevern 230
22.3.4 Bruker- og pårørendeopplevelser 230
22.3.5 Rapporter fra Sivilombudet om sikkerhetsavdelinger 231
22.4 Rettslige rammer for gjennomføring av dom til tvungen omsorg 232
22.5 Erfaringer med gjennomføring av dom til tvungen omsorg 234
22.5.1 Innledning 234
22.5.2 Erfaringer i kommunene 234
22.5.3 Kontrollkommisjonen for dom til tvungen omsorg 235
22.5.4 Bruker- og pårørendeopplevelser formidlet til utvalget 236

23 Finansiering av særreaksjonene 238
23.1 Finansiering av dom til tvungent psykisk helsevern 238
23.2 Finansiering av dom til tvungen omsorg 239

Del V Utvalgets vurderinger og anbefalinger 243

24 Sentrale dilemmaer og utfordringer 245
24.1 Innledning 245
24.2 Det grunnleggende dilemmaet: Individvern versus samfunnsvern 245
24.3 Uklare ansvarsforhold 245
24.4 Avveining mellom sikkerhet og rehabilitering i straffe-gjennomføring 245
24.5 Ulike regelverk om behov for samfunnsvern 245
24.6 Holdninger i samfunnet til muligheten for voldshandlinger ... 246
24.7 Vern av individets selvbestemmelse versus samfunnets behov for risikohåndtering og kostnads-kontroll 246
24.8 Forebygging versus strafferettslig kontroll i et samfunnsøkonomisk perspektiv 246
24.9 Mulighetene til begrensninger av individets selvbestemmelse på sivilrettslig grunnlag 246
24.10 Kostnadseffektive prosesser versus individets rettssikkerhet ... 246
24.11 Spesialiserte og differensierte tiltak versus lokale tilbud 246
24.12 Dilemmaet med et mangelfullt kunnskapsgrunnlag 247
24.13 Utfordringen med en snever kostnadsramme 247
24.14 Utfordringen med rekruttering 247
24.15 Merknader om utvalgets arbeidsprosess og konsekvensene av denne for utvalgets vurderinger og anbefalinger 247

25 Utvalgets vurderinger og anbefalinger om ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel 249
25.1 Innledning 249
25.2 Situasjonen for enkelte innsatte med psykiske lidelser er uakseptabel 249
25.3 Utfordringer med isolasjon og utelukkelse 250
25.4 Ivaretakelse av innsatte med alvorlige psykiske lidelser 250
25.4.1 Utgangspunkt 250
25.4.2 Innleggelse av innsatte i psykisk helsevern 251
25.4.3 Ivaretakelse av innsatte med alvorlige psykiske lidelser som ikke legges inn i psykisk helsevern 253
25.5 Kontakt med pårørende 255
25.6 Rammene i kriminalomsorgen 255
25.6.1 Utgangspunkt 255
25.6.2 Bemanning og budsjettrammer ... 255
25.6.3 Forvaltning av ressurser 256
25.6.4 Kompetanse og rekruttering til oppgaver i kriminalomsorgen 257
25.6.5 Aspekter ved regelverket 258
25.6.6 Utfordringer ved dagens fengselsbygg 259
25.7 Utfordringer i samhandling mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene 259
25.7.1 Importmodellen og avklaring av ansvar for omsorgsoppgaver ... 259
25.7.2 Behov for faste strukturer for samarbeid mellom etatene 260
25.7.3 Taushetsplikt 261
25.8 Bruk av digitale verktøy for kontakt med helsetjenestene 262
25.9 Barn i fengsel 262
25.10 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om ivaretakelse av helsen til innsatte 262

26 Siktede og domfelte i en barnevernsinstitusjon 265
26.1 Innledning 265
26.2 Overordnede vurderinger 265
26.3 Opphold i barneverninstitusjon som et alternativ til varetekt eller frihetsstraff 266
26.3.1 Barneverninstitusjoner som et alternativ til varetektsfengsling 266
26.3.2 Gjennomføring av fengselsstraff i en barnevernsinstitusjon 266

27 Utvalgets vurderinger og anbefalinger om forvaring 268
27.1 En subsidiær reaksjonsform eller lovens strengeste straff? 268
27.2 Styrke samarbeidet med pårørende 269
27.3 Forvaringsstraffen skal ha et særskilt innhold 269
27.4 Progresjonsmulighetene for forvaringsdømte bør styrkes 270
27.5 Forvaring overfor barn – en stor byrde på usikkert grunnlag 271
27.6 Prøveløslatelse fra forvaring på vilkår om at den prøveløslatte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet (refusjonsordningen) 273
27.6.1 Innledning 273
27.6.2 Behov for større klarhet om rammene for kontrolltiltak og tvang 273
27.6.3 Prøveløslatelser under refusjonsordningen kan bli svært langvarige, og bygger kanskje ikke grunnlaget for endelig løslatelse 274
27.6.4 Prøveløslatelser under refusjonsordningen medfører betydelige kostnader 275
27.6.5 Alternativer til refusjonsordningen 275
27.6.6 Mindretallsmerknad om statlig finansiert prøveløslatelse 276
27.7 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om forvaring 276

28 Utvalgets vurderinger og anbefalinger om særreaksjonene 278
28.1 Innledning 278
28.2 Behov for å styrke psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag 280
28.3 Behov for en bedre overgang mellom døgnopphold i psykisk helsevern og bosetting i en kommune for domfelte til tvungent psykisk helsevern 281
28.3.1 Utfordringer i overgangen mellom døgnopphold i psykisk helsevern og bosetting i en kommune 281
28.3.2 Mulige løsninger – større oppgaver og ansvar til kommunene? 282
28.3.3 Mulige løsninger – tiltak i spesialisthelsetjenesten for en bedre overgang mellom døgnopphold og bolig i en kommune 283
28.4 De tidsbestemte særreaksjonene 284
28.5 Enkelte rettssikkerhetsmessige aspekter 284
28.6 Konsekvenser av lovendringen i 2020 285
28.7 Det mangler et sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn 285
28.8 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om særreaksjonene 286

29 Forslag om nye overgangsboliger og sikkerhetsboliger for en bedre ivaretakelse av samfunnsvernet og den enkelte 288
29.1 Innledning 288
29.2 Nye institusjoner for domfelte og andre under psykisk helsevern 289
29.2.1 Overgangsboliger og sikkerhetsboliger for psykisk helsevern 289
29.2.2 Juridiske aspekter ved opphold i overgangs- og sikkerhetsbolig for psykisk helsevern 290
29.3 Personer med psykisk utviklingshemming og samfunnsvern 290
29.3.1 Innledning 290
29.3.2 Nye spesialisthelsetjenester i habilitering 292
29.3.3 Nærmere om overføring av domfelte til forvaring eller fengselsstraff til en overgangsbolig 292
29.4 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om nye institusjoner 293
29.5 Avsluttede merknader 294

30 Finansiering av særreaksjonene 295
30.1 Dagens finansieringsordninger for særreaksjonene – grunnpremisser og utfordringer 295

30.1.1 Særskilt om finansiering av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern 296
30.1.2 Særskilt om finansiering av dom på overføring til tvungen omsorg 297
30.1.3 Relevante fellestrekk og sammenhenger i gjennomgangen av finansieringen av særreaksjonene 298
30.2 Alternativer som balanserer finansieringsmodellene for særreaksjonene 300
30.2.1 Innledning 300
30.2.2 Alternativ 1: Ramme-finansiering av dom til tvungen omsorg over spesialisthelse-tjenestens budsjett 300
30.2.3 Alternativ 2: Refusjonsordning for dom til tvungent psykisk helsevern 301
30.2.4 Alternativ 3: Finansierings-modellene for dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg tilpasses slik at de blir likere 301
30.2.5 Alternativ 4: En ny felles finansieringsmodell for dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg som bygger på andre premisser enn de nåværende modellene? 302
30.2.6 Særlig om finansiering og samhandling i en ny modell for finansiering 303
30.3 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om finansieringen av sær-reaksjonene 303
30.4 Mindretallsmerknad om finansiering av særreaksjonene 304

31 Pårørende som ressurs for helsetjenestene og kriminalomsorgen 305
31.1 Innledning 305
31.2 Nærmere om utfordringer for pårørende i møte med helsetjenestene og kriminal-omsorgen 305
31.3 Videreutvikle et best mulig pårørendegrunnlag for frihets-berøvede personer 307

32 Økonomiske og administrative konsekvenser 308
32.1 Innledning 308
32.2 Økonomiske konsekvenser 309
32.2.1 Kostnader forbundet med gjennomføring av straffe-rettslige reaksjoner 309
32.2.2 Framskrivninger av antall domfelte til de strafferettslige særreaksjonene 310
32.2.3 Etableringen av sikkerhetsboliger og overgangsboliger i spesialist-helsetjenesten 311
32.2.4 Kriminalomsorgen 313
32.2.5 Utvalgets bemerkninger angående utviklingen i strafferetten og sikkerhets-psykiatrien 314
32.3 Administrative konsekvenser 314
32.3.1 Innledning 314
32.3.2 Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde 315
32.3.3 Justis- og beredskaps-departementets ansvarsområde ... 316
32.3.4 Kommunale tjenester 316

Referanser og litteratur 317

Sammendrag

Utvalgets oppdrag og sentral bakgrunnsinformasjon

Utvalgets mandat har fire hovedelementer – de tre strafferettslige reaksjonene forvaring, dom til overføring til tvungent psykisk helsevern og dom til overføring til tvungen omsorg, og dessuten ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel. Utvalget er bedt om å evaluere de tre strafferettslige reaksjonene, og å utrede hvordan helsen til innsatte best kan ivaretas, med særlig vekt på alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming. I tillegg løfter mandatet frem en del mer konkrete problemstillinger for utredning og vurdering.

Felles for de tre strafferettslige reaksjonene som mandatet omfatter, er at de har som formål å beskytte den enkelte og samfunnet mot nye straffbare handlinger fremover, og at de innebærer frihetsberøvelse. Det som særlig skiller dem, er at forvaring bare er aktuelt når den som begikk handlingen var strafferettslig ansvarlig, mens dom til overføring til tvungent psykisk helsevern og dom til overføring til tvungen omsorg bare er aktuelt når den som begikk handlingen var utilregnelig etter reglene i straffeloven § 20 på tidspunktet for handlingen. De to reaksjonene som kan idømmes ved utilregnelighet, betegnes som strafferettslige særreaksjoner, og omtales de fleste steder i utredningen i kortformen dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg.

Innsatte i fengsel er også frihetsberøvet, men ikke nødvendigvis domfelte. Innsatte i fengsel gjennomfører idømt fengselsstraff eller forvaring, eller er i varetekt.

I kapittel 3 beskriver utvalget sin tolkning av mandatet, og kommenterer besvarelsen av dette. Det påpekes blant annet at oppgaven med å evaluere om forvaring og særreaksjonene «fungerer etter sitt formål», er en meget krevende oppgave å besvare. I hvilken grad en reaksjon i praksis virker kriminalitetsforebyggende, beror på mange forskjellige faktorer og forhold i samfunnet, og krever undersøkelser langt utover det som dette utvalget har kunnet gjennomføre. Også når det gjelder ivaretakelsen av den enkelte som gjennomfører en strafferettslig reaksjon, mangler det i stor grad tilgjengelig informasjon. I kapittel 4 beskrives en del utfordringer i utvalgets arbeid med å innhente informasjon.

Del 2 i utredningen beskriver en del forhold som utvalget ikke eksplisitt er bedt om å gå inn på, men som likevel danner sentrale premisser for det som utvalget skal vurdere.

Gjennomføring av strafferettslige reaksjoner eller varetekt innebærer et sterkt inngrep i den enkeltes grunnleggende frihet, og berører en rekke sentrale menneskerettigheter. I kapittel 5 gis det en overordnet beskrivelse av de mest sentrale menneskerettslige reglene med relevans for problemstillingene i mandatet. Menneskerettighetene kommer inn på forskjellige måter. For det første medfører de begrensninger og vilkår som må være oppfylt for at inngrep fra myndighetenes side overfor den enkelte skal være rettmessige («individvern»). I individvernet ligger blant annet at straff eller andre reaksjoner ikke kan gjennomføres på en måte som innebærer tortur eller annen umenneskelig eller nedverdigende behandling, rett til en høyest oppnåelig helsetilstand, og rett til frihet fra diskriminering. For det andre stiller menneskerettighetene krav om et vern for den enkelte mot krenkelser fra andre innbyggere («samfunnsvern»). Myndighetene plikter å sikre menneskerettighetene både for en påstått eller mulig gjerningsperson, og for en påstått eller mulig fornærmet. Det er et dilemma for samfunnet hvordan den enkeltes frihet skal avveies opp mot andres behov for trygghet. Begge elementene må ivaretas – utfordringen er å finne et rimelig og godt balansepunkt. Avslutningsvis i kapittel 5 pekes det på noen av de menneskerettslige utfordringene som gjør (eller har gjort) seg gjeldende i det norske samfunnet i vår tid.

Besvarelse av utvalgets mandat forutsetter et overblikk over hovedtrekkene i prosessen fra en straffbar handling begås, til det eventuelt avsies en dom og gjennomføres en reaksjon. Fasen fra handling til dom, og kravet til skyldevne for å kunne holdes strafferettslige ansvarlig, er kort

beskrevet i kapittel 6. Blant det som ellers kan utledes av kapittel 6, er at svært mange saker henlegges hvert år fordi gjerningspersonen ikke er strafferettslig ansvarlig, og at forvaring og særreaksjonene tallmessig utgjør en svært liten del av alle de strafferettslige reaksjonene som idømmes. Samtidig vil de sakene hvor det kan være aktuelt med forvaring eller en særreaksjon, være alvorlige saker.

I hovedsak har dagens forvaringsstraff og de strafferettslige særreaksjoner vært en del av strafferetten siden 2002. Gjennomgang av historikken i kapittel 7 viser at hovedinnretningen av reaksjonssystemet ble vedtatt og iverksatt etter mange års utredning og omfattende debatt. Grundige utredninger og prosesser før 2002 bekrefter at disse delene av strafferetten inkluderer vanskelige avveininger. Mange av de argumentene som ble fremført den gangen, er like relevante i dag. I tillegg har utviklingen etter 2002 medført noen tilleggsutfordringer. Særlig gjelder dette at det for tiden er flere som gjennomfører forvaring enn kriminalomsorgen har tilrettelagte forvaringsplasser for, at det i dag er langt flere domfelte til særreaksjonene enn forutsatt, og at det er betydelig færre døgnplasser i psykisk helsevern enn for noen tiår siden.

I en tidlig fase etter et en straffbar handling kan det være aktuelt å holde den siktede i varetekt etter regler i straffeprosessloven. Varetekt gjennomføres normalt i et vanlig fengsel, eller i en av kriminalomsorgens ungdomsenheter dersom den siktede er under 18 år. Videre åpner straffeprosessloven § 188 for at varetekt også kan gjennomføres i en institusjon eller kommunal boenhet (varetektssurrogat). Forutsetningen for dette er i utgangspunktet at institusjonen eller kommunen samtykker til dette. For tilfeller hvor den siktede på fengslingstidspunktet har en sterkt avvikende sinnstilstand eller psykisk utviklingshemming, og antas å være straffri etter nærmere angitte deler av straffeloven § 20 om strafferettslig ansvar, er imidlertid ikke plasseringen avhengig av samtykke fra institusjonen eller boenheten. Forutsetningene for varetekt og varetektssurrogat beskrives i kapittel 9. Utvalget påpeker blant annet at regelverket i liten grad regulerer hvordan institusjonsoppholdet skal gjennomføres. *Utvalgsmedlem Rosenqvist* har en særmerknad om forholdet mellom regelverket om innleggelse etter psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3 og adgangen til innleggelse etter straffeprosessloven § 188.

Dersom det er usikkerhet om tilregneligheten på handlingstidspunktet for en person som er siktet for en alvorlig straffbar handling, vil domstolene oppnevne sakkyndige for å vurdere den siktedes tilstand, som grunnlag for domstolens avgjørelse av om vedkommende er strafferettslig ansvarlig. Videre oppnevnes det sakkyndige i saker om idømmelse av en særreaksjon, og det kan også ellers være aktuelt å oppnevne sakkyndige som grunnlag for å avgjøre hvilken reaksjon som skal idømmes. Etter loven er det i tilfeller hvor fengselsstraff ikke anses tilstrekkelig til å verne andres liv, helse eller frihet, at det kan være aktuelt å idømme forvaring, og også for særreaksjonenes vedkommende er det behovet for samfunnsvern som kan aktualisere reaksjonen. Både idømmelse, gjennomføring og opphør av disse reaksjonene krever en vurdering av om det er fare for at gjerningspersonen begår nye alvorlige straffbare handlinger. De sakkyndige bidrar overfor retten med vurderinger av gjerningspersonens voldsrisiko.

Kapittel 10 omtaler rettspsykiatriske undersøkelser og voldsrisikovurderinger i saker om strafferettslige reaksjoner. Utvalget har vektlagt å få frem at undersøkelsene og vurderingene til dels beror på skjønn eller andre subjektive forhold. Det kan benyttes særskilte instrumenter for vurdering av voldsrisiko, men det vil stadig være uklarheter og dilemmaer knyttet til disse vurderingene. Uansett hvor langt voldsrisikovurderingene utvikles, vil det aldri bli mulig å forutsi med sikkerhet hvem som faktisk vil begå vold i fremtiden. Det vil også kunne være et spenningsforhold mellom det å tilrettelegge for rehabilitering og progresjon for den domfelte – slik det er meningen at skal skje under gjennomføring av en reaksjon – og beskyttelse mot at den domfelte begår ny alvorlig kriminalitet. Hvis samfunnets toleranse for risiko for ny kriminalitet er lav, kan muligheten for utprøving og progresjon for den enkelte bli liten. I sin tur kan dette medføre at domfelte er frihetsberøvet i lang tid på et grunnlag som kan være beheftet med usikkerhetsmomenter.

På ulike måter har kommunene en rolle i gjennomføringen av forvaring og særreaksjonene. Kapittel 11 beskriver kortfattet inntektssystemet for kommunene og kommunenes svært ulike forutsetninger for å kunne ivareta domfelte, og enkelte relevante ordninger for statlige tilskudd til kommunene.

Del 3 og *del 4 i* utredningen inneholder beskrivelser som mer direkte gjelder de temaene som utvalget etter mandatet skal vurdere. Opphold i fengsel og forvaring gjennomføres av kriminalomsorgen. Del 3 starter derfor med en omtale av kriminalomsorgen, herunder av etatens økonomiske rammebetingelser og samarbeid med

andre aktører (kapittel 12). Videre er regelverket og en del praktiske sider ved innsettelse og opphold i fengsel omtalt (kapittel 13). Barn i fengsel omtales der særskilt. I fremstillingen er det blant annet lagt vekt på å synliggjøre sider ved opphold i fengsel som har vært problematisert eller drøftet, herunder i saker for domstolene. Som eksempler kan nevnes rutinemessig kroppsvisitasjon av innsatte, kontroll av innsattes telefonsamtaler og mangel på fellesskap for noen innsatte.

Videre beskrives i kapittel 14–23 forhold av særlig relevans for vurderinger om ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel, forvaring og de strafferettslige særreaksjonene. Beskrivelsene omtales videre i sammendraget, under de enkelte overskriftene nedenfor.

Del 5 gir uttrykk for utvalgets vurderinger og anbefalinger innenfor de aktuelle temaene. Delen starter med å nevne en del spørsmål knyttet til dilemmaer eller utfordringer som har stått sentralt i de problemstillingene som utvalget har vurdert (kapittel 24).

Til slutt i kapittel 24 gir et *flertall på ti av utvalgets medlemmer* uttrykk blant annet for at de vurderingene og forslagene som presenteres i utredningens del 5, til dels er mangelfullt utredet og diskutert. Arbeidsprosessen i utvalget ble ikke lagt til rette for systematiske og grundige vurderinger og drøftelser av de temaene som mandatet etterspør. Utvalgsmedlemmene har også i sluttfasen fått utilstrekkelig tid til grundig å diskutere og formulere utvalgets anbefalinger og konsekvensen av disse. Grunnleggende dilemmaer har ikke fått tilstrekkelig oppmerksomhet og sentrale sider ved mandatet har ikke blitt tilstrekkelig behandlet. Det gjelder særlig avveiningen mellom den enkeltes frihet og statens plikt til å beskytte innbyggerne. Spørsmål om sivilrettslige alternativer til de foreliggende strafferettslige særreaksjonen har heller ikke blitt grundig utredet. I tillegg er utredningen og evalueringen av forvaring mangelfull. Det samme flertallet fremhever likevel at utredningen fremmer gode synspunkter og anbefalinger som det støtter.

Et mindretall på fem bemerker samme sted at et svært omfattende mandat og et stort utvalg som representerer mange ulike interesser, har gjort arbeidsprosessen krevende. Likevel står vurderingene og anbefalingene seg etter mindretallets mening godt, selv om flere av dem vil kreve ytterligere utredninger.

De mest sentrale kapitlene om utvalgets vurderinger og anbefalinger avsluttes med en liste hvor utvalgets hovedbudskap oppsummeres i punkter.

Ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel

Ved beskrivelse av grunnlaget for å besvare spørsmålet om hvordan helsen til innsatte best kan ivaretas, har utvalget lagt vekt på å få frem at de innsattes situasjon varierer mye. Alle må ivaretas med utgangspunkt i sin individuelle situasjon. I beskrivelsen av innsattes behov er det likevel funnet hensiktsmessig rent skissemessig å beskrive de innsatte i fem grupper. Alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming er blant de tilstandene som kan gjøre det særlig vanskelig å fungere i et vanlig fengselsfellesskap. Innsattes helse skal ivaretas gjennom samarbeid mellom kriminalomsorgen, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (importmodellen). I beskrivelsen i kapittel 14 gjengis blant annet en del erfaringer om hvordan dette samarbeidet fungerer.

Utvalgets vurderinger og anbefalinger vedrørende ivaretakelse av helsen til innsatte kommer til uttrykk i kapittel 25. Utvalget har tatt utgangspunkt i importmodellen, som har flere fordeler, men også medfører at ingen etat alene har totalansvaret for ivaretakelsen av innsattes helse. Utvalget understreker at det er mye positivt ved norsk kriminalomsorg, men konstaterer at de rapportene som foreligger fra Sivilombudet og andre som har undersøkt forholdene i fengslene, til dels gir et dystert bilde av hvordan innsatte med store psykiske utfordringer i noen tilfeller ivaretas. Utfordringene med de innsattes situasjon strekker seg etter utvalgets mening lenger enn det som formelt kan knyttes til menneskerettslige forpliktelser, som kun oppstiller minimumsstandarder. Etter utvalgets oppfatning er den sentrale utfordringen i praksis å sikre at det blir tatt et helhetlig ansvar for innsatte med alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelser. Utvalget mener også at det er nødvendig å komme langt nærmere realisering av et mål om at alle innsatte i fengsel skal ha tilgang til minst åtte timer utenfor cellen hver dag.

Utvalget går nærmere inn på ivaretakelsen av innsatte med alvorlige psykiske lidelser. Slike lidelser spenner over et bredt spekter av symptomer og tilstander, og karakteristikken avklarer ikke i seg selv hva personen trenger, eller hvor vedkommende bør være. Utvalget understreker betydningen av at innsatte med alvorlige psykiske lidelser har ulike og individuelle utfordringer og behov. Det er gjennomført reformer i helsetjenestene, og antallet døgnplasser i psykisk helsevern er betydelig redusert de siste årtiene. Dette har betydning for hvordan innsatte ivaretas, og det har endret premissene for helsetjenestenes

mulighet til å prioritere pasienter til døgnbehandling over lengre tid. Antakelig har det også bidratt til at kriminalomsorgen oftere enn før må håndtere innsatte med alvorlige psykiske lidelser. I noen tilfeller får en domfelt sin psykiske helse forverret av å være i fengsel, men oppfyller samtidig ikke kriteriene for overføring til psykisk helsevern (kriteriene for tvangsinnleggelse eller prioriteringskriteriene), og er heller ikke i en situasjon hvor det anses sikkerhetsmessig forsvarlig å innvilge straffavbrudd. En slik situasjon kan innebære et vanskelig dilemma, og store belastninger for både den innsatte og de ansatte som skal ivareta den innsatte, og den kan resultere i menneskerettsbrudd, noe som er uakseptabelt. Utvalget mener at dette er problemstillinger som hittil ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet. Etter utvalgets oppfatning bør straffegjennomføringsloven og forvaringsforskriften revideres slik at menneskerettighetene kommer tydeligere frem.

Bortsett fra i tilfeller hvor innsatte etter alminnelige kriterier for innleggelse bør legges inn i psykisk helsevern, må fengslene kunne ivareta innsatte med alvorlige psykiske lidelser, og de særskilte behovene som disse kan ha. Samtidig understreker utvalget at helsehjelp og innleggelse i psykisk helsevern skal være like tilgjengelig for innsatte i fengsel som for andre deler av befolkningen. Utvalget anbefaler ulike tiltak som kan bidra til større sikkerhet for at innsatte får den helsehjelpen de har krav på. Utvalget gir klart uttrykk for at kapasiteten for døgnbehandling i psykisk helsevern må økes.

For innsatte som ikke legges inn i psykisk helsevern, herunder innsatte med psykiske lidelser, understreker utvalget at den beste måten å ivareta innsatte på, er å ha et tilstrekkelig antall ansatte til å sikre at innsatte får tilgang til fellesskap med andre, aktiviteter og oppfølging. Grunnbemanningen i fengslene bør styrkes. I tillegg kan ressursteam, aktivitetsteam og flere enheter tilsvarende den nasjonale forsterkede fellesskapsavdelingen ved Ila fengsel og forvaringsanstalt, være hensiktsmessige tiltak.

Det synes å være behov for en generell styrking av kriminalomsorgen i form av økte budsjetter, og større frihet for Kriminalomsorgsdirektoratet med hensyn til hvordan virksomheten organiseres. Videre bør det legges bedre til rette for kontakt mellom innsatte og pårørende.

Regelverket om straffegjennomføring og opphold i fengsel bør gi uttrykk for de minimumskravene som ligger i Grunnloven og forpliktende konvensjoner. Minstekravene skal ikke oppfattes som den generelle normen, men som en minimumsstandard som kriminalomsorgen ikke kan gå under.

Importmodellen forutsetter at det er klarhet om ansvarsområdet for hver av de etatene som skal bidra til ivaretakelsen av innsatte i fengsel, og godt samarbeid mellom etatene. For å avdekke og følge opp innsatte med psykisk utviklingshemming eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, mener utvalget at habiliteringstjenestens kontakt med fengslene bør styrkes. I tillegg bør den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten i enkelte fengsler utvides til å være operativ store deler av døgnet, og innsatte med store omsorgsbehov plasseres der.

Utvalgets inntrykk er at samarbeidet mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene mange steder fungerer godt, med gode relasjoner mellom personer som samarbeider om ivaretakelsen av innsatte. Et profesjonelt samarbeid krever imidlertid permanente strukturer, og kan ikke være avhengig av personlige relasjoner. Utvalget mener at det kan være hensiktsmessig med faste samarbeidsstrukturer på regionalt og nasjonalt nivå, herunder mellom departementer og direktoratet som samarbeider om regelverk av betydning for både kriminalomsorgen og helsetjenestene. Videre synes det å være behov for mer kunnskap om regelverket om taushetsplikt i begge etatene.

Siktede og domfelte i en barnevernsinstitusjon

Det fremgår av utredningens kapittel 3 at det i dag ikke gjennomføres varetekt eller straff i barnevernsinstitusjoner. I kapittel 26 gir utvalget uttrykk for enkelte overordnede vurderinger om rammene for barnevernets arbeid. Et spørsmål om barnevernet bør tillegges nye oppgaver knyttet til straffegjennomføring, er komplekst, og vil kreve grundig utredning. Opphold i barnevernsinstitusjon som erstatning for varetektsfengsling vil gi institusjonen et slags «dobbelt ansvar», med ansvar både for en effektiv straffeforfølgning og ivaretakelse av barnet. Dette vil kunne innebære rollekonflikter.

I noe større grad kan det diskuteres om et barn som har eller får plass i en barnevernsinstitusjon, og som er idømt fengselsstraff, bør kunne gjennomføre hele eller deler av straffen i barnevernsinstitusjonen, slik straffegjennomføringsloven § 12 isolert sett åpner for. Det kan anføres tungtveiende argumenter i begge retninger for besvarelse av dette spørsmålet. Problemstillingen krever en grundig vurdering. Utvalget har ikke grunnlag for å gi uttrykk for annet enn at det fortsatt bør være opp til barnevernsinstitusjonene om

man skal ta imot en domfelt etter straffegjennomføringsloven § 12.

Forvaring

Straffereaksjonen forvaring beskrives i kapittel 15. Forvaring skiller seg fra fengselsstraff særlig ved at tidsrammen for forvaringen kan forlenges på ubestemt tid. I utgangspunktet kan derfor hverken den domfelte selv eller kriminalomsorgen vite med sikkerhet når den dømte blir prøveløslatt eller reaksjonen vil opphøre.

En av de kjente utfordringene ved forvaring, er at kriminalomsorgen ikke har nok tilrettelagte forvaringsplasser til alle de vel 140 forvaringsdømte som gjennomfører straffen. Utvalget har derfor blant annet lagt vekt på å få frem relevante tall for bruken av forvaring. Både antallet nye dommer til forvaring hvert år, og utviklingen i det totale antallet som gjennomfører forvaring, er av betydning for utfordringen med for få forvaringsplasser. Hovedbildet er at antallet nye dommer til forvaring varierer en del fra år til år, mens antall domfelte som gjennomfører forvaring har steget forholdsvis jevnt siden forvaring i dagens form ble satt i kraft i 2002. Løpende kommer det altså flere inn i ordningen enn det går ut. Utvalget peker blant annet på at det har vært en utvikling i retning av at det idømmes lengre forvaringsdommer enn før, og at det årlige antallet saker om forlengelse av forvaring var langt høyere i perioden 2020–2023 enn i 2012–2019.

Utvalget finner det uakseptabelt at noen domfelte til forvaring i dag må vente lenge i en ordinær plass i fengsel med høyt sikkerhetsnivå før de får en særskilt tilrettelagt forvaringsplass. Problemet bør løses ved at ordinære plasser på høyt sikkerhetsnivå i dagens forvaringsanstalter omgjøres til forvaringsplasser. Dette krever en særskilt finansiering, slik at omgjøringen ikke vil gå på bekostning av tilbudet til øvrige innsatte.

Videre mener utvalget at progresjonsmulighetene for forvaringsdømte bør styrkes. Blant annet bør det vurderes om regionalt nivå bør kunne delegere til lokalt nivå å innvilge permisjoner. For å legge til rette for progresjon, bør fengselskapasiteten innrettes slik at fengsler med forvaringsplasser på høyt sikkerhetsnivå også har plasser på lavere sikkerhetsnivå. I tillegg bør det utredes om det bør etableres ytterligere forvaringsplasser på lavere sikkerhetsnivå andre steder i landet, slik at det blir mulig å sluse forvaringsdømte ut flere steder.

Utvalget har ikke diskutert hvorledes den enkelte forvaringsdømte kan hjelpes til å håndtere egen voldsproblematikk slik at voldsrisikoen reduseres. Dermed har det ikke evaluert innholdet i gjennomføringen av forvaring. Utvalget har heller ikke diskutert om de risikovurderingene som gjøres under gjennomføringen av forvaring kan gi domstolene adekvat informasjon om hvordan den innsatte kommer til å opptre ved en løslatelse.

Gjennom mange år etter ikraftsettingen i 2002, ble det ikke avsagt noen dom til forvaring for handlinger begått av personer under 18 år. Dette endret seg, og litt før og rundt 2020 ble fem unge mennesker dømt til forvaring for handlinger begått mens de var under 18 år.

Den usikkerheten som alltid vil være knyttet til et menneskes atferd i fremtiden, gjør seg enda mer gjeldende ved vurderingen av barn enn av voksne. Den tidsmessige usikkerheten som ligger innbakt i forvaringsstraffen, er dessuten spesielt belastende for barn og ungdom. Barn med alvorlige psykiske lidelser eller funksjonsnedsettelser og voldsproblematikk bør fanges opp i hjelpeapparatet, og få den hjelpen og oppfølgningen de trenger før det skjer en alvorlig straffbar handling. *Utvalgets flertall* mener at barn ikke bør kunne idømmes forvaring. *Et mindretall på tre* er enig i beskrivelsen av de problematiske sidene ved å idømme forvaring overfor barn, men mener at den muligheten som finnes innenfor dagens lovverk, som åpner for at barn kan idømmes forvaring i tilfeller hvor det foreligger helt ekstraordinære omstendigheter, bør videreføres.

Forvaring var tema i utvalgets møte med innsatte ved Ila fengsel- og forvaringsanstalt, og ett av temaene under det innspillsmøtet som utvalget arrangerte i mars 2024. Ved disse anledningene ble det påpekt overfor utvalget blant annet at det tar lang tid å få tildelt en forvaringsplass, og at innholdet i forvaringsstraffen i for liten grad skiller seg fra alminnelig fengselsstraff. Videre ble det beskrevet at forvaring innebærer stor usikkerhet om veien videre for både den domfelte og for pårørende, og minnet om at det kan være lettere for pårørende å forholde seg til denne usikkerheten dersom det oppleves å være kontakt og samarbeid mellom pårørende og kriminalomsorgen.

Utvalgets vurderinger og anbefalinger vedrørende forvaring og refusjonsordningen fremgår av kapittel 27. Der peker utvalget på at idømmelse av forvaring skal bygge på en vurdering av behovet for frihetsberøvelse etter gjennomføring av en eventuell tidsbegrenset fengselsstraff, og at reaksjonen bare skal idømmes dersom en ordinær fengselsstraff ikke anses tilstrekkelig for å ivareta samfunnsvernet. Idømmelse av forvaring i de aller

alvorligste sakene medfører at perioden mellom pådømmelse av saken og utløpet av en eventuell fengselsstraff, vil være lang. Samtidig er det usikkerhet knyttet til vurderingen av faren for nye alvorlige lovbrudd, og generelt vil denne usikkerheten være større jo lengre tidsrom vurderingen skal belyse. Etter utvalgets vurdering utgjør dette en betenkelighet ved å idømme forvaring i saker hvor alternativet er en lang fengselsstraff.

Ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse fra forvaring (refusjonsordningen) er beskrevet i kapittel 16. Ordningen omfatter i praksis bare et lite antall domfelte, men det følger av mandatet at utvalget skulle se særskilt på denne. I korthet går ordningen ut på at enkelte domfelte med en psykisk utviklingshemming eller en tilsvarende funksjonssvikt som ikke har utsikt til en ordinær prøveløslatelse, overføres fra fengsel til en mer normal bolig i kommunalt eller privat eierskap, men med betydelig sikkerhetstiltak i form av bemanning, låste dører mv. Per desember 2024 var 18 forvaringsdømte prøveløslatt under refusjonsordningen, mens det totalt hadde vært 43 domfelte prøveløslatte under ordningen. Om lag halvparten av de som var i ordningen per desember 2024 hadde diagnosen psykisk utviklingshemming.

Det varierer betydelig hvor lenge de domfelte er i refusjonsordningen. Mange blir endelig løslatt etter relativt kort tid, mens noen har vært i ordningen så lenge som rundt 18 år. For domfelte som senere er endelig løslatt, var gjennomsnittlig varighet 5,6 år. Blant det som ellers er beskrevet om ordningen i kapittel 16, er at staten dekker utgiftene til botiltaket. Prisen på botiltakene varierer mye, fra om lag 4,5 millioner kroner til nær 16 millioner kroner per år.

I vurderingene og anbefalingene vedrørende refusjonsordningen, bemerker utvalget for det første at betegnelsen prøveløslatelse ikke alltid vil være treffende for situasjonen for de domfelte som er under denne ordningen. De er riktignok ute fra fengsel, men bare over i et annet regime som kan ha mange begrensninger. Videre påpeker utvalget at det kan være uklarheter om myndighets- og ansvarsforhold for de ulike tjenestene som har oppgaver i tilknytning til botiltaket og den domfelte, og usikkert i hvilken grad kriminalomsorgen kan regulere ulike sider ved den domfeltes liv. Det er behov for en tydeligere og mer utførlig regulering av myndighets- og ansvarsforholdene knyttet til domfelte i refusjonsordningen.

Utvalget har drøftet ulike alternativer til refusjonsordningen, og peker på at det kan opprettes særskilt tilpassede avdelinger i tilknytning til forvaringsanstaltene, for innsatte som vurderes å være aktuelle for refusjonsordningen. Videre anbefaler utvalget at det opprettes overgangsboliger i habiliteringstjenesten, og peker på dette som en mulighet for noen av dem som i dag vurderes å være kandidater for refusjonsordningen. Dette vil både være mer kostnadseffektivt og gi bedre kompetanse og faglighet ved gjennomføringen. *Utvalgets flertall* mener at den informasjon om refusjonsordningen som utvalget har innhentet, ikke gir et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å vurdere konsekvensene av å avskaffe ordningen.

Et mindretall på fire mener prinsipielt at refusjonsordningen bør avvikles, og at det isteden bør utvikles en mer kostnadseffektiv ordning i form av sikkerhetsboliger under kriminalomsorgen. Selv om en slik løsning vil kreve at kriminalomsorgen overføres ressurser for å ivareta oppgaven, antas den likevel å bli mer kostnadseffektiv enn dagens refusjonsordning. Etter mindretallets oppfatning har kriminalomsorgen gode forutsetninger for å håndtere ordningen som en integrert del av virksomheten.

De strafferettslige særreaksjonene

I likhet med forvaring, er særreaksjonene dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg ment å beskytte innbyggerne mot fremtidige voldshandlinger. Særreaksjonene er beskrevet i kapittel 17–23 i utredningen.

Ved utgangen av 2024 var det 398 personer som gjennomførte dom til tvungent psykisk helsevern. I perioden 2017–2021 økte antall nye dommer til denne reaksjonen hvert år, sterkt. Utvalget peker på mulige årsaker til økningen, som i noen grad forblir uforklarte. Det avsies langt færre dommer til tvungen omsorg enn til tvungent psykisk helsevern, og ved utløpet av 2023 var det 40 personer som gjennomførte tvungen omsorg. Selv om antallet domfelte til tvungen omsorg fortsatt er forholdsvis lavt, har det etter 2020 vært en prosentvis sterk økning også i antallet dommer til tvungen omsorg. I hovedsak kan økningen forklares med at målgruppen for reaksjonen er utvidet gjennom regelverksendringer.

Dom til tvungent psykisk helsevern gjennomføres av spesialisthelsetjenesten, i hovedsak etter de samme reglene og i de samme institusjonene som tvungent psykisk helsevern med hjemmel i psykisk helsevernloven § 3-3, betegnet som tvang på sivilrettslig grunnlag. I utredningen beskrives derfor i noen grad også psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag. Kombinasjonen av flere domfelte til tvungent psykisk helsevern og færre

døgnplasser i psykisk helsevern, setter det psykiske helsevernet under press. I 2023 benyttet de domfelte til tvungent psykisk helsevern om lag syv prosent av det totale antallet døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne. For de sikkerhetspsykiatriske avdelingene er bildet annerledes. På landsbasis ble om lag 67 prosent av plassene i de lokale sikkerhetsavdelingene benyttet av domfelte ved inngangen til 2024. For de regionale sikkerhetsavdelingene var andelen 27 prosent.

Etter døgnopphold i psykisk helsevern, kan domfelte til tvungent psykisk helsevern i mange tilfeller overføres til tvang uten døgnopphold (TUD). Spesialisthelsetjenesten beholder ansvaret for samfunnsvernet og utøvelsen av visse former for tvang (samtaler, rustesting og medisinering), mens det blir en oppgave for domfeltes hjemkommune å sørge for bolig og øvrige kommunale tjenester i tråd med den domfeltes behov og de føringene som psykisk helsevern gir i forbindelse med overføringen. Veksten i antallet domfelte til tvungent psykisk helsevern gjør det krevende for kommunene å sørge for et egnet bo- og tjenestetilbud, og også mangel på kompetent personell mv. skaper utfordringer for kommunenes ivaretakelse av denne gruppen domfelte. Kommunen har ikke særskilte tvangshjemler overfor denne gruppen beboere, og det kan være en utfordring av den domfelte for eksempel ikke kan pålegges å unngå rusmidler, holde seg inne om natten, eller delta i aktiviteter som kan bidra til rehabilitering. Det synes også å være svakheter ved samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er ikke øremerkete midler for pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern.

Domfelte til tvungen omsorg overføres til Sentral fagenhet for tvungen omsorg, som er tilknyttet St. Olavs hospital i Trondheim, Helse Midt-Norge. De domfelte gjennomfører først døgnopphold ved Fagenheten. For tiden er gjennomsnittlig varighet for oppholdet der vel 8 måneder. Etter hvert bosettes de domfelte til tvungen omsorg i botiltak i en kommune, på basis av en avtale mellom Fagenheten og kommunen og/eller en annen eier av det aktuelle botiltaket. Alle kostnadene forbundet med botiltaket dekkes av staten, 80 prosent gjennom et særskilt tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 20 prosent gjennom rammefinansieringen til de fire regionale helseforetakene. Gjennomsnittlig kostnad per botiltak i 2023 var om lag 10,5 millioner kroner, men varierte fra om lag 5 til nesten 20 millioner kroner.

Utvalgets vurderinger og anbefalinger om særreaksjonene fremgår av kapittel 28. Utvalget understreker der at det aller viktigste er å *forebygge* straffbare handlinger. Gode helse- og omsorgstjenester er det viktigste for å forebygge straffbare handling fra personer med alvorlige psykiske lidelser. I noen tilfeller er det behov for tvungen psykisk helsehjelp.

Ett av de fremste forbedringspunktene for særreaksjonene, er at det er behov for en bedre overgang mellom døgnopphold i spesialisthelsetjenesten og bosetting i en kommune, under tvungent psykisk helsevern. Det er belyst gjennom utredning at det kan være uklarhet om oppgaver og ansvarsforhold for de tjenestene som skal bidra overfor domfelte under TUD, og det bør vurderes om rettssikkerheten for domfelte som bor i kommunale eller private botiltak er god nok. Oversiktlige og gode forhold under TUD er blant annet en forutsetning for at døgnplassene i sykehus i størst mulig grad skal kunne benyttes til pasienter som trenger behandling. Hvis kommunene fikk nye hjemler for bruk av tvang og et tydelig definert ansvar, er det i prinsippet mulig å tenke seg at de kunne ta et større ansvar enn i dag for personer under tvungent psykisk helsevern. På den annen side er det lett å se reelle begrensninger i kommunenes muligheter på dette området. Alle forhold tatt i betraktning, ser ikke utvalget kommunene som den sentrale nøkkelen til forbedringer på dette området.

I *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern* av 2023 fra de regionale helseforetakene, er det pekt på redusert kapasitet i døgnavdelinger i psykisk helsevern, og utfordringer med å overføre domfelte blant annet til kommunale botilbud. I planen foreslås det å etablere nye tjenestetilbud innenfor sikkerhetspsykiatrien. Blant det som beskrives, er å etablere sikkerhetsbolig for noen ganske få pasienter som har vært lenge i sikkerhetsavdeling i psykisk helsevern, og som ikke forventes å kunne ivaretas utenfor spesialisthelsetjenesten. I tillegg anbefales det å etablere overgangsboliger for en mer gradvis overgang fra sikkerhetsavdeling til et kommunalt botiltak, i nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Utvalget støtter tiltakene og den utviklingsretningen som er beskrevet i den overordnede planen, med mer differensierte former for døgnopphold og botrening i spesialisthelsetjenesten, og ulike former for samarbeid mellom sikkerhetspsykiatrien og kommunene.

Etter dagens regler kan det idømmes også *tidsbestemte* særreaksjoner. Utvalget påpeker at de tidsbestemte særreaksjonene er basert på et lite prinsipielt grunnlag, og mener at lovbrudd som

ikke truer individers frihet, liv og helse, primært bør håndteres på sivilrettslig grunnlag.

I NOU 2023: 24 *Med barnet hele vegen. Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit* er det betegnet som alvorlig at det ikke eksisterer et eget sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn, og at Norge med dette bryter sine menneskerettslige forpliktelser. I likhet med Barnevernsinstitusjonsutvalget, understreker dette utvalget viktigheten av at det etableres egne sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn, med døgnopphold. Barnets beste må være formålet med tiltaket, som må utformes i tråd med barns rettigheter etter Grunnloven og Barnekonvensjonen.

Nye institusjoner

Forekomsten av psykiske lidelser i samfunnet øker, og både psykisk helsevern og kommunene er under press. Samtidig foreligger det prognoser som tilsier at det kan bli en fortsatt økning i antallet domfelte til særreaksjonene. Som beskrevet i kapittel 29, ser utvalget et klart behov for endringer i institusjonstilbudet for personer innenfor særlig to grupper:

1. Domfelte og andre pasienter under tvungent psykisk helsevern som ikke trenger å være i sykehus, men som kommunene ikke kan ivareta på en måte som sikrer samfunnsvernet.
2. Personer med psykisk utviklingshemming eller en lignende tilstand med en psykisk funksjonsnedsettelse, og som har en særskilt voldsproblematikk. Denne gruppen kan omfatte både domfelte med en psykisk utviklingshemming som gjennomfører fengselsstraff eller forvaring, domfelte til en særreaksjon, og personer som ikke er underlagt en strafferettslig reaksjon.

For den første gruppen anbefaler utvalget at det bør utvikles og etableres to nye typer boliger eller boliglignende institusjoner – betegnet som overgangsboliger og sikkerhetsboliger for psykisk helsevern. Utvalget har antatt at det vil være få pasienter som vil trenge sikkerhetsbolig, men at behovet for overgangsboliger er stort. Oppbygging av slike boliger/institusjoner vil gi en bedre utnyttelse av de spesialiserte sykehusplassene. Disse institusjonene bør utvikles i regi av spesialisthelsetjenesten, og administrativt være underlagt denne. Utvalget anbefaler at regelverket i psykisk helsevernloven kapittel 4 skal komme til anvendelse i institusjonene, og at det utredes nærmere om det bør etableres også ytterligere hjemler for å ivareta behovet for målrettet miljøterapi.

Personer med psykisk utviklingshemming eller en tilsvarende tilstand kan ha særskilte behov. Mange vil kunne øke sitt funksjonsnivå gjennom habilitering. Utvalget peker på at det finnes noen personer i denne gruppen som ikke er domfelte, men som har en atferd som innebærer en særskilt risiko for vold mot andre. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 åpner i noen grad for bruk av tvang av hensyn til den enkelte, men ikke av hensyn til samfunnsvernet. Det forekommer at kommunene har problemer med å håndtere personer i denne gruppen som kan ha betydelige adferdsproblemer. Personer som ikke gjennomfører straff eller en særreaksjon, og som heller ikke er under tvang etter psykisk helsevernloven eller andre lover, kan ikke settes i en institusjon uten at de samtykker til det. Utvalget anbefaler at behovet for et lovverk som regulerer dette, utredes.

Utvalget mener at det bør bygges opp bedre helse- og omsorgstjenester for personer med psykisk utviklingshemming eller lignende som har alvorlig voldsproblematikk. Utvalget anbefaler at alle helseregionene får ansvar for å kunne ha døgnplasser og overgangsboliger for personer med store atferdsforstyrrelser og behov for spesialisert utredning og behandling. Habiliteringstjenesten må ha ansvar ikke bare for diagnostikk, eventuell behandling og veiledning av oppfølgingen, men også for døgnomsorg i noen tilfeller.

Det bør etableres overgangsboliger for habilitering for personer med psykisk utviklingshemming eller lignende tilstand og store atferdsutfordringer. Dette kan redusere behovet for særreaksjoner. Utvalget mener at disse boligene bør etableres i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, parallelt med overgangsboliger for psykisk helsevern. I utgangspunktet vil psykisk helsevernloven kunne gi rammene for slike boliger, som i psykiatrien, men det bør utredes om det er behov for justeringer av lovgivningen for at den i større grad kan tilpasses den aktuelle pasientgruppen.

Det bør også utvikles bedre forhold for domfelte med psykisk utviklingshemming eller lignende tilstand som gjennomfører fengselsstraff eller forvaring. Når det er etablert overgangsboliger for habilitering, kan slike overgangsboliger vurderes som en aktuell gjennomføringsmåte eller ramme for prøveløslatelse med utgangspunkt i straffeprosessloven § 188, straffegjennomføringsloven § 12 eller straffeloven § 44. Ulike sider ved dette må utredes nærmere.

Utvalgets anbefalinger innebærer mange oppgaver for psykisk helsevern. Det er en nødvendig

forutsetning for gjennomføringen at det settes av tilstrekkelige ressurser for tiltakene, og at ressursene øremerkes til formålet på egnet måte i lang tid fremover. Det må unngås at de oppgavene som utvalget anbefaler, går på bekostning av andre prioriterte oppgaver som helseforetakene allerede har. Målsettingen er likevel at når de anbefalte boligene er etablert, vil disse pasienten får en mer tilpasset og kostnadseffektiv omsorg enn i dag.

Finansiering av særreaksjonene

De to strafferettslige særreaksjonene er finansiert på ulik måte. Dom til tvungent psykisk helsevern finansieres over helseforetakenes budsjetter, på samme måte som psykisk helsevern for øvrig. Dom til tvungen omsorg finansieres med et særskilt tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, som dekker 80 prosent av kostnadene, mens de regionale helseforetakene dekker 20 prosent av kostnadene gjennom den ordinære rammefinansieringen.

Utvalget peker på det finansielle ansvarsprinsippet som et vanlig utgangspunkt for finansieringsordninger. Prinsippet forutsetter at den som har ansvaret for en oppgave, også har ansvaret for finansieringen av den. Utvalget mener at forskjellen i finansieringsordningene må bli mindre for å unngå uønskede vridningseffekter mellom særreaksjonene. Utvalget drøfter ulike alternativer for å oppnå en likere finansieringsmodell. En omlegging av finansieringsordningen for tvungent psykisk helsevern til en finansieringsordning som er lik den for tvungen omsorg (i hovedsak refusjonsbasert), eller – motsatt – en omlegging av finansieringsordningen for tvungen omsorg til en finansieringsordning som er lik den for tvungent psykisk helsevern (rammefinansiert), representerer ytterpunktene blant alternativene.

Utvalgets flertall understreker behovet for at det avsettes betydelige ressurser for å bygge opp de faglige og organisatoriske tiltakene som foreslås i utredningen, og som inkluderer en styrking av de sivilrettslige forløpene. Flertallet legger vekt på at en fremtidig modell for finansiering av særreaksjonene må tilpasses slik at det er balanse mellom kvalitet og gode overganger mellom ulike nivåer i både det sivilrettslige og det strafferettslige tjenestetilbud. Etter flertallets oppfatning må hensynet til kostnadseffektivitet derfor avveies mot hensynet til effektiv samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, hvor hensynet til samhandling tilsier en refusjonsordning, mens hensynet til kostnadseffektivitet tilsier rammefinansiering. Flertallet anbefaler at finansieringsmodellen tar hensyn til ansvars- og oppgavedelingen i de ulike fasene av forløpene, med særlig vekt på styrkede insentiver for samhandling og tiltak der primære og spesialiserte tjenester gis samtidig, og legger til grunn at en fremtidig modell for finansiering av særreaksjonene og parallelle sivilrettslige forløp på lengre sikt kan etableres med elementer av både ramme- og refusjonsbasert finansiering.

Et mindretall på fire mener at det bør legges større vekt på kostnadseffektivitet i utformingen av en finansieringsmodell for særreksjonene, i tråd med det finansielle ansvarsprinsippet. Mindretallet mener at det er lite hensiktsmessig å opprettholde finansieringsordningen for dom til tvungen omsorg, som i liten grad gir insentiver til å begrense kostnadene. Mindretallet foreslår at ansvaret for domfelte til begge de to særreaksjonene i sin helhet legges til spesialisthelsetjenesten, og at ansvaret varer til dommene opphører. En slik omlegging vil innebære en overføring av midler fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til spesialisthelsetjenesten knyttet til gjennomføring av dom til tvungen omsorg, og en overføring av midler fra kommunene til spesialisthelsetjenesten knyttet til den delen av gjennomføringen av dom til tvungent psykisk helsevern som i dag er kommunenes ansvar.

Pårørende som ressurs for helsetjenestene og kriminalomsorgen

Usikkerheten ved å leve med en tidsubestemt straff eller særreaksjon kan være belastende, både for den domfelte og for pårørende. Utvalget mener det er viktig at pårørende til innsatte med en alvorlig psykisk lidelse, og pårørende til domfelte til en særreaksjon, ivaretas på linje med andre pårørende, og ses som en ressurs for bedre omsorg for den innsatte eller domfelte. Som konkrete tiltak, anbefaler utvalget at det etableres pårørendeansvarlig i kriminalomsorgen, tilsvarende ordningen for barneansvarlige. Videre anbefaler utvalget blant annet at det utvikles en samlet pårørendestrategi for involvering av pårørende i kriminalomsorgen, og at det utvikles gode rutiner for systematisk å spørre den som er frihetsberøvet om samtykke til å oppheve taushetsplikten overfor pårørende.

Nærhet til hjemstedet kan ha stor betydning for den domfelte. Spesialiserte tjenester og et begrenset antall enheter for gjennomføring av forvaring eller en særreaksjon kan medføre store geografiske avstander. Når nærhetsprinsippet for kriminalomsorgen må vike, bør dette søkes kom-

pensert med økte og mer fleksible kontaktmuligheter, slik som for eksempel mer telefontid, lengre besøk eller en ordning med reisestøtte for pårørende.

Del I
Utvalgets mandat og arbeid

Kapittel 1
Utvalgets medlemmer

Utvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 20. juni 2023, og har bestått av 16 medlemmer:

- Anne Cathrine Frøstrup, leder, fagdirektør i Domstoladministrasjonen. Hønefoss
- Lars-Erik Borge, professor i samfunnsøkonomi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Trondheim
- Thale Kristine Bostad, psykologspesialist, Regionalt kompetansesenter for sikkerhetsfengsels- og rettspsykiatri (SIFER), Oslo universitetssykehus. Nesodden
- Linda Gröning, professor i strafferett ved Universitet i Bergen og forsker ved Helse Bergen HF – Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER-vest). Bergen
- Bjørn Gudbjørgsrud, kommunedirektør i Sandefjord kommune. Larvik
- Hanne Hamsund, daglig leder, For Fangers Pårørende (FFP). Oslo
- Anders Henriksen[1], divisjonsdirektør i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Oslo
- Øyvind Holst, førsteamanuensis ved Universitetet i Innlandet. Oslo
- Ragnhild Johansen, assisterende fagdirektør, Helse Midt-Norge RHF. Stjørdal
- Randi Rosenqvist, psykiater. Oslo
- Tonje Sandal, fengselsleder ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Bærum
- María Sigurjónsdóttir, overlege ved Klinikk sikkerhetspsykiatri ved Haukeland universitetssykehus. Asker
- Arne Toft, fengselsbetjent ved Bjørgvin fengsel. Bergen
- Anita Vatland, generalsekretær for Pårørendealliansen. Bærum
- Leif Magne Viste, fengselsleder ved Åna fengsel. Hå
- Per Wilhelmsen, seksjonsleder for habilitering ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Tromsø

Utvalgets sekretariat har vært administrativt tilknyttet Justis- og beredskapsdepartementet ved Avdeling for kriminalitetsforebygging. Sekretariatet har bestått av:

- Toril Kristiansen Høyland, sekretariatsleder (fra september 2023)
- Ingrid Tambs Andresen (fra januar 2024)
- Signe Bechmann (fra oktober 2023 til august 2024)
- Mona Keiko Løken (fra oktober 2023 til juli 2024)
- Heidi Sødergren (fra august 2024)
- Karina Vigsnæs (fra august 2024)

[1] Anders Henriksen ble oppnevnt i august 2023.

Kapittel 2
Utvalgets mandat

Utvalget har hatt følgende mandat:

Målet med utvalgets arbeid er å evaluere ordningene med forvaring og dom på overføring til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg. Målet er videre å få utredet hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming best kan ivaretas under varetekt, gjennomføring av straff eller særreaksjon, og ved tilbakeføring til samfunnet. Utvalget skal særlig se på hvordan kvinner og barn og unge bør ivaretas.

Utvalget skal:

1.
   a. Gjennomføre en bred evaluering av forvaring, overføring til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg.
   b. Utrede hvordan innsattes helse, særlig med vekt på alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming, best kan ivaretas under varetekt, straffegjennomføring og ved tilbakeføring til samfunnet.
   c. Evaluere ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse av forvaringsdømte til plassering i institusjon eller kommunal boenhet.

Basert på evalueringer og utredninger i punkt 1, skal utvalget:

2. Utrede løsninger innenfor dagens arbeidsdeling og organisering mellom kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten (importmodellen).
3. Vurdere om det er behov for nye modeller for langvarig, høyspesialisert, grensesettende omsorg under straffegjennomføring, ved tilbakeføring fra fengsel eller ved utskrivning fra barnevernsinstitusjon eller døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. Forslag til tiltak kan også inkludere nye organisatoriske løsninger og finansieringsordninger, herunder «sikkerhetshjem».
4. Gjennomgå dagens finansieringsordninger for særreaksjonene dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg, og foreslå eventuelle nye løsninger som i større grad sikrer bærekraft og forutsigbarhet.
5. Tydeliggjøre hvilke krav som må stilles til kriminalomsorgen for å forebygge helseskade hos innsatte og ivareta deres helse under varetekt og straffegjennomføring, samt presisere hva kriminalomsorgens tilretteleggeransvar innebærer i praksis, og foreslå eventuelle nødvendige tiltak.
6. Vurdere hvordan siktede og domfelte med alvorlig psykisk sykdom eller utviklingshemming som har opphold i barnevernsinstitusjoner best kan ivaretas.
7. Vurdere hvilke særlige hensyn som må tas til kvinner og unge under 24 år ved varetekt, straffegjennomføring, eller ved gjennomføring av særreaksjonene og tilbakeføring til samfunnet. I vurderingen skal utvalget se på behovet for nye tiltak og løsninger som kan bedre psykisk helse blant unge under 24 år og kvinner.

Evalueringen etter pkt. 1a skal omfatte både dagens tilbud, omfang av idømte reaksjoner, om reaksjonene fungerer etter sitt formål, kostnadsutvikling, finansiering, organisering og styring. Utvalget skal ikke vurdere om det er behov for endringer i reglene om utilregnelighet i straffeloven § 20. Dette er ikke til hinder for at utvalget vurderer konsekvenser av reglene, dersom utvalget mener det er grunn til dette.

Bakgrunn

Personer som har begått alvorlige lovbrudd kan dømmes til fengsel eller forvaring dersom de anses tilregnelige på handlingstidspunktet, og til overføring til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg dersom de anses utilregnelige. Det er gjort flere lovendringer de siste årene, både i kriterier for hvem som kan dømmes til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg, og for når personer anses utilregnelige. Grensen

for tilregnelighet er basert på konkrete vurderinger av medisinske forhold, og på graden av svikt i virkelighetsforståelse og funksjonsevne på handlingstidspunktet. Det er mennesker med tilnærmet samme utfordringsbilde i fengsel, forvaringsanstalter, barnevernsinstitusjoner og i de to særreaksjonsordningene som gjennomføres i helsetjenesten.

Barn og unge som begår alvorlige lovbrudd, kan idømmes de samme reaksjonene, selv om straffeloven inneholder bestemmelser som begrenser adgangen til å dømme personer under 18 år til fengsel eller forvaring. I tillegg kan barn og unge idømmes ungdomsstraff. Både varetekt, fengselsstraff og ungdomsstraff kan på visse vilkår gjennomføres i barnevernsinstitusjon. Unge mellom 15 og 24 år som er dømt til fengselsstraff, forvaring eller særreaksjoner i helsevesenet, er sårbare og har behov for særskilt omsorg og oppfølgning. Risikoen for uheldig påvirkning, utvikling eller skadevirkninger er større enn for eldre. Dette gjelder også siktede og domfelte i barnevernsinstitusjoner. Forholdene for unge frihetsberøvede mellom 15 og 24 år krever derfor særskilt oppmerksomhet.

Et fellestrekk med reaksjonene forvaring, tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg er at hensynet til samfunnsvernet står sterkt samtidig som individets rettssikkerhet og integritet skal ivaretas.

Hovedformålet med straff og dom til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg er å forebygge fremtidig kriminalitet. Domfelte og innsatte skal derfor få tilbud om rehabilitering, oppfølging og behandling ut fra individuelle behov. Disse hensynene skal ivaretas både i kriminalomsorgen, barnevernet og helse- og omsorgstjenestene og forutsetter et godt samarbeid i sektorene, og mellom aktørene.

Tilstrekkelig bemanning, riktig kompetanse og egnede fysiske rammebetingelser er viktige forutsetninger for at kriminalomsorgen, barnevernet og helsetjenesten skal kunne ivareta sitt samfunnsoppdrag på en god måte.

Menneskerettigheter

Grunnloven § 93 og Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 3 krever at forholdene for frihetsberøvede, uavhengig av institusjon, ikke innebærer tortur og annen umenneskelig eller nedverdigende behandling.

Mangel på helsehjelp eller utelukkelse fra meningsfulle aktiviteter og sosial kontakt (f.eks. i form av omfattende isolasjon) etter forholdene innebære en krenkelse av forbudet i artikkel 3, eller statens forpliktelse til å beskytte menneskets rett til liv jf. Grunnloven § 93 første og fjerde ledd og EMK artikkel 2.

FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) krever blant annet likhet og ikke-diskriminering, lik tilgang til rettssystemet, og helse- og omsorgstjenester for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Alle har videre rett til høyeste oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. Det følger av FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 og CRPD artikkel 25.

Myndighetene har videre plikt til å sikre befolkningens liv og helse, jf. EMK artikkel 2 og ØSK artikkel 12.

Barnekonvensjonen gir barn særskilt vern, og stadfester grunnleggende prinsipper om barnets beste. Prinsippene er inntatt i Grunnloven §§ 104 og 98. Barnekonvensjonen artikkel 37 bokstav b-d regulerer frihetsberøvelse av barn. Opphold i ulike institusjoner ved tvang kan utgjøre en frihetsberøvelse. Barnekomiteen har i Generell kommentar nr. 24 kommet med anbefalinger for barn i konflikt med loven.

Fengsel og forvaring

Kriminalomsorgen har ansvar for gjennomføring av varetekt, fengselsstraff og forvaring. Straff skal gjennomføres på en måte som tar hensyn til formålet med straffen, som motvirker nye straffbare handlinger, som er betryggende for samfunnet, og som innenfor disse rammene sikrer de innsatte tilfredsstillende forhold, jf. straffegjennomføringsloven § 2. Gjennomføring av forvaring skal i tillegg ivareta samfunnets behov for sikkerhet mot ny alvorlig kriminalitet. Innholdet i forvaringen skal ta utgangspunkt i domfeltes kriminalitet og tilpasses den enkeltes særlige forutsetninger og behov. Aktuelle tiltak skal utformes med sikte på å påvirke og endre den forvaringsdømtes adferd og gi vedkommende mulighet for å utvikle sin sosiale tilpasningsevne, og å motvirke ny kriminalitet.

Innsatte i fengsel er berøvet friheten, men har for øvrig samme rett til offentlige velferdstjenester som andre innbyggere. Dette innebærer at instanser som skal yte tjenester til befolkningen, skal tilby sine tjenester også til domfelte og innsatte. Dette omtales som «importmodellen», fordi tjenester «importeres» til kriminalomsorgen fra de respektive sektorer, blant annet av hensyn til uavhengighet og faglig utvikling, fremfor en modell der kriminalomsorgen selv tilsetter eget

undervisningspersonell, helsepersonell mv. Gjennom samarbeid med andre offentlige etater skal kriminalomsorgen legge til rette for at innsatte får de tjenester som lovgivningen gir dem krav på. Samarbeidet skal bidra til en samordnet innsats for å dekke innsattes behov og fremme deres tilpasning til samfunnet, jf. straffegjennomføringsloven § 4.

Det er den kommunale helse- og omsorgstjenesten som har ansvaret for primærhelsetilbudet til innsatte i fengsler, mens de regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenester. Kriminalomsorgen har ansvar for tilfredsstillende soningsforhold og progresjon i straffegjennomføringen. Kriminalomsorgen skal videre avhjelpe negative virkninger av isolasjon. Mange innsatte har behov for helse- og omsorgstjenester. Dette kan skyldes både helseutfordringer som er oppstått før innsettelse, men også helseplager som oppstår eller forverres etter innsettelse. Sivilombudets særskilte melding om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler, dok:4-3 (2018–2019) beskriver utfordringer og skadevirkninger ved isolasjon. Forekomsten av psykiske lidelser blant innsatte er høyere enn i befolkningen for øvrig, og det er heller ikke uvanlig å ha flere psykiske lidelser samtidig (Cramer, 2014). En del innsatte har komplekse og sammensatte psykiske lidelser eller utviklingshemming som stiller store krav til soningsforhold og god, faglig oppfølging.

Psykiske helseutfordringer kan vanskeliggjøre deltakelse i aktiviteter og fellesskap. Uten slik deltagelse øker risikoen for at den enkelte blir isolert, og mulighetene for rehabilitering til et liv uten kriminalitet kan svekkes. For noen innsatte kommer psykiske lidelser til uttrykk gjennom sterk utagering, selvskading, eller i verste fall selvmord. Noen innsatte vurderes å være for psykisk syke til å gjennomføre straff i fengsel, men vurderes heller ikke å oppfylle vilkårene for innleggelse i døgninstitusjon i psykisk helsevern. Enkelte innsatte skrives ut og gjeninnsettes i fengsel etter kort tid, ut fra en helsefaglig vurdering eller unntaksvis fordi helsetjenesten mener at det av sikkerhetshensyn er best at vedkommende er i fengsel. Kriminalomsorgen har ikke kompetanse til å behandle innsatte med alvorlige psykiske lidelser.

For noen innsatte med alvorlige psykiske lidelser kan situasjonen være at hverken helsetjenesten eller kriminalomsorgen har et adekvat tilbud. Kriminalomsorgen kan i enkelte tilfeller være tvunget til å benytte inngripende tvangsmidler ovenfor denne gruppen.

Kvinner utgjør et klart mindretall av domfelte og innsatte. Samtidig viser flere rapporter og undersøkelser at antall kvinner med psykiske helseutfordringer er markert høyere enn for menn. Kvinner skal så langt det er mulig gjennomføre fengselsopphold i egne fengsler eller i fengselsavdelinger tilrettelagt for kvinner.

Det er gjennomført flere undersøkelser den senere tid av blant annet Sivilombudet og Likestillings- og diskrimineringsombudet knyttet til isolasjon, kvinners soningsforhold og helsehjelp, og i mars 2023 kom Sivilombudets rapport om selvmord i fengsel. Sivilombudsmannens særskilte melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler (Dokument 4:3 (2018–2019) omtaler særlig isolasjon i norske fengsler.

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) viser i sin årsmelding for 2022 til at studier tyder på at om lag ti prosent av innsatte i norske fengsler har kognitive vansker og at kriminalomsorgen i mange tilfeller ikke er kjent med dette. Ifølge NIM er regler og retningslinjer for hvilke soningsforhold som egner seg, og regler for kartlegging av funksjonsnivå, mangelfulle.

Tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å gjennomføre reaksjonene dom på overføring til hhv. tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg. Ved avgjørelsen av hvordan reaksjonene skal gjennomføres, skal det både legges vekt på hensynet til behandling av den domfelte og på behovet for å beskytte samfunnet mot faren for nye lovbrudd. For enkelte lovbruddskategorier skal det legges særlig vekt på behovet for samfunnsbeskyttelse. Begge reaksjonsformene skal starte som døgnopphold i institusjon.

For personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern skal den faglig ansvarlige vurdere om behandling utover tre uker skal gis i døgninstitusjon eller på et lavere behandlingsnivå. De fleste gjennomfører dom på overføring til tvungent psykisk helsevern i døgnavdelinger. Noen er i sikkerhetsavdelinger (regionale eller lokale), og andre i ordinære døgnavdelinger i sykehus eller DPS. Mange gjennomfører dommen uten døgnopphold.

Det har vært en betydelig økning i antall dømte til behandling de siste årene, særlig fra 2020 frem til i dag. Økningen sammenfaller med endringen i vilkårene i straffeloven for å idømme overføring til tvungent psykisk helsevern, som trådte i kraft i oktober 2020. I enkelte områder er økningen meget stor og gir kapasitetsproblemer.

Dersom trenden vedvarer de neste ti årene, vil antallet domfelte i psykisk helsevern kunne utgjøre 500–600 personer, nesten en dobling fra i dag, ifølge framskrivinger fra de regionale helseforetakene. Det vil i så fall være behov for en betydelig kapasitetsvekst for behandling og oppfølging for pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern. Gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern finansieres over samme budsjetter som ordinær pasientbehandling, og utfordrer målet om en bærekraftig helsetjeneste.

Tvangslovutvalget som leverte sin utredning i 2019, avgrenset arbeidet sitt slik at de bare foreslo tekniske tilpasninger i reglene om dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.[1]

Tvungen omsorg starter i sentral fagenhet. Når hensynet til den domfelte tilsier det og sikkerhetshensyn ikke taler imot, skal fagenheten søke å inngå avtale med aktuell kommune eller andre om gjennomføring av tvungen omsorg utenfor fagenheten. I 2020 ble finansieringen av ordningen lagt om. De regionale helseforetakene dekker 20 prosent av utgiftene til ordningen, mens 80 prosent finansieres over en egen post i Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Siden 2019 har antall dømte økt sterkt. Dette har ført til høye kostnader i ordningen, og press på kapasiteten.

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har betydelige utfordringer med å sørge for nødvendige, likeverdige og koordinerte tilbud til personer med omfattende behov for behandling og oppfølging og samtidig ivareta samfunnsvernet. Det er utfordringer knyttet til kapasitet, kompetanse og botilbud.

Gjennomføring av straff og varetekt i barnevernsinstitusjoner

Barnevernet skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Barnevernets tiltak skal alltid være til barnets beste. Dette innebærer at tiltak etter barnevernsloven *ikke* kan begrunnes i straff, samfunnets behov for beskyttelse eller allmennpreventive hensyn. Barnevernsinstitusjoner er åpne.

Barn og unge som er dømt til fengselsstraff, kan i særlige tilfeller og dersom Bufetat samtykker, gjennomføre straffen i en barnevernsinstitusjon. Dette gjelder dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig eller andre tungtveiende grunner taler for det, jf. straffegjennomføringsloven § 12. I tillegg kan barn og unge gjennomføre ungdomsstraff i barnevernsinstitusjon.

Barn og unge som gjennomfører straffereaksjon i barnevernsinstitusjon, har rett til offentlige velferdstjenester på lik linje med øvrige barn og unge. For noen domfelte barn og unge i barnevernsinstitusjoner kommer psykiske lidelser til uttrykk gjennom sterk utagering, selvskading og/eller selvmord (forsøk eller gjennomført). I enkelte tilfeller overføres ungdommen fra barnevernsinstitusjon til en døgninstitusjon i psykisk helsevern, men returneres ofte raskt tilbake til barnevernsinstitusjonen ut fra en helsefaglig vurdering eller fordi vilkårene for tvungent psykisk helsevern ikke er oppfylt. For domfelte barn og unge i barnevernsinstitusjon med alvorlige psykiske lidelser kan situasjonen være at hverken helsetjenesten eller barnevernet har et adekvat tilbud. Barnevernet har ikke kompetanse til å behandle barn med alvorlige psykiske lidelser.

I Statens helsetilsyns rapport «Omsorg og rammer – når barn trenger mer» fremgår det at det er barn på barnevernsinstitusjoner med alvorlige psykiske lidelser som har begått eller med stor sannsynlighet kommer til å begå alvorlige, skadelige handlinger rettet mot seg selv eller andre. Barna som omfattes av undersøkelsen har hatt en eller flere kortvarige innleggelser i psykisk helsevern etter kritiske perioder og hendelser for seg selv og/eller andre, men er blitt utskrevet tilbake til barnevernsinstitusjonen etter få dager. Barna har alle begått alvorlige straffbare handlinger, to av dem forårsaket et annet menneskes død.

Tilbakeføring og opphør av særreaksjon

Ved gjennomføring av fengselsstraff eller forvaring skal det skje en gradvis overgang fra fengsel til full frihet. Overgangen må skje innenfor sikkerhetsmessig forsvarlige rammer. Progresjon for innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming er utfordrende dersom de ikke kan delta i fellesskap og fengselets aktivitetstilbud. Forvaringsdømte kan ha utfordringer som kompliserer progresjon i straffegjennomføringen og fører til at de blir værende lenge i fengsel med høy sikkerhet, og det kan også få negative konsekvenser for en eventuell løslatelse. Justis- og beredskapsdepartementet finansierer enkelte ordninger, blant annet i tilfeller der domstolen løslater en forvaringsdømt på prøve med vilkår om at domfelte skal oppholde seg i institusjon eller kom-

[1] NOU 2019: 14.

munal boenhet i over ett år, slik straffeloven § 45 bokstav c åpner for når særlige grunner tilsier det, og institusjonen eller kommunen har samtykket. Ordningen med at forvaringsdømte i noen tilfeller prøveløslates med vilkår om opphold i institusjon eller kommunal boenhet, har vært gjenstand for oppmerksomhet både i Stortinget og i media. Det er tatt opp spørsmål om ordningen er betryggende og fungerer etter intensjonen, og om den er uforholdsmessig kostbar.

Reaksjonene tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg opphører når vilkåret om gjentakelsesfare ikke lenger er oppfylt. For enkelte lovbrudd er det absolutte frister for opphør, mens andre er tidsubestemte, men skal prøves av retten innenfor gitte frister.

Personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern oppholder seg i noen tilfeller fortsatt i døgninstitusjon selv om faglig ansvarlig mener de er utskrivningsklare. Dette fordi samfunnsvernet ikke kan ivaretas tilstrekkelig utenfor institusjon. Kommunene har ikke hjemler for å bruke tvang mot personer med psykiske lidelser. Det er omdiskutert om personer som gjennomfører dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, kan samtykke til restriktive tiltak mot å få gjennomføre dommen utenfor institusjon. Sivilombudet har pekt på at det synes å foreligge mangler eller uklarheter ved regelverket på dette området og anbefalt at dette utredes nærmere.

Særreaksjonsdømte uten lovlig opphold blir også i noen tilfeller værende i institusjon for døgnopphold selv om faglig ansvarlig mener de er utskrivningsklare fordi de ikke har rett til nødvendige og stabile velferdstjenester, noe som er en forutsetning for å ivareta føringene i dommen om ivaretagelse av samfunnsvernet. Sivilombudet har pekt på at dersom tvungent psykisk helsevern opprettholdes, i en situasjon hvor det ikke hadde vært nødvendig med tvungen behandling for en person med oppholdstillatelse, på et tidspunkt vil være fare for overtredelse av menneskerettighetene.

Generelt om utvalgets arbeid

Utvalget skal arbeide i tråd med Veileder for utvalgsarbeid i staten og gjeldende Instruks for utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) datert 19.02.2016. Eventuelle lovforslag skal utformes i samsvar med anbefalinger fra Justis- og beredskapsdepartementet i veilederen «Lovteknikk og lovforberedelse». I arbeidet med tiltak skal utvalget redegjøre for økonomiske, administrative og andre vesentlige positive og negative konsekvenser av foreslåtte tiltak og løsninger, herunder i andre sektorer. Minst ett forslag til løsning i utredningen skal være basert på uendret ressursbruk for staten totalt sett. Anslagene for økonomiske konsekvenser skal beskrives over tid. I tilfeller hvor det er vanskelig å gi presise anslag, kan det tas i bruk grove estimater eller intervaller.

Utvalget skal vurdere om noen tiltak krever grundigere utredninger enn minimumskravene i utredningsinstruksen. For tiltak med vesentlige nytte- eller kostnadsvirkninger skal det gjennomføres en analyse i samsvar med gjeldende rundskriv for samfunnsøkonomiske analyser.

Alle analyser og beregninger skal være etterprøvbare, både for vurderinger av verdsatte og ikke-verdsatte virkninger av forslagene.

Utvalget skal samarbeide tett med interesseorganisasjoner for brukere, pårørende, innsatte og pasienter. Utvalget skal legge til rette for møteplasser der relevante aktører gis anledning til å komme med innspill til utvalgets arbeid. Dersom utvalget har spørsmål om tolkning eller avgrensning av mandatet, skal dette tas opp med Justis- og beredskapsdepartementet. Departementene skal informeres om arbeidets progresjon på egnet måte. Mandatet kan suppleres ved behov.

Den budsjettmessige rammen for utvalgets arbeid vil bli fastsatt særskilt. Om godtgjøring gjelder de til enhver tid gjeldende bestemmelser i Statens personalhåndbok om godtgjøring mv. til leder, medlemmer og sekretærer i utvalg, samt supplerende retningslinjer fastsatt av Justis- og beredskapsdepartementet, med mindre annet er avtalt. Det vil stilles sekretariatsressurser tilgjengelig for utvalget.

Utvalget skal avgi sin utredning i form av en NOU til Justis- og beredskapsministeren og Helse- og omsorgsministeren innen 1. september 2024.

Kapittel 3
Utvalgets tolkning og besvarelse av mandatet

3.1 Utgangspunkt

Utvalgets mandat innledes med en målbeskrivelse som sier at utvalget både skal «evaluere ordningene med forvaring og dom på overføring til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg», og «få utredet hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming best kan ivaretas under varetekt, gjennomføring av straff eller særreaksjon, og ved tilbakeføring til samfunnet.» Kvinner og barn skal etter mandatet vies særlig oppmerksomhet. Slik utvalget leser mandatet, konkretiseres denne målbeskrivelsen så videre gjennom syv punkter, jf. punktene 1 (a–c) til 7 i mandatet, som angir hva utvalget skal utrede, evaluere og vurdere. Det går klart frem at evalueringen og vurderingene etter punkt 1 skal danne utgangspunkt for utredningen og vurderingene etter punktene 2 – 7 i mandatet.

Bakgrunnsbeskrivelsen for mandatet nevner en del sentrale *utfordringer* ved dagens ordninger. Det fremgår tydelig at mandatet etterspør utvalgets *forslag til løsninger* på disse utfordringene. Et grunnleggende spørsmål er hvordan ivaretakelsen av innsattes rettigheter bør avveies mot samfunnets behov for (og plikt til) å forebygge kriminalitet (se kapittel 5 om utvalgets forståelse av den enkeltes rettigheter vs. samfunnsvern.)

Mandatet etterspør evaluering og vurderinger som angår flere typer strafferettslige reaksjoner (forvaring, dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg), i tillegg til opphold i fengsel mer generelt. Innenfor denne konteksten aktualiserer utvalgets mandat et bredt spekter av komplekse problemstillinger om ivaretakelsen av domfelte og innsatte. Mandatet forutsetter at utvalget ser de ulike systemene i sammenheng, særlig når det gjelder samhandlingen mellom ulike etater eller aktører (kriminalomsorgen, helsetjenestene, kommunene mv.), organisatoriske løsninger og finansiering. Problemstillingene i mandatet er i stor grad forbundet med mer grunnleggende problemstillinger, for eksempel om utformingen av straffegjennomføringsloven og helselovgivningen, strukturelle barrierer for samarbeid på tvers av sektorer, og prioriteringer med betydelige etiske implikasjoner. En særlig utfordring som utvalget har møtt på, er at det i stor grad mangler tilgjengelig statistikk og informasjon om de reaksjonene og forholdene som mandatet omfatter, jf. punkt 4.2.

I lys av problemstillingenes kompleksitet og utvalgets begrensede tidsrammer og ressurser, har utvalget måttet ta en rekke veivalg for besvarelsen av mandatet. På et overordnet og prinsipielt plan har utvalget viet oppmerksomhet til den sentrale avveiningen mellom vernet av den enkelte og samfunnsvernet. Utvalget har tatt utgangspunkt i de grunnleggende menneskerettighetene (kapittel 5), og drøftet noen gjennomgående dilemmaer som utvalgets anbefalinger aktualiserer (kapittel 24). Videre har utvalget vurdert dagens ordninger på bakgrunn av den tilgjengelige informasjonen. Begrensningene i informasjonstilgangen har medført at utvalget har vært forsiktig med å komme med «bastante» anbefalinger om regulatoriske, institusjonelle eller økonomiske endringer. I besvarelsen av mandatet har utvalget dermed, som grunnlag for en videre prosess, på flere punkt valgt å nevne ulike mulige løsninger heller enn å fremme et endelig standpunkt.

3.2 Nærmere om besvarelsen av mandatets punkt 1

Etter mandatets punkt 1 a) skal utvalget gjennomføre «en bred evaluering av forvaring, overføring til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg». Evalueringen «skal omfatte både dagens tilbud, omfang av idømte reaksjoner, om reaksjonene fungerer etter sitt formål, kostnadsutvikling, finansiering, organisering og styring».[1] I tillegg til det som har blitt fremhevet ovenfor i punkt 3.1, har utvalget særlig gjort følgende overveielser:

[1] Nederst på side 1 i mandatet.

Utvalget oppfatter at mandatet etterspør evaluering av hver av de reaksjonsformene som er nevnt i punkt 1 a), og har tatt sikte på å kartlegge både positive sider og særlige utfordringer ved hver av dem.

Videre har utvalget tolket mandatet dit hen at det etterspør evaluering med fokus på *gjennomføringen* av reaksjonene, herunder ivaretakelsen av domfelte, og ikke på reaksjonenes eksistens. Oppmerksomheten har således primært vært på utfordringer ved anvendelse av reaksjonene, og i noe mindre grad på det overordnede spørsmålet om forvaring og særreaksjonene bør videreføres eller avskaffes. Videre har utvalget lagt til grunn det prinsipielt viktige skillet mellom straff og særreaksjoner som medfører at forvaring bare kan idømmes den som var tilregnelig på handlingstidspunktet for den straffbare handlingen, mens en særreaksjon bare kan idømmes ved frifinnelse på grunn av utilregnelighet. Utvalget har likevel drøftet enkelte fragmenter ved spørsmålet om reaksjonens begrunnelse og eksistens, herunder om barn bør kunne idømmes forvaring, og om forholdet mellom psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag og de strafferettslige særreaksjonene.

Utvalget har oppfattet at mandatets perspektiv først og fremst er de domfelte og det generelle samfunnsvernet. I sammenhenger hvor utvalget har ansett det særlig relevant, har utvalget inkludert også pårørendes og ansattes perspektiv.

Både forvaring og særreaksjonene har som et hovedformål å forebygge ny kriminalitet. Samtidig skal reaksjonene gjennomføres på en måte som ivaretar den enkelte domfeltes rettssikkerhet, og i størst mulig grad legger grunnlaget for en fremtid i frihet uten kriminalitet. Etter mandatets punkt 1 a) skal utvalget undersøke om reaksjonene oppfyller dette formålet. Dette er en meget krevende oppgave å besvare. I hvilken grad en reaksjon i praksis virker kriminalitetsforebyggende, beror blant annet på kompliserte vurderinger av årsakssammenhenger mellom kriminalitetsutviklingen, de strafferettslige reaksjonene og mange andre sider ved samfunnsutviklingen. For denne delen av oppgaven har utvalget måttet nøye seg med å gjengi en del statistiske opplysninger og bygge på generelle inntrykk og erfaringer hos enkeltpersoner i utvalget.

Når det gjelder ivaretakelsen av den enkelte domfelte, mangler det i stor grad tilgjengelig informasjon om individuelle forløp i gjennomføringen av reaksjonene. I tillegg til de relevante dataene som er tilgjengelige, og innspill som er innhentet fra enkeltmennesker og organisasjoner, har utvalget også for dette måtte bygge på utvalgsmedlemmenes egne erfaringer.

Etter mandatets punkt 1 b) skal utvalget videre utrede hvordan *innsattes helse* best kan ivaretas under varetekt, straffegjennomføring og ved tilbakeføring til samfunnet. Særlig vekt skal legges på «alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming». Denne delen av mandatet forstås som at utvalget skal se på hvordan helsen ivaretas for personer som er i varetekt eller under straffegjennomføring, uavhengig av hvilken strafferettslig reaksjon som kan være aktuell, eller som vedkommende er dømt til. Ved at det etter punkt 1 b) er ivaretakelsen av «innsattes» helse som skal utredes, legger utvalget til grunn at det er ivaretakelsen av helsen til personer som er innsatt i, eller på vei ut av, fengslene, denne delen av mandatet adresserer. Dette innebærer blant annet at utvalget ikke skal undersøke ivaretakelsen av helsen til personer som gjennomfører straff i samfunnet, for eksempel samfunnsstraff eller gjennomføring av fengselsstraff med fotlenke utenfor fengsel. Selv om oppgaven etter mandatet punkt 1 b) gjelder innsatte i fengslene, følger det av øvrige punkter i mandatet at utvalget skal se på situasjonen også for enkelte andre grupper (se særlig punkt 1 c) og punkt 6.

Innsattes helse omfatter i utgangspunktet både den fysiske og den psykiske helsen, men i tråd med mandatet går utvalget primært inn på forhold av betydning for den psykiske helsen, samt helsen til personer med psykisk utviklingshemming. I besvarelsen av punkt 1 b) har utvalget blant annet beskrevet de mulighetene og mekanismene som kriminalomsorgen og helsetjenestene har til disposisjon i situasjoner hvor en innsatt oppleves å ha alvorlige psykiske lidelser.

Utvalget bemerker ellers at uttrykket «alvorlig psykisk lidelse» er et klinisk uttrykk som omfatter ulike sykdommer og lidelser med stort symptomtrykk eller funksjonsnedsettelse. Ofte, men ikke alltid, vil det gjelde psykoser. Uttrykket har et visst slektskap med de rettslige vilkårene «alvorlig sinnslidelse» og «sterkt avvikende sinnstilstand». De to sistnevnte er rettslige vilkår som brukes henholdsvis i reguleringen av tvangsinnlegger i psykiatrien[2], og i reguleringen av strafferettslig utilregnelighet.[3] I mange tilfeller vil de ulike vilkårene dekke de samme tilstandene, slik at én og samme person kan ha tilstander som oppfyller alle vilkårene samtidig. Men det kliniske uttrykket «alvorlig psykisk lidelse» og de rettslige

[2] Psykisk helsevernloven § 3-3.

[3] Straffeloven § 20.

vilkårene er ikke sammenfallende. Noen kan ha en alvorlig psykisk lidelse uten samtidig å oppfylle vilkårene for tvangsinnleggelse eller utilregnelighet. Videre kan noen oppfylle vilkårene for tvangsinnleggelse uten å være utilregnelig i straffelovens forstand. Utvalget forstår mandatets uttrykk «alvorlig psykisk lidelse» som en henvisning til den kliniske forståelsen av sykdommer og lidelser med stort symptomtrykk eller funksjonsnedsettelse. Dermed omfatter det noen flere tilstander enn de nevnte rettslige vilkårene.

Etter mandatets punkt 1 c) skal utvalget evaluere ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse av forvaringsdømte med vilkår om at de skal oppholde seg i institusjon eller kommunal boenhet. På grunnlag av tilgjengelig informasjon har utvalget utredet prosessen med etablering av ordningen i det enkelte tilfellet, det juridiske rammeverket for ordningen mens den består, og finansieringen av den. Utvalget anser imidlertid ikke datagrunnlaget som tilstrekkelig til å ta stilling til om ordningen bør videreføres eller ei. Det har derfor begrenset seg til å omtale svakheter innenfor ordningen, og å gi enkelte anbefalinger vedrørende disse. Enkelte alternative organisatoriske løsninger drøftes også.

3.3 Nærmere om besvarelsen av mandatets punkt 2 til 7

I mandatets punkt 2 til 7 er utvalget bedt om å komme med forslag til løsninger og nye modeller. Utvalget bemerker at forslag til løsninger på flere punkter krever et mer fullstendig kunnskapsgrunnlag enn det som har vært mulig å innhente innenfor rammen av utvalgets arbeid, jf. punkt 3.1. Samtidig vil de løsningene og modellene som etterspørres kunne ha store implikasjoner for både innsatte, ansatte og andre, og også ha mer generelle systemiske, økonomiske og samfunnsmessige implikasjoner. Derfor har utvalget vært varsom med å gå lengre i konkrete anbefalinger enn det utredningen har kunnet gi grunnlag for. I tillegg kan følgende bemerkes om besvarelsen av de enkelte punktene:

Punkt 2 forstås – i lys av blant annet punkt 1 b) i mandatet – å gjelde helsetjenester til innsatte i kriminalomsorgens institusjoner (varetekt og gjennomføring av straff i fengsel). Fremstillingen tar utgangspunkt i importmodellen, og beskriver dagens arbeidsdeling og organisering (som kan variere mye, fengslene er svært ulike i størrelse og innretning). Både innsatte-perspektivet og ansatte-perspektivet har en plass i dette.

Målet for gjennomføringen av idømt forvaring eller en særreaksjon vil være å redusere risikoen for at den domfelte begår ny alvorlig kriminalitet tilstrekkelig til at reaksjonen etter hvert kan opphøre. Mandatets *punkt 3* bygger på en forutsetning om at det kan være enkelte tilfeller hvor henholdsvis kriminalomsorgen eller spesialisthelsetjenesten ser at det er «langt frem», og at den domfelte neppe i overskuelig fremtid vil kunne klare seg uten de begrensningene i friheten som institusjonen eller fengselet setter. For denne gruppen har utvalgsmedlem psykiater Randi Rosenqvist tidligere tatt til orde for en ny type reaksjon og en ny type institusjon («sikkerhetshjem»). Oppgaven etter mandatets punkt 3 er å utrede ulike alternative løsninger. Nevnte forslag fra Randi Rosenqvist har dannet utgangspunkt for utvalgets vurderinger om dette, men uten å utgjøre en begrensning.

Punkt 4 gjelder finansieringsordningene for de to særreaksjonene, og ber om en gjennomgang og forslag til nye løsninger som skal sikre bærekraft og forutsigbarhet. Domfelte til tvungent psykisk helsevern gjennomfører reaksjonen i de samme institusjonene, i hovedsak under det samme regelverket, som andre personer under tvungent psykisk helsevern, og særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern inngår i den samme finansieringsordningen som psykisk helsevern generelt. Ved vurderingen av behov for endringer i finansieringsordningen har utvalget i liten grad kunnet gå inn på konsekvenser for andre pasienter enn de domfelte. Domfelte til tvungen omsorg ivaretas gjennom en egen ordning, med særskilt finansiering.

Etter *punkt 5* skal utvalget tydeliggjøre hvilke krav som må stilles til kriminalomsorgen for å forebygge helseskade hos innsatte og ivareta deres helse under varetekt og straffegjennomføring. Videre skal det presiseres hva kriminalomsorgens tilretteleggeransvar innebærer i praksis, og foreslås eventuelle nødvendige tiltak. Utvalget tar her utgangspunkt i det generelle ansvaret som kriminalomsorgen har etter straffegjennomføringsloven § 4 for – i samarbeid med andre offentlige etater – å legge til rette for at fengselsinnsatte får de tjenestene de etter loven har krav på. Utvalget har ikke funnet det hensiktsmessig å utvikle en teoretisk fremstilling av hva som ligger i tilretteleggingsansvaret, men beskriver kriminalomsorgens oppgaver mer konkret i de situasjonene som utredningen omhandler. Ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel er i seg selv et omfattende felt, med samspill mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene som en sentral ingrediens. Det

har ikke vært mulig å belyse alle sider av dette innenfor de rammene som utvalget har hatt for sitt arbeid.

Etter punkt 6 skal utvalget «[v]urdere hvordan siktede og domfelte med alvorlig psykisk sykdom eller utviklingshemming som har opphold i barnevernsinstitusjoner best kan ivaretas.» Dette punkt handler om ivaretakelsen av barn, det vil si personer under 18 år, som er siktet eller domfelt.[4] Etter utvalgets forståelse omfatter mandatet bare barn over strafferettslig lavalder, det vil si personer som var fylt 15 år på handlingstidspunktet for en straffbar handling. Utvalget går derfor ikke inn på problemstillinger som gjelder ivaretakelsen av barn under 15 år.

Utvalget tolker punkt 6 på bakgrunn av den adgangen straffeprosessloven § 188 gir for å beslutte at opphold i en barnevernsinstitusjon kan tjene som surrogat for varetektsfengsling, og for adgangen etter straffegjennomføringsloven § 12 til å beslutte at straff kan gjennomføres i en institusjon, forutsatt at institusjonseier samtykker og stiller en plass til disposisjon. Videre oppfatter utvalget at mandatets punkt 6 bygger på en premiss om at det finnes siktede eller domfelte barn med alvorlig psykisk sykdom eller utviklingshemming som har opphold i en barneverninstitusjon på grunnlag av de nevnte reglene. På bakgrunn av dette punktet i mandatet henvendte utvalget seg til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) med en rekke spørsmål, herunder om den faktiske forekomsten av tilfeller hvor barn gjennomfører varetekt eller straff i barnevernsinstitusjon.

Informasjonen fra Bufdir tilbakeviser i stor grad at det foreligger en slik praksis. På spørsmål om eksempler de siste 10 år på avgjørelser fra domstolene om gjennomføring av varetekt i en barneverninstitusjon, svarte direktoratet at man er kjent med ett slikt tilfelle med ivaretakelse av et barn under 18 år i varetektssurrogat. På spørsmål om eksempler de siste 10 år på beslutning om at et barn skal gjennomføre idømt straff i en barnevernsinstitusjon, svarte Bufdir at man er kjent med ett tilfelle hvor det er besluttet at idømt ubetinget fengselsstraff skal gjennomføres i barnevernsinstitusjon etter straffegjennomføringsloven § 12. Det opplyses at eksempelet ligger tilbake i tid, og at det i dag ikke foretas slike plasseringer i barnevernsinstitusjoner. Samtidig nevner direktoratet at det har vært forespørsler fra påtalemyndigheten om muligheten for dette. I svar fra Bufdir er det også poengtert blant annet at opphold i en barnevernsinstitusjon med god omsorg og utviklingsstøtte (og annet arbeid i barnevernet) kan ha som virkning at alvorlig kriminalitet i samfunnet reduseres, men at barnevernet ikke har som oppgave å beskytte samfunnet mot barn som begår straffbare handlinger. Videre påpekes det i svaret at dersom barnevernsinstitusjoner skal få i oppgave å ha barn i varetekt eller gjennomføre idømt fengselsstraff, er det behov for en grundig utredning.[5]

På bakgrunn av at det etter det opplyste nå ikke er barn som gjennomfører varetekt eller fengselsstraff i en barnevernsinstitusjon, har utvalget valgt å kommentere bare helt overordnet hvordan barn som må i varetekt eller gjennomføre fengselsstraff best kan ivaretas. Det sentrale om dette er ivaretakelse av barns særlige rettigheter slik de følger av barnekonvensjonen og Grunnloven § 104, jf. kapittel 5. Utvalget har også gjengitt ulike hensyn vedrørende om siktede og domfelte barn *bør* plasseres i barnevernsinstitusjon, og viser for øvrig til Barnevernsinstitusjonsutvalgets utredning, hvor slike hensyn drøftes.[6] Utvalget har i lys av Barnevernsinstitusjonsutvalgets anbefalinger også berørt spørsmålet mulighet til å gjennomføre straff med fotlenke for et barn som bor i en barnevernsinstitusjon.

Punkt 7 ber om en vurdering av hvilke særskilte hensyn som skal tas til kvinner og unge under 24 år i de problemstillingene og situasjonene som utvalget etter punkt 1 til 6 skal gå inn på. For å kunne vurdere forpliktelsene etter barnekonvensjonen, har utvalget sett det nødvendig å skille mellom «barn» i betydningen personer under 18 år, og unge voksne mellom 18 og 24 år.

3.4 Sentrale avgrensninger og begrensninger

Det ligger utenfor utvalgets mandat å utrede eller vurdere generelle og overordnede prinsipper for offentlig styring, slik som generalistkommuneprinsippet, inntektssystemet og generelle ordninger for tilskudd til kommunene og spesialisthelsetjenesten, helseforetaksmodellen og bruk av private tjenesteleverandører. Like fullt har grunntrekkene i styringssystemet og organiseringen av forvaltningen stor betydning for forståelsen av dagens utfordringer. Utvalget har påpekt slike sammenhenger der dette er naturlig.

[4] Barnekonvensjonen artikkel 1 og vergemålsloven § 2 først ledd bokstav a.

[5] Brev av 1. oktober 2024 fra Bufdir til utvalget.

[6] NOU 2023: 24.

Utvalget har sett det som sin oppgave å se særlig på forvaring, særreaksjonene og ivaretakelsen av forholdene for innsatte i fengsel med et helhetlig blikk, og belyse en del prinsipielle og praktiske utfordringer knyttet til hvert av disse elementene. Hvert element rommer en lang rekke juridiske problemstillinger, slik som for eksempel spørsmål om hva som er forsvarlig helsehjelp til en innsatt, og i hvilken grad private aktører kan bemyndiges til å utøve tvang eller makt overfor domfelte som har opphold i et privat botiltak. På bakgrunn av mandatet og utvalgets sammensetning, har ikke utvalget sett det som sin oppgave å gi uttrykk for et bestemt syn på juridiske spørsmål. Kapittel 5 om menneskerettslige forpliktelser inneholder sentral bakgrunnsinformasjon om de minimumskravene som gjelder for ivaretakelse av blant annet innsatte. Denne fremstillingen er ikke ment å gi en fullstendig redegjørelse for menneskerettighetene på området. Utvalget har heller ikke vurdert mer detaljerte spørsmål om innholdet i menneskerettighetene, eller hvordan menneskerettighetene bør komme til uttrykk i lovverket.

Påtalemyndigheten, domstolene og forsvarerne har sentrale funksjoner innenfor de områdene som mandatet gjelder. Disse aktørene har ulike og helt sentrale funksjoner under straffeprosessen, i etterforskningen, for avgjørelsen av saken, og under gjennomføringen av en idømt reaksjon. De har også viktige funksjoner i spørsmål om en idømt strafferettslig særreaksjon eller idømt forvaringsstraff skal videreføres eller opphøre. Disse aktørene har ikke vært representert i utvalget, og dette har overordnet lagt noen begrensinger på utvalgets arbeid.

Med unntak for punkt 1 a) – evaluering av forvaring og overføring til en særreaksjon – gjelder utvalgets mandat i stor grad forhold *etter* pådømmelse med ileggelse av en strafferettslig reaksjon. Utvalget går i liten grad inn på påtalemyndighetens, domstolenes og forsvarenes funksjon i forbindelse med pådømmelse av saken. De samme aktørens rolle utover i gjennomføringen av reaksjonene omtales i den grad den berøres av de utfordringer som utvalget har identifisert og gått nærmere inn på.

Utvalget går ikke inn i vurderinger om generell forebygging av den typen kriminalitet som leder opp til de strafferettslige reaksjonene utvalget skal evaluere. Utvalget har, gitt dets sammensetning og relativt korte tid til rådighet, heller ikke hatt anledning til å gå grundig inn i domfeltes videre forløp etter opphør av reaksjon.

Det går uttrykkelig frem av mandatet at utvalget ikke skal vurdere om det er behov for endringer i reglene om utilregnelighet i straffeloven § 20, men at utvalget står fritt til å vurdere konsekvensene av disse reglene. Utvalget omtaler overordnet betydningen av det systemiske skillet mellom tilregnelighet og utilregnelighet når det gjelder hvem/hvilke grupper som dømmes til fengsel- eller forvaringsstraff versus en særreaksjon. Utvalget berører også spørsmål om rettspsykiatriske vurderinger som grunnlag for hvem som anses utilregnelig og ikke, og for idømmelsen av særreaksjon og forvaring. Utvalget går her inn på enkelte utfordringer på systemnivå, men berører ikke mer grunnleggende spørsmål om innholdet i, og kvaliteten på rettspsykiatriske vurderinger.

Kapittel 4
Utvalgets arbeid

4.1 Innledning

Ved oppnevningen i juni 2023 ble utvalgets funksjonstid satt til 1. september 2024. I april 2024 ble funksjonstiden utvidet til 1. mars 2025.

4.2 Innhenting av informasjon. Utfordringer med å få frem et godt kunnskapsgrunnlag

Mandatet spenner over et bredt spekter av reaksjonsformer og problemstillinger. Foruten den møtevirksomheten som beskrives i punkt 4.3 og å gjennomgå ulike typer skriftlig materiale, har utvalget i hovedsak innhentet informasjon gjennom kontakt med sentrale aktører på de områdene som mandatet gjelder. Utvalget har lagt betydelig innsats i forsøk på å innhente et best mulig kunnskapsgrunnlag for evalueringer, men det har vært noen vanskeligheter forbundet med å skaffe til veie relevant informasjon, og i tide. Utvalgets relativt korte funksjonstid og brede mandat har dessuten gitt begrensede muligheter til å fremskaffe, analysere og presentere fullstendig og systematisk kunnskap innenfor alle de områdene utvalgets mandat omfatter.

I februar 2024 sendte utvalget brev til alle de regionale helseforetakene med en rekke spørsmål om spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel, og om gjennomføringen av særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern. Spørsmålene i brevet gjaldt dels ulike sider ved dagens praksis, og dels synspunkter om utfordringer og bevaringspunkter. Alle de regionale helseforetakene besvarte utvalgets brev, i stor grad ved å videreformidle innspill fra de enkelte helseforetakene i helseregionen.

Det ville hatt verdi for arbeidet om utvalget hadde hatt mer informasjon om ulike sider ved gjennomføringen av dom til tvungent psykisk helsevern enn den som foreligger gjennom årsmeldinger og rapporter. Tidlig i 2024 var sekretariatet i kontakt med Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern om informasjon som kan belyse pasientforløpet under gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern, herunder omfanget av «bevegelser» mellom døgnopphold i spesialisthelsetjenesten og bosetting i en kommune. En slik beskrivelse kunne bidratt til å belyse sider ved gjennomføringen av særreaksjonen, herunder hvordan ressursbelastningen fordeler seg mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Slik utvalget forsto det, er Koordineringsenhetens register tungvint med hensyn til uttak av denne typen statistisk informasjon. Mye av den samme informasjonen som ligger i Koordineringsenhetens register, ligger imidlertid også i Norsk pasientregister. Våren og høsten 2024 var det derfor kontakt også med Folkehelseinstituttet vedrørende muligheten for utlevering av statistikk fra Norsk pasientregister. En slik fremgangsmåte forutsatte at Koordineringsenheten kunne utlevere overordnet informasjon om de domfelte til tvungent psykisk helsevern til Folkehelseinstituttet, slik at Folkehelseinstituttet deretter kunne sammenstille og utlevere statistikk fra Norsk pasientregister til utvalget, begrenset til å omhandle de domfelte. Det viste seg imidlertid komplisert å få klarhet i hva som måtte til av søknader og dispensasjoner for at dette kunne realiseres. Utvalget sendte også brev til Koordineringsenheten med anmodning om en avgrenset mengde statistisk informasjon direkte fra Koordineringsenhetens register, men kontakten resulterte ikke i noen utlevering av statistikkmateriale til utvalget.

For å fremskaffe informasjon om gjennomføringen av dom til tvungen omsorg, sendte utvalget i februar 2024 et særskilt brev til Helse Midt-Norge RHF med en rekke spørsmål om denne særreaksjonen. Også dette brevet hadde spørsmål dels om praksis og dels av mer vurderende karakter. Under besøk til Avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved St. Olavs hospital HF 22. april 2024 hadde utvalget videre et møte med Sentral fagenhet for tvungen omsorg. I møtet kom representanter for Fagenheten inn på en del av de

spørsmålene som var stilt i brevet. St. Olavs Hospital ved Sentral fagenhet for tvungen omsorg besvarte utvalgets brev gjennom til sammen ni brev i perioden april til desember 2024, i noen grad etter oppfølgende spørsmål fra utvalgets sekretariat. Noen spørsmål om praksis er besvart med henvisning til regelverk.

Mange kommuner er berørt av de ulike elementene i utvalgets mandat. Det gjelder for det første de kommunene som er vertskommuner for fengsler, som skal besørge kommunale helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel. Videre er noen kommuner involvert i en eller flere statlig finansierte prøveløslatelser fra forvaring, og noen kommuner er involvert i bosettingen av domfelte til tvungen omsorg. I februar 2024 sendte utvalget derfor også brev med en rekke spørsmål om praksis og erfaringer til disse kommunene. Utvalget mottok svar fra 27 av 36 fengselskommuner. Videre fikk utvalget svar fra alle de 15 kommunene som er berørt av bosetting av domfelte til tvungen omsorg, og fra 9 av 13 kommuner berørt av ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse fra forvaring.

Utvalget sendte videre et brev til Kommunesektorens organisasjon KS med spørsmål om hovedutfordringer og forbedringspunkter vedrørende kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse fra forvaring, og gjennomføring av særreaksjonene. KS har delt sine erfaringer dels i et møte 19. april 2024 med utvalgets sekretariat, og dels i et eget svarbrev 25. oktober 2024 til utvalget.

Påtalemyndigheten er en sentral aktør innen mange av de ordningene som utvalget skal evaluere, men ikke representert i utvalget. Statsadvokat Trude Sparre har gitt muntlige presentasjoner i to utvalgsmøter. Videre sendte utvalget i juni 2024 et brev til Riksadvokaten med anmodning om generelle merknader til de problemstillingene som utvalgets mandat omhandler, og enkelte mer konkret spørsmål om praksis vedrørende de strafferettslige særreaksjonene og forvaring. Mye av det tallmaterialet og de statistiske opplysningene som utvalget etterspurte, kunne ikke genereres fra saksbehandlingssystemet, og Riksadvokaten kunne ikke foreta den omfattende manuelle gjennomgangen som ville kreves for å kunne produsere det tallmaterialet som utvalget ønsket seg.

Gjennom arbeidet har utvalget og sekretariatet hatt betydelig kontakt med Kriminalomsorgsdirektoratet. Assisterende direktør Jan-Erik Sandlie og avdelingsdirektør Heidi Bottolfs har gitt muntlige presentasjoner for utvalget om henholdsvis forvaring og helsetjenester til innsatte i fengsel. Ved brev 28. juni 2024 etterspurte utvalget informasjon og statistikk om forvaring. Av svarbrev 31. oktober 2024 fremgår blant annet at en rekke av utvalgets spørsmål ikke kunne besvares fordi det ville kreve omfattende manuelle gjennomganger. Gjennom videre kontakt mellom ansatte i Kriminalomsorgsdirektoratet og utvalgets sekretariat er svaret supplert noe. Videre har sekretariatet hatt kontakt med Kriminalomsorgen region nord om informasjon om ordningen med prøveløslatelse med vilkår om opphold i institusjon eller kommunal boenhet (refusjonsordningen).

Den 10. juni 2024 hadde utvalgsmedlem Randi Rosenqvist og utvalgets sekretariat et møte med ansatte ved Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssenter (KRUS) om statistikk om forvaring. I møtet ble det klart at KRUS, av hensyn til upubliserte forskningsarbeider, ikke kunne bidra med mer statistikk til utvalget enn noen kortfattede «statusrapporter». Alt i alt har ikke utvalget hatt et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å evaluere forvaringsstraffen.

Det gjennomføres forskning som forhåpentligvis vil kunne bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag om forvaring fremover. Blant annet gjennomføres det i perioden 2021 til juli 2025 et forskningsprosjekt – ULTPEN – Indefinite preventive detention: The Implementation and Impact of the ULTimate PENalty in Norway, med Institutt for psykisk helse ved NTNU som prosjekteier, og med deltakelse også fra KRUS. Prosjektet har som formål å undersøke bruken og betydningen av forvaring i Norge. Av prosjektets nettside fremgår blant annet at det opprettes en nasjonal database over alle forvaringsdømte, med karakteristika for hver person, og data om ny kriminalitet etter løslatelse.[1]

Punkt 6 i utvalgets mandat gjelder siktede og domfelte i en barnevernsinstitusjon. For blant annet for å få belyst i hvilken grad det rent faktisk er siktede og domfelte i barnevernsinstitusjoner, henvendte utvalget seg til Bufdir om dette i april 2024. Bufdir besvarte henvendelsen ved brev av 1. oktober 2024.

Helsedirektoratet har sentrale funksjoner vedrørende særreaksjonene og helsetjenester til innsatte i fengsel. Utvalget har derfor hatt kontakt med Helsedirektoratet i flere omganger. Seniorrådgiver Stig Herman Nygård har holdt en presentasjon for utvalget om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte. Sekretariatet deltok i et møte i direktoratet om spesialisthelsetjenesten

[1] Se eksempelvis krus.no/ultpen-the-implementation-and-impact-of-the-ultimate-penalty-in-norway.

15. februar 2024. Sekretariatet har hatt videre kontakt med direktoratet, blant annet om tilskudd til kommuner med fengsel, og har mottatt noe statistikk utover det som er tilgjengelig på direktoratets nettsider, nærmere bestemt om fordelingen av tilskudd til kommuner for ivaretakelse av helsen til innsatte, og for overliggerdøgn innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utvalget bemerker avslutningsvis at det i hovedsak ikke forelå publiserte årsrapporter og statistikk for 2024 tidsnok til å kunne omtales i utredningen. Særlig nevnes at Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern den 25. februar 2025 publiserte sin årsrapport for 2024. I tillegg til tall for 2024, fremgår det av denne årsrapporten enkelte justeringer i tall for tidligere år. Tallene for 2024 er i noen grad er kommentert i teksten, men har ikke kunnet reflekteres i figurene i utredningen og kommentarene til disse.

4.3 Utvalgsmøter

Utvalget har hatt følgende utvalgsmøter:
- 11.–12. februar 2025 i Oslo
- 28.–29. januar 2025 i Oslo
- 14.–15. januar 2025 i Oslo

- 10.–11. desember 2024 i Oslo
- 19.–20. november 2024 i Ringerike
- 22.–23. oktober i Oslo
- 1.–2. oktober 2024 i Oslo
- 20.–21. august 2024 i Oslo
- 18.–19. juni 2024 i Oslo
- 5.– 6. juni 2024 i Oslo
- 23.–24. april 2024 i Trondheim
- 20. mars 2024 i Oslo
- 27.–28. februar 2024 i Oslo
- 23.–24. januar 2024 i Oslo og Bærum

- 5.–6. desember 2023 på Gardermoen
- 26.–27. oktober 2023 i Oslo
- 4.–5. oktober 2023 i Oslo
- 4.–5. september 2023 på Gardermoen
- 27. juni 2023, digital samling

Under utvalgsmøter har følgende eksterne holdt innlegg for utvalget:
- Avdelingsdirektør Heidi Bottolfs og seniorrådgiver Anne Dahl, Kriminalomsorgsdirektoratet, supplert også av assisterende regiondirektør Brit Kari Kirkeeide, Kriminalomsorgens region Sør-Øst.
- Seniorforsker Inger Lise Skog Hansen, Forskningsstiftelsen FAFO.
- Barneombud Inga Bejer Engh.
- Assisterende direktør Jan-Erik Sandlie, Kriminalomsorgsdirektoratet.
- Tidligere direktør Jan Fredrik Andresen og seniorrådgiver Jon Ragnar Skotte, Helsetilsynet.
- Direktør Pål Idén, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenester (Ukom).
- Førstestatsadvokat Trude Elisabeth Sparre, Oslo statsadvokatembete.
- Leder Berit Skaale og overlege Karl H. Melle, Sentral fagenhet for tvungen omsorg.
- Seniorrådgiver Stig Herman Nygård, Helsedirektoratet, og konstituert avdelingsleder for fengselshelsen i Romerike fengsel, Thea Schmidt.
- Likestillings- og diskrimineringsombud Bjørn Erik Thon og fagdirektør Guri Gabrielsen, Likestillings- og diskrimineringsombudet.
- Assisterende politidirektør (nå politidirektør) Håkon Skulstad og politiinspektørene Renate Zimmermann og Patrick Holth Steensby, Politiet.
- Sivilombud Hanne Harlem og seniorrådgiver Tonje Ø. Byhre, Sivilombudet.
- Johan Lothe, Wayback.

4.4 Besøk, innspillsmøter og nettside

Utvalget eller deler av utvalget har besøkt følgende institusjoner:
- Ila fengsel og forvaringsanstalt, 24. januar 2024. Utvalget avholdt i den forbindelse også et møte med kontaktutvalget for forvaringsdømte innsatte.
- Sandviken sykehus, 12. februar 2024. Foruten møte med ansatte, presenterte stipendiat Marte Mo, Universitetet i Bergen, sitt forskningsarbeid om forvaring.
- Bergen fengsel, 13. februar 2024. Foruten møte med ansatte, hadde utvalget en samtale med tre innsatte under besøket.
- Bjørgvin fengsel ungdomsenheten, 13. februar 2024.
- St. Olavs hospital HF, Avdeling for sikkerhetsfengsels- og rettspsykiatri 22. april 2024.
- Trondheim fengsel, Leira avdeling 23. april 2024. Foruten møte med ansatte, hadde utvalget samtale med én innsatt under besøket.
- Telemark fengsel, Skien avdeling 27. mai 2024.

Den 20. mars 2024 arrangerte utvalget et innspillsmøte etter invitasjon til et bredt utvalg av organisasjoner mv. I tillegg inviterte utvalget sentrale organisasjoner for brukergrupper til et møte 2. oktober 2024. I dette møtet deltok representanter for Autismeforeningen, Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, Veien tilbake, og Wayback. I møtet representerte Wayback Nasjonalt brukerråd i kriminalomsorgen. Brukerrådet består av Wayback, Nettverk etter soning (Røde Kors), For Fangers Pårørende (FFP), Stine Sofies stiftelse, RIO, Kirkens Bymisjon FRI (Drammen), Røverradion, samt representanter fra Kriminalomsorgsdirektoratet.

I tillegg har utvalgets leder og sekretariatet hatt møte med:

- Vennesla kommune og Region Kristiansand (digitalt møte) 14. mai 2024.
- Leder for Forebyggingsenheten hos Sivilombudet (digitalt/fysisk møte) 4. april 2024.
- Kriminalomsorgsdirektoratet 6. mars 2024.

Det ble opprettet en nettside straffereaksjonsutvalget.no. Nettsiden har inneholdt informasjon om utvalgets mandat, medlemmer og sekretariat, hatt en funksjon for å ta imot skriftlige innspill til utvalget, og gitt kortfattet informasjon om innholdet i gjennomførte utvalgsmøter og andre møter og besøk utvalget har gjennomført.

4.5 Utredningens oppbygning

Utredningen er delt inn i fem deler. De fire første er i hovedsak av beskrivende art, mens del 5 gir uttrykk for utvalgets vurderinger og anbefalinger.

Del 1 omhandler utvalgets mandat og arbeid. Utvalgets mandat er langt, men de konkrete oppgavene er listet opp tidlig i mandatteksten.

Del 2 omhandler menneskerettslige forpliktelser og en del andre utgangspunkter som har vært sentrale for utvalgets arbeid med temaene i mandatet. Disse utgangspunktene er av ganske ulik karakter, og omtales til dels bare oversiktspreget. Kapittel 9 om varetekt og varetektssurrogat, og kapittel 10 om rettspsykiatriske undersøkelser og voldrisikovurderinger, er mer sammenhengende tekster om temaer av sentral betydning for de strafferettslige reaksjonene, men som ikke er løftet særskilt frem i utvalgets mandat. Videre er et kort kapittel 11 om kommunene og kommuneøkonomien et viktig bakteppe for de utfordringene utvalget drøfter om overgangen fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten til opphold i kommunen.

Del 3 omhandler fengsel og forvaring. Både fengselsstraff og forvaring gjennomføres av kriminalomsorgen. Del 3 starter derfor med en beskrivelse av en del relevante sider ved denne etatens virksomhet i kapittel 12. Deretter følger i kapittel 13 en beskrivelse av innsettelse og opphold i fengsel. Kapittel 14 omhandler ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel, og går inn på en rekke ulike problemstillinger knyttet til temaet. Forvaringsordningen er behandlet i kapittel 15. Siden utvalgets mandat særskilt adresserer ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse fra forvaring med vilkår om opphold i en institusjon eller en kommunal boenhet (refusjonsordningen), beskrives denne ordningen i et eget kapittel 16.

Del 4 omhandler de strafferettslige særreaksjonene. Beskrivelsene i kapittel 17–22 omhandler både det rettslige rammeverket og mer praktiske sider ved reaksjonene og gjennomføringen av dem. Det er fremhevet i mandatet at utvalget skal gjennomgå finansieringsordningene for særreaksjonene. Disse beskrives derfor særskilt i kapittel 23.

Del 5 gir uttrykk for utvalgets vurderinger og anbefalinger. Delen innledes med en oversikt over en del av de dilemmaene og utfordringene som ligger innbakt i utvalgets mandat (kapittel 24). Etter fremstillingen av utvalgets vurderinger og anbefalinger om ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel (kapittel 25), går utvalget i kapittel 26 inn på temaet siktede og domfelte i en barnevernsinstitusjon, på bakgrunn av punkt 6 i utvalgets mandat. Deretter følger utvalgets vurderinger og anbefalinger først om forvaring (kapittel 27), deretter om særreaksjonene (kapittel 28). I forlengelsen av dette følger i kapittel 29 utvalgets forslag om overgangsboliger og sikkerhetsboliger, med relevans for både domfelte til straff, domfelte til en særreaksjon, og personer som ikke er underlagt en strafferettslig reaksjon. Deretter følger i kapittel 30 utvalgets vurderinger og anbefalinger om finansiering av særreaksjonene. Disse er særskilt etterspurt i punkt 4 i mandatet.

Kapittel 31 gir uttrykk for en del vurderinger vedrørende involvering av pårørende til innsatte og domfelte som en ressurs for kriminalomsorgen og helsetjenestene.

Utredningen avsluttes med en redegjørelse for økonomiske og administrative konsekvenser i kapittel 32.

Del II
Menneskerettigheter og andre sentrale utgangspunkter for arbeidet med temaene i mandatet

Kapittel 5
Menneskerettslige forpliktelser

5.1 Innledning

Kapittelet gir en overordnet beskrivelse av de mest sentrale menneskerettslige reglene og forpliktelsene innenfor de områdene som utvalgets arbeid gjelder. Fremstillingen gir ikke en fullstendig redegjørelse for alle relevante forpliktelser, og er heller ikke ment å avklare mer detaljerte spørsmål om innholdet i menneskerettighetene. Enkelte menneskerettslige spørsmål med særlig relevans for utvalgets mandat vil likevel berøres i andre deler av utredningen.

Begrepet menneskerettigheter er ikke entydig. Her forstås menneskerettigheter som de grunnleggende rettigheter for individet som er nedfelt i Norges Grunnlov og internasjonale traktater som Norge har ratifisert. Disse menneskerettighetene er rettslig bindende, i motsetning til prinsipper og standarder som kommer til uttrykk i erklæringer, resolusjoner og anbefalinger. Grunnloven er den høyeste rettskilden i norsk rett.

Sondringen mellom menneskerettigheter som er rettslig forpliktende, og internasjonale instrumenter som ikke er av samme bindende karakter, er nødvendig for å klargjøre de rettslige grensene for nasjonale myndigheters handlingsrom og rekkevidden av myndighetenes aktivitetsplikter.

Også ikke-bindende instrumenter kan gi uttrykk for verdier med stor etisk og rettslig gjennomslagskraft. Tidvis vil derfor også disse kunne innvirke på tolkningen av bindende menneskerettigheter. Særlig vil dette kunne være aktuelt når minimumskrav etter rettighetene skal fastlegges. Ikke-bindende instrumenter vil også kunne tillegges vekt i vurderingen av hvilke verdier som står på spill, og i avveiningen mellom ulike beskyttede interesser.

Fremstillingen i dette kapittelet har relevans for alle de strafferettslige reaksjonene som utvalgets mandat omhandler. Fengsel, forvaring og særreaksjonene har til felles at de er forankret i straffeloven, og at de ilegges ved dom etter at det er begått en straffbar handling. De har også til felles et formål å forhindre fremtidige straffbare handlinger. Det er vesentlig forskjell mellom særreaksjonene, som kun kan idømmes ved utilregnelighet, og straff som kun kan idømmes tilregnelige gjerningspersoner, se punkt 6.3. Varetekt er et straffeprosessuelt tvangsmiddel som kan brukes overfor en person som har status som siktet under etterforskningen av en straffesak, se punkt 9.1.

De aktuelle menneskerettslige forpliktelsene bygger på noen mer generelle konstitusjonelle utgangspunkter. Disse omtales i punkt 5.2. Her utdypes blant annet betydningen av «individvern» og «samfunnsvern», som er nøkkelbegreper i utvalgets mandat. Bruken av varetekt og de strafferettslige reaksjonene innebærer et spenningsforhold mellom beskyttelsen av den enkelte siktede eller domfelte på den ene siden, og andre innbyggeres interesser av ikke å bli utsatt for alvorlige lovbrudd på den andre. Spenningen forsterkes når frihetsberøvelse og tvang benyttes forebyggende for å forhindre straffbare handlinger i fremtiden. Her oppstår også spørsmål om betydningen av myndighetenes plikt til å beskytte innbyggerne mot straffbare handlinger, den såkalte «sikringsplikten». Sikringsplikten omtales særskilt i punkt 5.3. Deretter, i lys av disse utgangspunktene, går utvalget i punkt 5.4 nærmere inn på sentrale menneskerettigheter som styrer og begrenser utformingen og gjennomføringen av de strafferettslige reaksjonene og varetekt. Til sist behandles særlige tema om barns menneskerettsvern, kommunenes menneskerettsansvar og den nasjonale kontrollen med etterlevelse av de internasjonale menneskerettighetene.

5.2 Konstitusjonelle utgangspunkter

5.2.1 Vernet av individet som menneskerettighetenes fundament

Prinsippet om det frie og likeverdige mennesket utgjør fundamentet for menneskerettighetene.

Dette er uttrykt gjennom FNs Verdenserklæring fra 1948 artikkel 1:

> Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd.

Vernet av individers frihet og likeverdighet er utgangspunktet for all offentlig myndighetsutøvelse. Menneskerettighetene er slik sett bærende for demokratiet og rettsstaten. Utvalget viser til Grunnlovens formålsbestemmelse i § 2 andre punktum:

> Denne Grunnlov skal sikre demokratiet, rettsstaten og menneskerettighetene.

I forarbeidene til § 2 er det uttrykt en klar forventning om at formålene med konstitusjonen blir realisert.[1] Som samfunn kan vi ikke ta demokratiet, rettsstaten eller menneskerettighetene for gitt. Disse grunnleggende verdiene må følgelig ikke kun eksistere på papiret, men aktivt velges og respekteres hver dag.

Individvernet gjenspeiles i konkrete grunnlovs- og konvensjonsrettigheter. Statens innbyggere har en beskyttet rett til liv, frihet og sikkerhet, og de har rett til vern om sin personlige integritet og selvbestemmelse. Samtidig skal individene ha mulighet til å realisere seg selv ut fra egne forutsetninger. Innbyggerne har derfor også krav på et minimum av utdannelse, deltakelse, sosial trygghet og grunnleggende helse- og omsorgstjenester.

Disse utgangspunktene om frihet og likeverdighet er mye diskutert i litteraturen.[2] Ideen om individuell frihet har lange røtter tilbake i blant annet filosofihistorien. Kort fortalt kan menneskerettighetene anses for å bygge på frihet som et eksistensielt grunnlag for menneskeheten. Individuell frihet som en grunnleggende verdi, har derfor stått sentralt i moderne politisk tenkning. I fortalen til Verdenserklæringen om menneskerettighetene er enkeltmenneskets frihet uttrykt som en forutsetning for fred. Den tidligere norske Verdikommisjonen, som hadde sitt virke i perioden 1998–2001, fremhevet for eksempel friheten som den viktigste verdien i samfunnet vårt.[3] Kommisjonens begrunnelse for å velge frihet som en grunnverdi, er senere blitt sammenfattet slik:

> Frihet er selve jordsmonnet som andre verdier vokser i. Uten frihet blir tillit til mistillit, trygghet til tvang, solidaritet til manipulasjon.[4]

Samtidig er frihet et flertydig begrep som kan ha svært varierende meningsinnhold. Frihet er ofte forstått som det motsatte av å være hindret, kontrollert, tvunget eller hersket over, og handler slik sett om menneskets mulighet til selvbestemmelse og (likeverdig) frihet fra inngrep i den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Frihet har dessuten en side til sammenhengen mellom enkeltindividet og samfunnets fellesskap, slik også Verdikommisjonen berører i sin rapport fra 2001 under tittelen «Frihetens pris»:

> Frihet er ikke mulig uten fellesskap. Fra vi fødes er vi avhengige av andre. Vi blir til i fellesskap og er knyttet til dem hele livet. Vi forlater kanskje noen fellesskap, for å velge andre. Utenfor fellesskapet er vi ikke frie, men hjelpeløse.[5]

Denne artikuleringen av frihet, som noe vi alle må utøve og respektere i felleskap, knytter prinsippet om frihet til prinsippet om likeverdighet – vi er alle like for loven. Likhetsnormen er også synliggjort som ett av rettsstatens «fundamentale elementer» gjennom Grunnloven § 98 første ledd.[6] Ut fra dette springer idealet om full likestilling, og at samfunnet må legge til rette for innbyggernes mulighet til å realisere seg selv og delta aktivt uavhengig av sine indre og ytre egenskaper, og uavhengig av funksjonsevne eller livssituasjon.[7] Der-

---

1 Menneskerettighetsutvalget. (2011). *Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven.*

2 Gröning, L., Jacobsen, J. og Husabø, E. J. (2003). Frihet, forbrytelse og straff. En systematisk fremstilling av norsk strafferett. s. 40-42 med videre referanser.

3 Verdikommisjonen ble oppnevnt ved kongelig res. 30. januar 1998 og avga sin sluttrapport 28. mars 2001.

4 Husom, N. (2001). Verdikommisjonen valgte friheten. *Tidsskrift for den norske legeforening:10.*

5 Verdikommisjonens sluttrapport. (2001). *Et brev om frihet,* s. 2.

6 Menneskerettighetsutvalget. (2011). *Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven* (Dokument 16 (2011–2012) til Stortingets presidentskap), punkt 26.6.1.1 s. 143–144. Se også Pedersen, E. J. (2017). Alle er like for loven – likhetsnormen i Grunnloven § 98 første ledd. Vol. 52. Utg.3. *Jussens venner.*

7 Disse ulike dimensjonene i likhetsprinsippet kommer noe tydeligere frem i det engelske språket, der «equality» – oversatt til likestilling – betyr at hvert enkelt menneske eller gruppe av mennesker gis de samme ressurser eller muligheter, og «equity» – oversatt til rettferdighet – anerkjenner at hver person har forskjellige omstendigheter og dermed bør tildeles de ressurser og muligheter som trengs for å oppnå et likeverdig resultat.

for gjelder også menneskerettighetene likt for alle mennesker.

Å finne løsninger som fremmer og sikrer friheten til alle individer, representerer en betydelig utfordring for samfunnet som helhet – ikke minst når det gjelder hvordan samfunnet best skal håndtere og forebygge straffbare handlinger. Myndighetene har etter Grunnloven § 92 plikt til både å respektere og sikre menneskerettighetene. Utvalgets mandat reiser her en rekke vanskelige spørsmål om hvordan domfeltes og innsattes rett til frihet skal kunne begrenses når også beskyttelsen av andre innbyggeres frihet står på spill.

5.2.2 Plikten til å respektere og sikre menneskerettighetene

Rettslig bindende menneskerettigheter omfatter en dobbel forpliktelse for statens myndigheter. De setter begrensninger for hva myndighetene kan gjøre; rettighetene skal «respekteres» ved at myndighetene avstår fra å foreta seg noe (såkalte negative forpliktelser). De stiller også krav til hva myndighetene må gjøre; rettighetene skal «sikres» ved at myndighetene treffer beslutninger og iverksetter tiltak (så kalte positive forpliktelser).

Menneskerettighetene ivaretar en rekke forskjellige hensyn, men må forstås og praktiseres i sammenheng. De må også tolkes i lys av samfunnsutviklingen, og de kan gi grunnlag for ulike konkrete vurderinger i ulike kontekster. Hvordan retten til frihet kan begrenses, og ut fra hvilke begrunnelser, kan for eksempel være ulikt for personer som gjennomfører straff i fengsel, og for personer som gjennomfører dom til tvungent psykisk helsevern eller dom til tvungen omsorg. I den grad det foreligger sammenstøt mellom ulike beskyttede interesser, må disse interessene alltid balanseres mot hverandre, og rettighetenes minimumsgrenser må respekteres og sikres for alle involverte.

Plikten til å respektere og sikre menneskerettighetene følger av Grunnloven § 92, som pålegger myndighetene å håndheve rettighetene på det nivå de er gjennomført i norsk rett.[8] Etter ordlyden gjelder denne plikten for «statens myndigheter». Høyesterett har slått fast at dette også omfatter kommunene:

> Grunnlovsbestemmelsen retter seg mot statens myndigheter i videste forstand. Både Stortinget, regjeringen, kommunale og fylkeskommunale myndigheter, andre forvaltningsorganer og domstolene omfattes […].[9]

Virksomheten i staten og kommunene må etter dette være i tråd med de rettigheter og plikter som følger av Grunnloven. Dersom en beslutning strider mot Grunnloven, vil beslutningen kunne settes til side av domstolene. Retten kan også ved dom fastsette at en handling eller unnlatelse er i strid med de internasjonale menneskerettighetene som er vernet gjennom Grunnloven.[10] Domstolenes konstatering av menneskerettsbrudd kan utløse en reparasjonsplikt for myndighetene. Etter omstendighetene kan det for eksempel bety at den enkelte som har fått sine rettigheter krenket, har rett til erstatning. Et erstatningsrettslig ansvar kan også etableres som en følge av at myndighetene ikke har oppfylt sin plikt til å sikre at private ikke krenker hverandre.[11] Denne delen av sikringsplikten er ikke sektoriell, men i praksis fordeler ansvaret seg på flere sektorer, herunder justis-, helse-, barnevern- og kommunesektoren.

Gjennom menneskerettsloven § 2 er flere sentrale konvensjoner med tilleggsprotokoller gjort til norsk lov. Dette omfatter Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK), FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP), FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner (kvinnekonvensjonen) og FNs konvensjon om barnets rettigheter (barnekonvensjonen). Bestemmelser i disse konvensjonene er, som følge av at de er inkorporerte, like bindende for kommunene som for staten.[12] Menneskerettsloven § 3 angir at konvensjonsbestemmelsene ved motstrid skal gå foran bestemmelser i annen lovgivning. At konvensjonsbestemmelsene er gitt forrang, utgjør en skranke for domstolene og forvaltningen når motstrid ikke kan unngås gjennom tolkning og harmonisering.

Av de inkorporerte konvensjonene, står EMK særlig sterkt. Dette har sammenheng med håndhevingssystemet for EMK gjennom Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD). EMDs omfattende praksis i individuelle klagesaker og

---

8 HR-2016-2554-P avsnitt 70.

9 HR-2022-401-A avsnitt 46, med videre referanser til NOU 1993: 18 punkt 11.3.3.1 s. 159 og Ot.prp. nr. 3 (1998–1999) punkt 3.2.2. Se også Menneskerettighetsutvalget. (2011). *Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven* til Stortingets presidentskap, punkt 9.4, s. 47.

10 HR-2024-826-A.

11 HR-2013-881-A.

12 HR-2018-2388-A avsnitt 70.

dynamiske rettsutvikling har gitt konvensjonen et konkret og forpliktende innhold. Domstolens endelige avgjørelser er rettslig bindende for den innklagede stat.[13] Rettspraksis fra EMD har betydelig vekt som tolkningsfaktor når innholdet i EMK skal fastlegges.

Et eksempel finnes i en tidligere sak som gjaldt overføring fra sykehus til fengsel i samsvar med den nå opphevede bestemmelsen i psykisk helsevernloven § 5-6.[14] Saken gjaldt en mann som var dømt til tvungent psykisk helsevern, men som ble overført til Ila fengsel og forvaringsanstalt fordi behandlingsopplegget ikke fungerte i den institusjonen han var i, blant annet på grunn av utagerende atferd. Høyesterett kom til at overføringen ikke var i strid med menneskerettighetene etter EMK, og at det derfor kunne skje.[15] På Ila fungerte mannen imidlertid dårligere psykisk, og han isolerte seg etter hvert helt. Saken ble klaget til EMD, og endte i 2021 med forlik der Norge erkjente at det forelå nedverdigende behandling i strid med EMK artikkel 3. Mannen ble tilkjent 500 000 kroner i erstatning.

Etterlevelse av de inkorporerte FN-konvensjonene i menneskerettsloven overvåkes av egne ekspertkomiteer, henholdsvis Menneskerettskomiteen, ØSK-komiteen, kvinnekomiteen og barnekomiteen. Komiteene gjennomgår periodiske rapporteringer fra medlemstatene og behandler klager fra enkeltpersoner i tråd med konvensjonenes individklageordning fastsatt gjennom en valgfri tilleggsprotokoll. Norge er ikke tilsluttet individklageordningen til ØSK eller barnekonvensjonen.[16] En individklage til Menneskerettskomiteen eller kvinnekomiteen medfører at en tilsvarende klage til EMD avvises for behandling.[17] Noen konvensjonsorganer behandler også klager fra en statspart som hevder at en annen statspart ikke oppfyller sine konvensjonsforpliktelser.

Uttalelser fra FN-komiteene i individklagesaker er ikke rettslig bindende for den innklagede stat. Heller ikke såkalte «General Comments», der FN-komiteene sammenfatter sitt syn på hvordan den enkelte konvensjonsbestemmelse på generelt grunnlag skal forstås, er rettslig bindende. Ifølge Høyesterett er generelle kommentarer fra FN-komiteene en relevant kilde ved tolkningen av konvensjonsbestemmelsene.[18] Den rettskildemessige vekten av hele eller deler av slike kommentarer kan imidlertid variere.[19] I alle tilfeller skal folkerettslige avtaler tolkes ved hjelp av anerkjente prinsipper for traktattolking, herunder Wien-konvensjonen om traktatretten fra 1969.[20]

Selv om en ratifisert konvensjon ikke er inkorporert i norsk rett, er staten forpliktet til å ha en nasjonal lovgivning og praksis som er i samsvar med konvensjonens bestemmelser. Manglende etterlevelse av folkerettslige regler vil innebære folkerettsbrudd for staten Norge. I den interne rettsanvendelsen følger det av det såkalte presumsjonsprinsippet at norsk lovgivning så vidt mulig skal tolkes i samsvar med Norges folkerettslige forpliktelser.[21] Dette betyr at konvensjonen skal gis gjennomslag i tråd med presumsjonsprinsippet, så langt dette prinsippet rekker. Å strekke seg så langt som mulig for å unngå å komme i konflikt med den folkerettslige regelen, har nær sammenheng med det såkalte subsidiaritetsprinsippet som gir anvisning på at etterlevelsen av menneskerettighetene først og fremst skal sikres av nasjonale myndigheter. Dersom det først konstateres motstrid med en nasjonal rettsregel, vil bestemmelsen i en konvensjon som ikke er gjennomført i norsk rett, måtte vike for den nasjonale regelen.[22]

FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter (CRPD)[23] er et eksempel på en konvensjon som er ratifisert, men som ikke er inkorporert i norsk lov.[24] Konvensjonen har som formål å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne en likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter på lik linje med andre. De som kan utlede rettigheter av konvensjonen, inkluderer personer som har

13 Menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 46 nr. 1.

14 Om bakgrunnen for opphevelsen av § 5-6, se Prop. 154 L (2016–2017), s. 164–165.

15 HR-2011-1389-A.

16 Meld. St. 39 (2015–2016).

17 EMK artikkel 35 nr. 2 bokstav b.

18 HR-2008-2175-S avsnitt 81.

19 HR-2009-1932-A avsnitt 44 og HR-2015-2524-P avsnitt 272.

20 HR-2010-1130-A avsnitt 38.

21 HR-2016-2591-A avsnitt 48.

22 HR-2016-2591-A avsnitt 63.

23 Forkortet etter den offisielle tittelen *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

24 FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). (2013). CRPD ble ratifisert av Norge i 2013 med tolkningserklæringer til artiklene 12, 14 og 25. Tolkningserklæringene gir uttrykk for Norges forståelse av konvensjonen, og at disse bestemmelsene ikke er til hinder for tvungent vergemål og fratakelse av rettslig handleevne, tvungen omsorg og tvungen behandling når omstendighetene gjør slike tiltak nødvendig som en siste utvei, og tiltaket er undergitt rettssikkerhetsgarantier. Rettmessigheten av tolkningserklæringene er omstridt. Spørsmål om inkorporering av CRPD i norsk lov er utredet av et juridisk ekspertutvalg som la frem sine rapporter for Kultur- og likestillingsdepartementet i januar 2024.

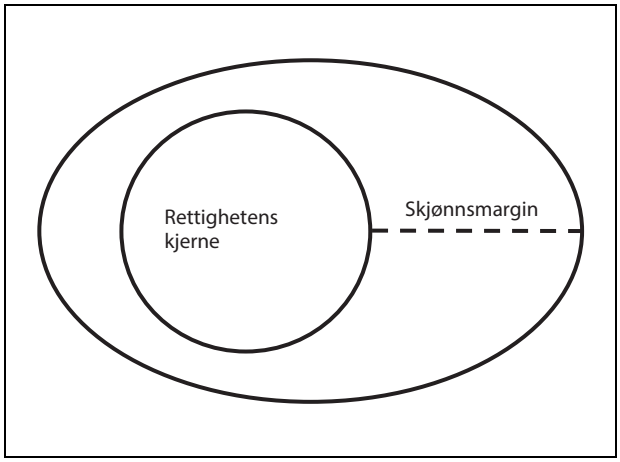
> langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre.[25]

Ettersom CRPD er folkerettslig bindende for Norge, utgjør den en sentral del av det menneskerettslige rammeverket av betydning for utvalgets mandat. CRPD reiser blant annet spørsmål om hvorvidt mennesker med nedsatt funksjonsevne utsettes for en konvensjonsstridig diskriminering som følge av blant annet særregulering om tvangsinngrep og fratakelse av rettslig handleevne, herunder strafferettslig ansvarsevne. Internasjonalt overvåkes konvensjonen av CRPD-komiteen. Norge er ikke tilsluttet individklageordningen til CRPD.

5.2.3 Ulike typer rettigheter

Det er vanlig å skille mellom absolutte og relative menneskerettigheter. Absolutte rettigheter kan myndighetene ikke gjøre inngrep i uten å krenke dem. Relative rettigheter kan det derimot gjøres inngrep i, forutsatt at inngrepene har tilstrekkelig hjemmel i lov, ivaretar et legitimt formål og er nødvendige og forholdsmessige. Distinksjonen mellom de ulike typer rettighetene må imidlertid nyanseres noe. For eksempel betyr «absolutt» ikke nødvendigvis at rettigheten aldri kan innskrenkes. I visse nøds- eller krisesituasjoner er det adgang til å fravike eller suspendere (derogere fra) enkelte rettigheter som ellers regner for å være «absolutte», for eksempel vernet mot vilkårlig frihetsberøvelse. Noen rettigheter kan det imidlertid aldri derogeres fra, selv i en nødssituasjon. Slike rettigheter er derfor absolutte *og* ikkederogerbare. Dette gjelder for eksempel forbudet mot tortur.[26]

Adgangen til å gjøre begrensninger i relative rettigheter åpner for muligheten til å balansere ulike hensyn. En slik balansering av hensyn innebærer at myndighetene må ivareta flere beskyttede interesser samtidig, og at én beskyttet interesse ikke går helt på bekostning av en annen, og uansett ikke i større grad enn nødvendig. I disse avveiningene kan det være noen hensyn som rettslig sett skal tillegges mer vekt enn andre, som for eksempel hensynet til barnets beste. I den internasjonale kontrollen med etterlevelsen av menneskerettslige forpliktelser er de nasjonale myndighetene gitt en viss skjønnsmargin. Skjønnsmarginen gir staten rom for selv å vurdere hva som utgjør et rimelig balansepunkt mellom de ulike beskyttede interessene, blant annet på bakgrunn av nasjonale forhold. Her må myndighetene gjøre en vurdering av nødvendigheten og forholdsmessigheten av inngrepet. Hvis et individ klager til EMD, er det også inngrepets nødvendighet og forholdsmessighet som står i sentrum. Det betyr at skjønnsmarginen ikke kan strekkes så langt at den i praksis uthuler den enkelte rettighet. Dette kan også uttrykkes slik at de relative rettighetene har en absolutt og en ukrenkbar kjerne. Dermed gjelder det også noen absolutte grenser for inngrep i relative rettigheter, se figur 5.1.



Figur 5.1 Forholdsmessighetsvurderinger ved inngrep i en beskyttet interesse

Videre er det vanlig å sondre mellom rettigheter av umiddelbar karakter, som begrenser og styrer myndighetenes handlingsrom i enhver situasjon, og rettigheter som også forutsetter en mer progressiv og langsiktig oppfyllelse. Det er ulike synspunkter på hensiktsmessigheten av en slik sondring. Økonomiske og sosiale forskjeller er egnet til å påvirke hvem som får sine sivile og politiske rettigheter oppfylt. Dessuten innehar flere konvensjoner og bestemmelser elementer av begge typer. Det er likevel anerkjent at ulike menneskerettighetsbestemmelser har ulik styrke i sitt forpliktende innhold, og med det gir ulike rammebetingelser for myndighetene. Like fullt skal alle rettighetene praktiseres uten diskriminering, se punkt 5.4.6. Dette vil kunne legge føringer for hvordan den enkelte rettighet skal oppfylles. Diskrimineringsforbudet er en sivil og politisk rettighet som i utgangspunktet skal oppfylles umiddel-

[25] CRPD artikkel 1 andre ledd.

[26] Institutt for menneskerettigheter. (2023). *Veileder for utredning av menneskerettslig problemstillinger.*

bart, også i relasjon til økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter.

5.2.4 Utvalgets forståelse av individvern og samfunnsvern

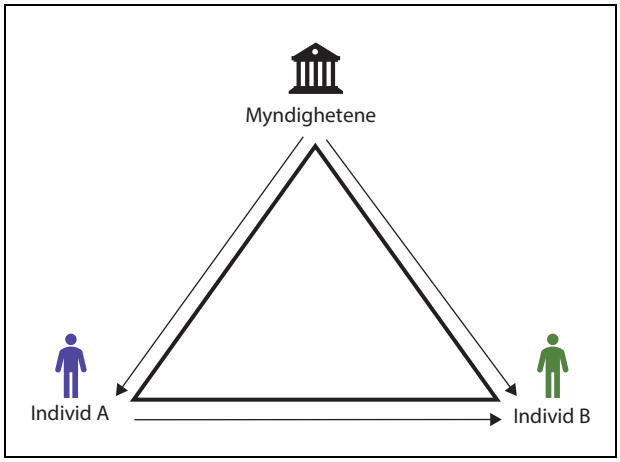
Plikten til å respektere og sikre menneskerettighetene gjelder både for relasjonen mellom offentlige myndigheter og enkeltindivider, og for relasjonen mellom enkeltindivider. Myndighetene må ikke bare selv etterleve menneskerettighetene gjennom ikke å utsette enkeltindivider for urettmessige inngrep i deres friheter, men også ta aktive skritt for å hindre at enkeltindivider krenker hverandre.[27] For å beskytte et menneske mot et overgrep fra et annet menneske, kan konsekvensen bli at myndighetene må involvere seg. EMD har uttrykt dette slik:

> In the context of protective and preventive measures in general, it is inevitable that interference by the authorities with the alleged perpetrator's private and family life in particular may be necessary in order to protect the life and other rights of the victims of domestic violence and to prevent criminal acts directed against the victims' life or health.[28]

Myndighetene kan altså gjøre inngrep i individets rett til privatliv, familieliv og livsutfoldelse, forutsatt at det er gitt en legitim begrunnelse for det i tråd med nærmere angitte vilkår. Slike myndighetstiltak som iverksettes av hensyn til å sikre innbyggernes menneskerettighetsvern, fra inngrep fra andre individer, omtales ofte upresist som «samfunnsvernet».

Utvalget vil understreke at samfunnsvernet i en strafferettslig kontekst i realiteten er et sammensatt – dobbelt – individvern, der myndighetene plikter å sikre menneskerettighetene både til en påstått eller mulig gjerningsperson (A) og en påstått eller mulig fornærmet (B). Overfor A består individvernet i å avstå fra urettmessige inngrep (myndighetenes negative forpliktelse). Overfor B består individvernet i å beskytte mot krenkelser fra A (myndighetenes positive forpliktelse). Slik sett har menneskerettighetene både en vertikal og en horisontal betydning for enkeltindivider, illustrert i figur 5.2.

Et dobbelt individvern reiser vanskelige avveininger mellom hva den ene må tåle av inngrep, og hva den andre må akseptere av utrygghet. For begge individene plikter myndighetene å sikre at grunnleggende rettigheter blir ivaretatt. Utfordringen er å etablere et rimelig balansepunkt mellom myndighetenes positive og negative forpliktelser overfor alle individer.[29] Dette er et iboende samfunnsdilemma, jf. kapittel 24. Hvordan dette dilemmaet best løses til enhver tid, bør med jevne mellomrom være gjenstand for offentlig meningsbrytning. Rettstatens utgangspunkt i vernet av individets frihet, setter etter utvalgets mening likevel grenser for hvor langt argumentet om innbyggernes trygghet kan strekkes på bekostning av innbyggernes frihet fra tvang, regulering og kontroll.



Figur 5.2 Utvalgets forståelse av individvern og samfunnsvern

Utvalget har merket seg at den spesifikke delen av sikringsplikten som går ut på å hindre at individer krenker hverandre, i enkelte andre land i stedet omtales som myndighetenes beskyttelsesplikt.[30] Utvalget ser verdien av at det tilstrebes en høyere grad av presisjon. Slik sett kan hensiktsmessigheten av den norske språkbruken diskuteres, ettersom sikringsplikten etter Grunnloven § 92 er mer vidtfavnende og betegner myndighetenes ansvar for å ivareta menneskerettighetene til alle innbyggere. For utvalget er det uansett viktig å synliggjøre det dobbelte individvernet, og at

---

27 HR-2013-881-A avsnitt 41.

28 Kurt mot Østerrike [GC], no. 62903/15, (2021) avsnitt 183.

29 *Dickson mot Storbritannia* [GC], no. 44362/04, (2007) avsnitt 70. Se som et eksempel HR-2017-1679-U.

30 Se NIMs prosesskriv til Høyesterett. (2020). *Skriftlig innlegg fra Norges institusjon for menneskerettigheter til belysning av allmenne interesser*. Sak nr. 20-051052SIV-HRET, 25. september 2020 s. 28 med blant annet omtale av den tyske rettssaken Family Farmers mot Tyskland. Den tyske domstolen benyttet ordet Schutzpflicht, som kan oversettes til beskyttelsesplikt.

sikringsplikten nettopp gjelder i relasjon mellom individer.

5.3 Nærmere om plikten til å sikre vern av andre

5.3.1 Rekkevidden av sikringsplikten etter praksis fra Høyesterett og EMD

Innholdet i, og rekkevidden av, myndighetenes plikt til å sikre at private ikke krenker hverandre, er utpenslet gjennom praksis fra internasjonale konvensjonsorganer. Av særlig betydning er avgjørelser fra EMD om tolkningen og anvendelsen av denne delen av sikringsplikten etter EMK artikkel 1, særlig sett i sammenheng med retten til liv etter artikkel 2, retten til frihet fra tortur eller umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff etter artikkel 3 og retten til familieliv og privatliv etter artikkel 8. Praksis fra EMD viser at plikten til å beskytte individers krenkelse mot hverandre er en innsatsforpliktelse, og ikke en resultatforpliktelse. Dette betyr at staten ikke er pålagt å ha en nullvisjon med hensyn til å hindre krenkelser fra andre, og at staten ikke nødvendigvis har brutt sin sikringsplikt selv om krenkelse har funnet sted. I dette ligger en erkjennelse av at innbyggerne i samfunnet i stort må leve med et visst nivå av usikkerhet. Ellers står myndighetene i fare for å svekke alle individers materielle og prosessuelle rettssikkerhet.

På bakgrunn av praksis fra EMD, har Høyesterett tidligere fremhevet fire elementer som kan sies å gjelde generelt for innholdet i plikten til å sikre at individer ikke krenker hverandre.[31] For det første kreves ikke det umulige eller uforholdsmessige. Myndighetene forventes ikke å avverge enhver fare for krenkelser begått av private. Ifølge Høyesterett må det «reageres mot reell og umiddelbar risiko som myndighetene er kjent med, eller burde være kjent med, med de tiltak som det ut fra situasjonen er rimelig å forvente».

For det andre står de nasjonale myndighetene nærmest til å vurdere hva som er den beste måten å reagere på. Statene har en viss skjønnsmargin med hensyn til valg av virkemidler. Høyesterett påpeker derfor at det «ikke er tale om å etterprøve myndighetenes valg ut fra ideelle kriterier – spørsmålet er om de tiltak som er iverksatt alt i alt var *adekvate* og *forholdsmessige*».

For det tredje er det en forventning om at tiltak blir gjennomført på en måte som innebærer at de bidrar til reell beskyttelse. Til dette sier Høyesterett: «At det *besluttes* beskyttelsestiltak er ikke tilstrekkelig, disse må også *settes ut i livet* og *håndheves*.»

For det fjerde understreker Høyesterett at «[k]ravene til aktivitet fra myndighetenes side vil bero på det aktuelle *saksområdet*». Dette innebærer blant annet at faren for alvorlige krenkelser av den personlige integriteten skjerper myndighetenes aktivitetsplikt.

EMD har fremhevet at personer utsatt for vold i nære relasjoner (pårørende og/eller andre nærstående) står i en særlig sårbar situasjon.[32] I nyere praksis har domstolen gitt uttrykk for at det ved vurderingen av om det foreligger en «reell og umiddelbar risiko» må tas høyde for den særegne dynamikken som gjør seg gjeldende ved vold i nære relasjoner.[33] EMD har i denne sammenheng pekt på forskning som viser at voldsmønsteret i nære relasjoner tenderer til å øke i intensitet, hyppighet og fare over tid.[34] Særlig kravet til «umiddelbarhet» må derfor nyanseres i tråd med ny praksis.

Videre har EMD slått fast at barn og unge og andre sårbare grupper har særlig krav på beskyttelse.[35] Barn og unges særlige menneskerettsvern omtales nærmere i punkt 5.5. Andre sårbare grupper kan være personer med ulike former for nedsatt funksjonsevne, herunder psykiske eller kognitive funksjonsnedsettelser som er sentralt for utvalgets mandat.[36] I noen tilfeller kan det oppstå behov for å avveie interessene til ulike sårbare grupper. Dette illustreres blant annet gjennom Høyesteretts tolkning av fare-for-andre-vilkåret som grunnlag for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven § 3-3. Ifølge Høyesterett må det i farevurderingen tas hensyn til om barn og unge kan bli utsatt for skade dersom tvungent psykisk helsevern ikke etableres.[37]

5.3.2 Tiltak som har til formål å hindre at individer krenker hverandre

Plikten til å sikre at enkeltindivider ikke utsetter hverandre for menneskerettskrenkelser ligger til grunn for myndighetenes ansvar for å definere

[31] HR-2013-881-A avsnitt 46–49 og særlig *Osman mot Storbritannia* [GC], no. 87/1997/871/1083, (1998) avsnitt 116.

[32] *Bevacqua og S mot Bulgaria* [C], no. 71127/01, (2008) avsnitt 65 og *Irene Wilson mot Storbritannia* [C], no. 10601/09, (2012) avsnitt 37.

[33] *Kurt mot Østerrike* [GC], no. 62903/15, (2021) avsnitt 164.

[34] *Kurt mot Østerrike* [GC], no. 62903/15, (2021) avsnitt 175.

[35] *Opuz mot Tyrkia* [C], no. 33401/02, (2009) avsnitt 159.

[36] *Plesó mot Ungarn* [C], no. 41242/08, (2013) avsnitt 65.

[37] HR-2023-2018-A avsnitt 79–80.

hvilke handlinger som skal forbys og belegges med straff, myndighetenes ansvar for å beslutte i hvilke situasjoner straff skal ilegges, og myndighetenes ansvar for å forebygge kriminalitet gjennom sivilrettslige tiltak, straffeprosessuelle tvangsmidler og strafferettslige reaksjoner. Slike offentligrettslige inngrep må utformes og praktiseres i tråd med menneskerettslige forpliktelser, og de må gjenspeile et rimelig balansepunkt mellom ulike individers beskyttede interesser.

For gjerningspersonens situasjon innebærer dette for det første at myndighetstiltakene må ha et tilstrekkelig rettslig grunnlag i tråd med det strafferettslige og forvaltningsrettslige legalitetsprinsippet. Kravet til hjemmel i lov sikrer demokratisk kontroll og setter begrensninger for den utøvende makt. Legalitetsprinsippet er slik sett en viktig del av det norske styringssystemet, og fremgår av Grunnloven § 96 første ledd og § 113.[38] Legalitetsprinsippet har også til hensikt å gjøre det mulig for samfunnets innbyggere å forutberegne sin rettsstilling. I dette ligger en forutsetning om at lover og regler er tilgjengelige, og at de er utformet tilstrekkelig klart. Med andre ord, holder det ikke at hjemmelen formelt sett er i orden – den må også være så presis som forholdene tillater.[39]

Videre må myndighetstiltakene ha et legitimt formål, slik disse er angitt i blant annet EMK, og tiltakene må – enkeltvis og samlet – være forholdsmessige.[40] Forholdsmessighetskravet vil si at inngrepet må være egnet og nødvendig for å oppnå formålet, og at de hensynene som begrunner inngrepet, i tilstrekkelig grad veier opp for byrdene som påføres individet. I vurderingen vil det være av vesentlig betydning om formålet kan nås med andre og mindre inngripende alternativer (minste inngreps prinsipp). Kravet til forholdsmessighet gjelder både ved utformingen av rettsregler, og ved den konkrete bruken av dem.

Konkrete forholdsmessighetsvurderinger må bygge på et relevant, tilstrekkelig og oppdatert beslutningsgrunnlag.[41] Ved fare for andre, må beslutningsgrunnlaget være basert på en kunnskapsbasert anvendelse av relevante risikovurderingsinstrumenter.[42] Begrunnelsen for inngrepet må bero på og gi uttrykk for en balansert og bred vurdering. Slik fungerer forholdsmessighetskravet som en avveiningsmekanisme mellom hensyn til den enkelte siktede eller domfelte, og hensyn til andre innbyggere. Plikten til å balansere de ulike hensynene på en rimelig måte vil være styrende for avgjørelser om frihetsberøvelse og bruk av tvang, herunder spørsmål om varetekt og hvordan reaksjonene gjennomføres i den enkelte sak.

5.3.3 Krav til bruk av strafferettslige reaksjoner

I utgangspunktet er strafferettssystemets formål å reagere på handlinger som krenker individers liv, helse og frihet. Straff er uttrykk for samfunnets klander etter begåtte kriminaliserte handlinger utført av mennesker med skyldevne.[43] Dette betyr at reaksjoner som har til hensikt å forhindre mulige fremtidige straffbare handlinger, og reaksjoner mot mennesker uten skyldevne på handlingstiden, slik som lovbrytere med psykisk lidelse som anses utilregnelige, i prinsippet faller utenfor strafferetten. Mange land har av denne grunn valgt ikke å konstruere slike tiltak som strafferettslige reaksjoner, men som sivilrettslige virkemidler.[44] I alle tilfeller må idømmelse og opprettholdelse av kriminalitetsforebyggende reaksjoner, som her omfatter forvaringsstraff og særreaksjonene dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg, kunne legitimeres i lys av avveiningen mellom myndighetenes plikt til å sikre at individer ikke krenker hverandre, og myndighetenes plikt til maktbegrensning overfor den enkelte.

Terskelen for utilregnelighet etter straffeloven § 20 er relativt høy. Også personer som anses som tilregnelige, og som dømmes til alminnelig fengselsstraff eller forvaring, kan ha omfattende helseutfordringer og omsorgsbehov. Noen domfelte til fengsels- eller forvaringsstraff kan være «like dårlig fungerende» som domfelte til en særreaksjon. Videre gjelder utilregnelighetsvurderingen tilstanden på handlingstiden, og utelukker ikke at de som idømmes fengsels- eller forvaringsstraff senere kommer i en slik tilstand, for eksempel ved at den domfelte utvikler psykotiske symptomer i fengsel. I alle tilfeller må myndighetene sikre et rimelig balansepunkt mellom de ulike formålene

38 Se også EMK artikkel 5, 7 og 8.

39 Se for eksempel *Kruslin mot Frankrike* [C], no. 11801/85, (1990) avsnitt 33 og *Olsson mot Sverige* [P], no. 10465/83, (1988) avsnitt 61.

40 HR-2015-206-A avsnitt 60. Se Rui, J. P. (2022). *Straff som inngrep i menneskerettigheter og krav om legitimt formål og forholdsmessighet*.

41 HR-2021-640-A avsnitt 64.

42 Kurt mot Østerrike [GC], no. 62903/15, (2021) avsnitt 172 og Irvine mot Belgia [GC], nos. 62819/17 og 63921/17, (2021).

43 Gröning, L., Jacobsen, J. og Husabø, E. J. (2023). Frihet, forbrytelse og straff, s. 42, 609 og 666-667.

44 For eksempel England og også andre anglo-amerikanske land.

som reaksjonen skal ivareta. Dette betyr at reaksjonen og inngrep må gjennomføres på en måte som respekterer og sikrer den domfeltes grunnleggende rettigheter.

Gjennomføring av straff åpner for andre interesseavveininger enn reaksjoner som utelukkende har beskyttelses- og behandlingsformål. Det vil i begge grupper domfelte forekomme mennesker med store, og noen ganger like, beskyttelses- og behandlingsbehov, men de ulike reaksjonstypene vil innebære vesentlig ulike forutsetninger for å imøtekomme disse behovene. Mest åpenbart vil det være andre forutsetninger for et behandlingsforløp i fengsel, som er gjennomføring av straff, enn i et sykehus for gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern eller gjennomføring av tvungen omsorg.

Strafferettens funksjon og formål i samfunnet reiser videre spørsmål om forholdet mellom strafferettslige og sivilrettslige reaksjoner. At straff kun skal benyttes som en siste utvei der andre tiltak ikke gir ønsket effekt, er et grunnprinsipp i den europeiske rettstradisjonen som også fremgår uttrykkelig av flere offentlige dokumenter i Norge. Dette prinsippet om at andre virkemidler må være utilstrekkelige, kan omtales som et subsidiaritetskrav, og er beslektet med minste inngreps prinsipp ved bruk av tvangsmidler.[45] Disse prinsippene er særlig viktige for vurderinger av strafferettslige reaksjoner som ligger i grenselandet for hva strafferetten er ment å omfatte – slik tilfellet er med forvaring og reaksjoner mot utilregnelige gjerningspersoner som alle har til formål å sikre vern mot mulige fremtidige handlinger.

Avveiningen mellom sivilrettslige og strafferettslige virkemidler aktualiseres særlig når det vurderes reaksjoner mot gjerningspersoner som frifinnes på grunn av utilregnelighet, og som har alvorlige psykiske lidelser eller funksjonsnedsettelser.

5.4 Grunnleggende rettigheter ved gjennomføring av varetekt og strafferettslige reaksjoner

5.4.1 Retten til frihet og sikkerhet

Den personlige friheten og sikkerheten er vernet i Grunnloven § 94, EMK artikkel 5 og SP artikkel 9. Myndighetene kan begrense den enkeltes fysiske frihet så fremt slike frihetsberøvelse har tilstrekkelig hjemmel i lov, skjer ut fra tillatte målsettinger og er nødvendig og forholdsmessig. Frihetsberøvelse er et av de mest inngripende virkemidlene myndighetene kan ta i bruk overfor sine innbyggere. Slike tiltak utgjør et særlig sterkt inngrep i individets private sfære.

Etter EMK kan frihetsberøvelse kun skje i de angitte situasjonene som fremgår av artikkel 5 nr. 1 bokstavene a–f. Dette omfatter frihetsberøvelse etter dom på eksempelvis straff eller særreaksjon (bokstav a), frihetsberøvelse som følge av manglende etterlevelse av et pålegg gitt av en domstol (bokstav b), frihetsberøvelse som et straffeprosessuelt tvangsmiddel, herunder beslutning om varetekt (bokstav c), frihetsberøvelse av mindreårige for å føre tilsyn med barnets oppdragelse (bokstav d), frihetsberøvelse for å hindre spredning av smittsomme sykdommer, og av «sinnslidende, alkoholister, narkomane eller løsgjengere» (bokstav e), og frihetsberøvelse som ledd i utlendingsforvaltningen (bokstav f).

Etter bokstav a er det straffedommen som danner grunnlaget for frihetsberøvelsen. Dette stiller krav til en tilstrekkelig saklig sammenheng mellom dommen og frihetsberøvelsen.[46] Det må også være en saklig sammenheng mellom gjennomføringen av dommen og vektlegging av farlighet som en begrunnelse for å opprettholde frihetsberøvelsen utover fastsatt minstetid. EMD har uttalt at forbindelsen mellom den opprinnelige dommen og den videre frihetsberøvelsen med tiden vil bli gradvis svekket. Dersom forbindelsen brytes helt, vil frihetsberøvelsen være vilkårlig og i strid med EMK artikkel 5 nr. 1 bokstav a.

Etter bokstav e kan en medisinsk tilstand danne grunnlaget for en frihetsberøvelse. Uttrykket «sinnslidende» er ikke en helt dekkende oversettelse av «persons of unsound mind» i den engelske originalteksten. EMD har lagt til grunn at det kreves en psykisk lidelse av en viss art eller alvorlighetsgrad («a true mental disorder» som er «of a kind or degree warranting compulsory confinement»).[47] For at frihetsberøvelsen ikke skal være vilkårlig, kreves det at «objective medical expertise» slår fast at det foreligger en slik tilstand som kan begrunne frihetsberøvelse etter bokstav e. Det synes klart at begrepet omfatter utviklingshemming og senil demens, så vel som psykiske lidelser. Det er imidlertid ikke et krav om at det er stilt en bestemt medisinsk diagnose.

[45] NOU 2016: 24, s. 313.

[46] *Klinkenbuss mot Tyskland* [C], no. 53157/11, (2016) avsnitt 46.

[47] *Winterwerp mot Nederland* [C], no. 6301/73, (1979) avsnitt 39. Se også HR-2021-640-A avsnitt 57.

Adgangen til frihetsberøvelse etter bokstav e utfordres av CRPD, særlig artikkel 14, som slår fast at retten til frihet og sikkerhet skal sikres mennesker med nedsatt funksjonsevne «på lik linje med andre» og at «nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse». Diskrimineringsforbudet i CRPD utfordrer også legitimiteten av å idømme og videreføre en frihetsberøvelse etter bokstav a på grunnlag av en særreaksjonsdom, særlig når behandlingsbehov eller behandlingsmulighet ikke er et nødvendig vilkår for å kunne videreføre frihetsberøvelsen.

Hva som anses som frihetsberøvelse etter EMK artikkel 5, må avgrenses mot restriksjoner i den personlige friheten som «bare» utgjør inngrep i bevegelsesfriheten etter EMK tilleggsprotokoll 4 artikkel 2. EMD har uttalt at forskjellen beror på graden eller intensiteten i inngrepet, og ikke inngrepets natur eller substans: «The difference between deprivation and restriction of liberty is one of degree or intensity, and not one of nature and substance».[48] Å fastslå et skille mellom frihetsberøvelse og restriksjoner i bevegelsesfriheten må foretas på bakgrunn av en helhetsvurdering, der det blant annet skal legges vekt på type, varighet og konsekvenser av tiltaket samt måten tiltaket gjennomføres på.

Det nevnes også at fysisk frihetsberøvelse, for eksempel i en omsorgsbolig, institusjon eller fengsel, ikke skal være mer tyngende enn nødvendig, og at livet under frihetsberøvelsen skal være så likt som mulig et ordinært liv utenfor de fysiske rammene (normalitetsprinsippet).[49] Personer som er fysisk frihetsberøvet befinner seg i en utsatt posisjon. De er avhengige av andre for å få ivaretatt sine grunnleggende behov, og de kan ha en opplevelse av å ha mistet kontroll over eget liv. Dette skaper et maktmisforhold som setter den frihetsberøvede i en sårbar situasjon, både fysisk og psykisk. Denne sårbarheten kan forsterkes av én eller flere individuelle tilleggsfaktorer, som for eksempel at personen er ung i alder, har levekårsutfordringer, traumeerfaringer, psykiske lidelser, kognitive vansker, fysiske funksjonsnedsettelser, rusproblemer eller tilhører en minoritet innenfor rammene av frihetsberøvelsen. EMD har påpekt at myndighetene særlig må ta hensyn til mennesker i sårbare situasjoner.[50]

Frihetsberøvelse er ofte forbundet med økt risiko for helseskader som kan være påført av en selv eller av andre, blant annet gjennom bruk av makt og tvangsmidler. Frihetsberøvelse øker også risikoen for normalitetsforskyvninger og uheldige institusjonskulturer. I sum stiller dette store krav til myndighetenes ansvar for å sikre at den enkeltes verdighet, integritet og autonomi blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte under gjennomføringen av en lovlig frihetsberøvelse.

5.4.2 Retten til liv

Retten til liv er en fundamental menneskerettighet som er beskyttet etter Grunnloven § 93 første ledd, EMK artikkel 2 og SP artikkel 6. Myndighetene har en plikt til å forebygge tap av liv og etterforske dødsfall. Flere mister livet eller har en atferd som truer eget liv mens de er i en døgninstitusjon i det psykiske helsevernet, i en barnevernsinstitusjon eller i fengsel. Dette fremgår av ulike kartlegginger innen helse- og omsorgstjenesten, barnevernet og kriminalomsorgen.[51] Kartleggingene viser at det både er menn og kvinner som skader seg selv. Blant barn og unge har de fleste som tar livet sitt, ikke vært i kontakt med det psykiske helsevernet i forkant.[52]

Det å hindre selvdrap er et inngrep i privatlivet og selvbestemmelsesretten etter EMK artikkel 8. Det er likevel bred enighet om at livet er det høyeste rettsgodet, og at det er riktig å redde mennesker fra å gjennomføre selvdrap så langt det er mulig. Ifølge EMD inneholder retten til liv i EMK artikkel 2 ikke en rett til å dø.[53] Plikten til å iverksette forebyggende tiltak etter artikkel 2 inntrer når myndighetene vet eller burde ha visst at det forelå en reell og overhengende risiko for tap av liv.[54] Tidlig kartlegging av den enkeltes tilstand og situasjon, god opplæring av ansatte og tilstrekkelig informasjonsflyt mellom ulike instanser er ansett som noen av flere viktige elementer i det forebyggende arbeidet.[55] Hensynet til den personlige integritet og autonomi etter artikkel 8 krever

---

48 *De Tommaso mot Italia* [GC], no. 43395/09, (2017) avsnitt 80.

49 Se for eksempel *Hirst mot Storbritannia* [GC], no. 74025/01, (2005), og Gröning, Husabø & Jacobsen. (2023). *Frihet, forbrytelse og straff om straffegjennomføring*, s. 724.

50 *Renolde mot Frankrike* [C], no. 5608/05, (2009) avsnitt 83–84 og *Plesó mot Ungarn* [C], no. 41242/08, (2013) avsnitt 65.

51 Se Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling; Helsetilsynet. (2023). *Gjennomgang av saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet,* 3/2023 og Sivilombudets rapport. (2023). *Selvmord og selvmordsrisiko i fengsel.*

52 NOU 2023: 24, s. 93.

53 *Pretty mot Storbritannia* [C], no. 2346/02, (2002) avsnitt 39–40.

54 *Osman mot Storbritannia* [GC], no. 87/1997/871/1083, (1998) avsnitt 116.

at handlinger som har til hensikt å forhindre villet egenskade og selvdrap, oppfyller vilkårene for rettmessige inngrep (tilfredsstillende lovhjemmel, legitime formål og krav til nødvendighet og forholdsmessighet).[56]

5.4.3 Retten til frihet fra tortur eller annen umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff

Grunnloven § 93 andre ledd, EMK artikkel 3 og SP artikkel 7 slår fast at ingen må utsettes for tortur eller annen umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff. Det er ikke adgang til å gjøre begrensninger i denne rettigheten, og myndighetene er forpliktet til å aktivt forebygge og motvirke gjennomføringen av tiltak og handlinger i strid med forbudet. Dette følger av Grunnloven § 93 fjerde ledd, og av FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff (torturkonvensjonen) og Den europeiske konvensjon om forebyggelse av tortur og umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff (CPT) som Norge har ratifisert. Distinksjonen mellom tortur, umenneskelig behandling eller straff og nedverdigende behandling eller straff beror på intensiteten i den belastningen som påføres personen.[57]

EMK artikkel 3 inneholder både en negativ og positiv forpliktelse for myndighetene. Den negative forpliktelsen går ut på at myndighetene ikke selv skal bedrive tortur eller annen umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff. Bestemmelsen utgjør en nedre skranke for betydelig uforholdsmessige straffedommer («gross disproportionate sentences»).[58] Den positive forpliktelsen er todelt. For det første må myndighetene foreta seg handlinger som bidrar til å hindre at private krenker hverandre.[59] Særlig må myndighetene sikre en effektiv ivaretakelse av rettighetene til barn og unge og til utsatte voksne.[60] For det andre må myndighetene iverksette tiltak som på en rimelig måte beskytter helsen til personer som er frihetsberøvet.[61]

Frihetsberøvelse øker risikoen for å bli utsatt for krenkelser i strid med EMK artikkel 3. I vår tid og del av verden er det særlig inngripende tiltak som utstrakt bruk av skjerming og isolasjon, belter og belteseng, tvangsmedisinering og tvungen elektrosjokkbehandling (ECT), kroppsvisitasjoner, nedverdigende polititransport av personer med psykiske helseutfordringer og annen bruk av fysisk makt, som reiser spørsmål om brudd på EMK artikkel 3. I flere dommer har EMD pekt på personer med psykiske lidelser som en særlig sårbar gruppe, og som er spesielt utsatt for brudd på artikkel 3.[62]

EMK artikkel 3 beskytter ikke den enkelte mot belastninger som er en uunngåelig følge av legitim behandling eller straff.[63] Selv om forbud mot tortur eller annen umenneskelig behandling er absolutt, er terskelvurderingen relativ i den forstand at det skal foretas en samlet vurdering av alle omstendighetene i saken. I denne vurderingen skal det blant annet legges vekt på tiltakets karakter og den sammenhengen det inngår i, de fysiske og psykiske virkningene for den som rammes, og etter forholdene også personens kjønn, alder og helsetilstand.[64] Videre er det av betydning hvilket formål tiltaket har, intensjonen eller motivasjonen for å gjennomføre tiltaket, konteksten for tiltaket og om tiltaket i form, intensitet eller varighet går lenger enn det som er strengt nødvendig.[65]

5.4.4 Retten til privatliv, familieliv og kommunikasjon

Etter Grunnloven § 102 første ledd første punktum har enhver «rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon». Privatlivsbeskyttelsen følger også av EMK artikkel 8 og SP artikkel 17.

---

55 Se for eksempel Sivilombudets rapport. (2023). *Selvmord og selvmordsrisiko i fengsel*, s. 9.

56 *Pretty mot Storbritannia* [C], no. 2346/02, (2002) avsnitt 61 flg.

57 *Irland mot Storbritannia* [C], no. 5310/71, (2018) avsnitt 167.

58 Se EMDs Guide on Article 3 of the European Convention on Human Rights – Prohibition of torture, 31. august 2022, avsnitt 72.

59 *X og andre mot Bulgaria* [C], no. 22457/16, (2021) avsnitt 181–183.

60 *R.B. mot Estland* [C], no. 22597/16, (2021) avsnitt 78.

61 *Pretty mot Storbritannia* [C], no. 2346/02, (2002) avsnitt 49–51 og *Wenner mot Tyskland* [C], no. 62303/13, (2016) avsnitt 55. Se også EMDs Guide on Article 3 of the European Convention on Human Rights – Prohibition of torture, 31. august 2024, avsnitt 53–58.

62 *Bureš mot Tsjekkia* [C], no. 37679/08, (2012) avsnitt 85, *M.S. mot Kroatia* [C], no. 75450/12 (2015) avsnitt 96 og *Aggerholm mot Danmark* [C], no. 45439/18, (2020) avsnitt 81.

63 *Neshkov og andre mot Bulgaria* [C], nos. 36925/10, 21487/12,72893/12,73196/12, 77718/12 og 9717/13, (2015) avsnitt 227–228. Se også HR-2024-551-S avsnitt 77–78.

64 *Khlaifia og andre mot Italia* [GC], no. 16483/12, (2016) avsnitt 159.

65 *Bouyid mot Belgia* [GC], no. 23380/09, (2015) avsnitt 86–88.

Det er ikke gitt noen uttømmende definisjon av hva som omfattes av privatlivet. Sentralt står imidlertid menneskets fysiske og psykiske integritet, de ulike elementene i den enkeltes identitet og den personlige selvbestemmelse.[66] Retten til privatliv omfatter også mulighet til å etablere og utvikle relasjoner med andre mennesker, og til å ha fellesskap med dem.[67] Heller ikke hvordan familieliv skal forstås er uttrykkelig definert, men det er ansett å omfatte mer spesifikke relasjoner mellom mennesker, som for eksempel etablerte parforhold og bånd mellom foreldre og barn. Kommunikasjonsvernet omfatter muligheten til å kommunisere fortrolig, og beskyttelsen av den enkeltes personlige opplysninger.

Rettighetene etter EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102 er relative menneskerettighet som kan begrenses. Det er ikke gitt en egen bestemmelse i Grunnloven som gir adgang til å begrense rettighetene etter § 102, men Høyesterett har ved flere anledninger innfortolket en slik adgang.[68] Av særlig betydning for utvalgets mandat er at en person som er frihetsberøvet på strafferettslig grunnlag, fortsatt beholder sine rettigheter etter EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102. Inngrep i disse rettighetene, utover de praktiske innskrenkninger som med nødvendighet følger av frihetsberøvelsen, må derfor rettferdiggjøres i tråd med vilkårene i artikkel 8 nr. 2 for å være lovlig.[69] I vurderingen av om det foreligger et lovlig inngrep i privatlivet for personer som er fratatt friheten, har EMD lagt til grunn at der personens selvbestemmelse allerede er begrenset, vil domstolen foreta en strengere vurdering av tiltak som ytterligere begrenser personens selvbestemmelse.[70]

EMD har videre lagt til grunn at frihetsberøvelser som er lovlige etter EMK artikkel 5, herunder strafferettslige reaksjoner, ikke i seg selv utgjør et rettslig inngrep i privatlivet etter EMK artikkel 8, selv om det rent faktisk utgjør det.[71] Frihetsberøvelsen behøver derfor ikke å rettferdiggjøres ut fra vilkårene om lovlige inngrep i artikkel 8 nr. 2. Derimot vil det kunne utgjøre et inngrep i EMK artikkel 8 om staten beslutter å belegge handlinger som faller inn under privatlivet med straff eller andre reaksjoner.[72]

Inngrep i EMK artikkel 8 kan begrunnes ut fra myndighetenes plikt til å sikre innbyggernes fysiske og psykiske integritet og at innbyggerne ikke krenker hverandre. I Grunnloven er integritetsvernet utformet som en forpliktelse for myndighetene gjennom § 102 andre ledd. Omfanget av denne delen av sikringsplikten og dets betydning for vurderingene av nødvendighet og forholdsmessighet (det vertikale individvernet), er i liten grad tematisert i norsk rett. Slik utvalget oppfatter EMDs praksis på området, går sikringsplikten relativt langt i tilfeller hvor det dreier seg om «plagsom», truende eller krenkende atferd, og den fornærmede kan betegnes som å være i en sårbar situasjon.[73]

5.4.5 Retten til helse

Etter ØSK artikkel 12 har enhver rett til en høyest oppnåelig helsestandard. En best mulig helsesituasjon gir den enkelte bedre forutsetninger for å kunne realisere seg selv og leve et verdig liv. Retten til helse er også fremhevet i kvinnekonvensjonen artikkel 12, barnekonvensjonen artikkel 24 og CRPD artikkel 25. EMK artikkel 8 omfatter ikke retten til helse som sådan. Det følger likevel av EMDs praksis at det å bli nektet tilgang til en bestemt medisinsk behandling eller bestemte medisiner etter omstendighetene kan være et inngrep i retten til privatliv og den enkeltes selvbestemmelsesrett.[74] Privatlivet og selvbestemmelsesretten er forankret i Grunnloven § 102 første ledd første punktum.

ØSK artikkel 12 har følgende ordlyd i norsk oversettelse:

1. Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk.
2. De tiltak som konvensjonspartene treffer for å oppnå full virkeliggjørelse for denne rettighet, skal omfatte tiltak som er nødvendige for å:
   a. Minske foster- og spedbarnsdødeligheten, og fremme barnets sunne utvikling,
   b. Forbedre alle sider av hygienen i miljø og industri,
   c. Forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer,

66 HR-2015-206-A avsnitt 58.

67 *Munjaz mot Storbritannia* [C], no. 2913/06, (2012) avsnitt 78.

68 HR-2015-206-A avsnitt 60.

69 *Golder mot Storbritannia* [P], no. 4451/70, (1975) avsnitt 44.

70 *Munjaz mot Storbritannia* [C], no. 2913/06, (2012) avsnitt 80.

71 *Klibisz mot Polen* [C], no. 2235/02, (2017) avsnitt 354.

72 *Thörn mot Sverige* [C], no. 24547/18, (2022) avsnitt 49.

73 Se for eksempel *Hajduova mot Slovakia* [C], no. 2660/03, (2010).

74 Se for eksempel *Dickson mot Storbritannia* [GC], no. 44362/04, (2007) avsnitt 66, *Hristozov m.fl. mot Bulgaria* [C], nos. 47039/11 og 358/12, (2012) avsnitt 116 og *Thörn mot Sverige* [C], no. 24547/18, (2022) avsnitt 47.

d. Skape vilkår som trygger alle legebehandling og pleie under sykdom.

I General Comment nr. 14 har ØSK-komiteen sammenfattet sitt syn på hvordan ØSK artikkel 12 på generelt grunnlag skal forstås.[75] ØSK-komiteen understreker at retten til helse ikke betyr at den enkelte har krav på å være frisk (avsnitt 8). Derimot krever artikkel 12 at myndighetene legger til rette for at innbyggerne skal kunne nyte en høyest oppnåelig helsestandard. Som en overordnet positiv forpliktelse for myndighetene, har komiteen påpekt at innholdet i artikkel 12 nr. 1 består av fire grunnleggende elementer (avsnitt 12):

1. Availability – tilbud om offentlige helse- og omsorgstjenester, hjelpemidler og systemer og programmer («functioning public health and health-care facilities, goods and services, as well as programmes»). Myndighetene plikter å sikre et forsvarlig minimum av slike tjenester («sufficient quantity»).
2. Accessibility – tilgang for alle uten diskriminering. Dette gjelder særlig for sårbare eller marginaliserte grupper i samfunnet («vulnerable or marginalized sections of the population»). Tilgangen må omfatte fysisk, økonomisk og informasjonsmessig tilgjengelighet.
3. Acceptability – helse- og omsorgstjenestene må ha respekt for medisinsk etikk og være kulturelt tilpasset («be respectful of medical ethics and culturally appropriate»), de må hensynta kjønnsbestemte behov og behov som følger av den enkelte fase i et menneskeliv («sensitive to gender and life-cycle requirements») og de må være egnet til å ivareta fortrolighet og bidra til en bedring av helsen («designed to respect confidentiality and improve the health status of those concerned»).
4. Quality – helse- og omsorgstjenestene må også følge vitenskapelige og medisinske standarder og være av god kvalitet («be scientifically and medically appropriate and of good quality»).

Etter ØSK artikkel 12 nr. 2 er myndighetene forpliktet til å treffe nærmere angitte tiltak som ledd i sitt arbeid for å fremme innbyggernes helse. Det følger av bokstav d at dette omfatter tiltak som er nødvendige for å «skape vilkår som trygger alle legebehandling og pleie under sykdom». I ØSK-komiteens generelle kommentarer til bestemmelsen (avsnitt 17) står det blant annet at tiltakene skal bidra til

> equal and timely access to basic preventive, curative, rehabilitative health services and health education; regular screening programmes; appropriate treatment of prevalent diseases, illnesses, injuries and disabilities, preferably at community level; the provision of essential drugs; and appropriate mental health treatment and care.

Retten til helse innebærer også at myndighetene må avstå fra å gripe negativt inn i individets helsesituasjon (avsnitt 34). Dersom staten formelt eller uformelt begrenser tilgang til goder og tjenester i helsevesenet til bestemte grupper, og det er sannsynlig at dette fører til skade, unødvendig sykdom eller uunngåelige dødsfall, vil dette kunne utgjøre et brudd på myndighetenes plikt til å respektere innbyggernes rett til helse etter artikkel 12 (avsnitt 50).

Videre må myndighetene respektere individets rett til å kontrollere egen kropp og helse, og rett til å være fri fra medisinsk og eksperimentell behandling uten eget samtykke. ØSK-komiteen har samtidig lagt til grunn at myndighetene aktivt skal sørge for nødvendige tilbud om forsvarlig helsehjelp, også til de som ikke selv har forutsetninger til å påberope seg rettighetene sine (avsnitt 37). Det fremkommer at myndighetene i særlige tilfeller («exceptional cases») kan bruke tvang i behandling av mennesker med psykiske lidelser (avsnitt 34). Det er ikke tydeliggjort om myndighetene har en plikt til å intervenere med tvang dersom personen motsetter seg tilbud om behandling, eller om myndighetene kun har en adgang til å gjøre unntak fra selvbestemmelsesretten i særlige tilfeller.[76]

I sine avsluttende merknader («Concluding observations») 2. april 2020 til den sjette statsrapporten fra Norge, har ØSK-komiteen uttrykt bekymring for ivaretakelsen av den psykiske helsen til innsatte i fengsel og bruken av tvang i det psykiske helsevernet.[77] I avsnitt 41 har komiteen gitt følgende anbefalinger:

> The Committee recommends that the State party:
> (a) Ensure that prisoners with mental health conditions receive adequate mental health

[75] FN. (2000). Komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. E/C.12/2000/4, 11. august 2000.

[76] NOU 2019: 14.

[77] FN. (2020). Komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. (67TH sess.: 2020). *Concluding observations on the 6th periodic report of Norway: Committee on Economic, Social and Cultural Rights.* E/C.12/NOR/CO/6.

care, including through transferral to an appropriate medical establishment;
(b) Ensure that treatment is based on the free and informed consent of the individual concerned or that of his or her legal representative;
(c) Incorporate into the law the prohibition of the enforced administration of intrusive and irreversible treatments such as neuroleptic drugs and electroconvulsive therapy;
(d) Introduce stricter procedural requirements for the use of coercive measures to ensure that persons with psychosocial disabilities and older persons in institutional care have adequate legal protection against the use of coercion;
(e) Increase community-based services, including peer support and other alternatives to the medical model, for persons with psychosocial disabilities;
(f) Ensure the systematic recording of the use of coercive measures, in accordance with the legal requirements.

Den menneskerettslige forpliktelsen til å oppfylle ØSK er fleksibel i den forstand at det kontinuerlig skal arbeides mot et mål om full realisering.[78] I kjernen innebærer dette en plikt til å sikre en rettferdig og effektiv bruk av tilgjengelige ressurser, og at de nasjonale ressursmessige prioriteringene til enhver tid gjøres ut fra målsettingen om en full realisering av rettighetene.[79] Myndighetene har dermed et stort rom for skjønn med hensyn til hvilke tiltak som skal iverksettes, og omfanget av tiltakene. For eksempel kan det spørres om rettighetene etablerer et krav til minimumsnivå av tjenester og ytelser i kvalitet og omfang. Fastleggingen av det materielle innholdet i konvensjonen beror imidlertid, her som ellers, på tolkningen av den enkelte bestemmelse. For Norges vedkommende stilles det høye krav til oppfyllelse av konvensjonens forpliktelser.

5.4.6 Retten til frihet fra diskriminering – den relasjonelle forståelsesmodellen

Etter mandatet skal utvalget særlig vurdere situasjonen for varetektsinnsatte og domfelte som har alvorlig psykisk lidelse eller utviklingshemming. Utvalget skal også særlig vurdere situasjonen for innsatte og domfelte som er mellom 15 og 24 år (om barns menneskerettsvern, se punkt 5.5) og innsatte og domfelte som er kvinner. Selv om det ikke er fremhevet i mandatet, knytter det seg på generell basis særlige sårbarheter også til eldre innsatte og domfelte, og til innsatte og domfelte med andre funksjonsnedsettelser eller som har en kulturell bakgrunn, seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk som avviker fra flertallets.

Menneskers iboende verdi ligger til grunn for at menneskerettighetene gjelder likt for alle. Historien viser imidlertid at dette ikke er en selvfølgelighet i praksis, og at sentrale menneskerettskonvensjoner i mange land har blitt tolket og gjennomført på en slik måte at rettighetene bare er ivaretatt for deler av befolkningen. Av denne grunn er det vedtatt supplerende menneskerettskonvensjoner som har til formål å verne om grupper som har fått sine grunnleggende rettigheter tilsidesatt. Noen slike konvensjoner er kvinnekonvensjonen, barnekonvensjonen, CRPD og FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for rasediskriminering (rasediskrimineringskonvensjonen). Rasediskrimineringskonvensjonen er inkorporert i norsk rett gjennom likestillings- og diskrimineringsloven § 5.

Retten til vern mot diskriminering bygger på likhetsprinsippet, og setter grenser for myndighetenes adgang til å forskjellsbehandle innbyggerne. I Grunnloven § 98 andre ledd heter det at ingen må utsettes for «usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling». Dette innebærer at ikke all forskjellsbehandling er diskriminering. Det er kun når forskjellsbehandlingen ikke er nødvendig for å oppnå et saklig formål eller er uforholdsmessig inngripende, at det rettslig sett er tale om diskriminering. I tillegg må det faktiske grunnlaget for forskjellsbehandlingen være dekket av diskrimineringsforbudet. Grunnlovsbestemmelsen angir ikke selv noen diskrimineringsgrunnlag. Disse fremgår av likestillings- og diskrimineringsloven § 6 første ledd, som forbyr diskriminering blant annet på grunnlag av kjønn, alder, etnisitet, funksjonsnedsettelse og seksuell orientering. Både direkte og indirekte diskriminering er forbudt. Likestillings- og diskrimineringsloven § 8 definerer «indirekte» forskjellsbehandling som «enhver tilsynelatende nøytral bestemmelse, betingelse, praksis, handling eller unnlatelse som vil stille personer dårligere enn andre, på grunn av forhold som nevnt i § 6 første ledd».

---

78 ØSK artikkel 2 nr. 1. Se også Kjellevold, A. (2006). Sosiale menneskerettigheter – av betydning for norsk helse- og sosialrett? Og Søvig, K.H. (2006). Minstestandarder og universalitet i norsk helse- og sosialrett, sett i lys av FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter.

79 Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

Vernet mot diskriminering følger også av de generelle menneskerettskonvensjonene, herunder SP artikkel 2 nr. 1 og artikkel 26, ØSK artikkel 2 nr. 2 og EMK artikkel 14. Det debatteres både nasjonalt og internasjonalt om dagens forståelse av det menneskerettslige diskrimineringsvernet kan opprettholdes i lys av CRPD.[80] Debatten knytter seg blant annet til spørsmål om rekkevidden av krav til universell utforming, og i hvilken grad funksjonsnedsettelse og diagnoser kan legitimere inngrep i selvbestemmelsesretten.

CRPD bygger på en relasjonell forståelse av funksjonshemming, i motsetning til en tradisjonell medisinsk eller biologisk forståelse. I den tradisjonelle forståelsen ses funksjonshemming som en iboende egenskap ved individet, og manglende evne til å mestre eller fungere i en gitt situasjon forklares ved å peke på egenskaper ved personen. I den relasjonelle forståelsesmodellen gjøres det ikke et like skarpt skille mellom det individuelle og samfunnets innretning. Fokus er i stedet på samfunnsskapte barrierer, og at evnen til adferdsstyring og valg er resultat av et fleksibelt samspill mellom individet og omgivelsene.

5.5 Barns særlige menneskerettsvern

Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen gir barn en særlig beskyttelse, fordi de er i en sårbar utviklingsfase og har særlige behov. Grunnlovsfestingen av barns særlige menneskerettsvern setter skranker for den lovgivende myndighet, og binder forvaltningen og domstolene. Grunnlovens bestemmelser og barnekonvensjonen supplerer barns menneskerettsvern etter de generelle konvensjonene.

Det følger av Grunnloven § 104 tredje ledd andre punktum at myndighetene «skal legge forholdene til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie».

Grunnlovsbestemmelsen slår videre fast, i andre ledd, at «[v]ed handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn».[81] Dette innebærer at lokale, regionale og sentrale myndigheter, på tvers av sektorer, må foreta generelle vurderinger av hva som er barns beste ved utformingen av generelle tiltak. I enkeltsaker må vurderingene være tilstrekkelig konkrete og individuelle. Hvordan myndighetene har vurdert og vektet hensynet til barnets beste i en helhetsvurdering, der også andre hensyn gjør seg gjeldende, må begrunnes på en tilstrekkelig og tilfredsstillende måte.

Barnekonvensjonen artikkel 1 og den norske vergemålsloven § 8 definerer barn som personer under 18 år. Mindreårige har derfor en sterkere rettsstilling enn unge voksne mellom 18 og 25 år. Denne forskjellen er ikke alltid like godt begrunnet med hensyn til at unge voksne noen ganger trenger tilsvarende oppfølging og omsorg som de under 18 år. Unge voksne mellom 18 og 25 år kan i noen tilfeller være like sårbare som de under 18 år, og kan ha et stort behov for beskyttelse som bør imøtekommes selv om de ikke har status som «barn».

Frihetsberøvelse av barn under 18 år reguleres nærmere av barnekonvensjonen artikkel 37. Der fremgår det blant annet at pågripelse, frihetsberøvelse eller fengsling av et barn bare skal benyttes «som en siste utvei og for et kortest mulig tidsrom». Videre heter det at «ethvert barn som er berøvet sin frihet, [skal] holdes atskilt fra voksne, med mindre det motsatte anses å være det beste for barnet». I relasjon til EMK har EMD i flere saker slått fast at barn og unge har særlig kav på beskyttelse.[82] Barns særlige sårbarhet kan gjøre at terskelen for krenkelse av EMK artikkel 3 er lavere enn for voksne. I Grunnloven § 104 tredje ledd første punktum er barns integritetsvern formulert som en individuell rettighet, og ikke «bare» som en sikringsplikt for myndighetene. Dette gir et sterkere vern om barns fysiske og psykiske integritet enn for voksne. Tilsvarende følger det av straffeloven § 33 at en person som var under 18 år på handlingstidspunktet, bare kan idømmes ubetinget fengselsstraff når det er særlig påkrevd. Fengselsstraffen kan ikke overstige 15 år, selv om straffebudet gir adgang til å idømme strengere straff.[83] Barn kan kun idømmes forvaring når det foreligger helt ekstraordinære omstendigheter.[84]

[80] Juridisk ekspertutvalg for utredning om inkorporering av FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i norsk rett. (2024). *Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter.*

[81] Se også barnekonvensjonen artikkel 3.

[82] *Opuz mot Tyrkia* [C], no. 33401/02, (2009) avsnitt 159.

[83] Straffeloven § 33.

[84] Straffeloven § 40 første ledd siste setning.

5.6 Nærmere om kommunenes menneskerettsansvar

Politiske vedtak og regelverk er ikke i seg selv en garanti mot menneskerettsbrudd. Testen på om menneskerettighetene faktisk blir respektert og sikret, handler om hva som skjer i det praktiske liv. Her har landets kommuner ofte en nøkkelrolle. Kommunene er førstelinjen i forvaltningsapparatet, med et lovpålagt ansvar for en rekke tjenester som er sentrale for innbyggernes liv, helse og hverdag.

Selv om en rekke samfunnsutfordringer krever tiltak fra statlig hold, og det er nødvendig med et samarbeid mellom de ulike forvaltningsnivåene, har kommunene et selvstendig menneskerettslig ansvar etter Grunnloven § 92, menneskerettsloven og likestillings- og diskrimineringsloven. Dette innebærer blant annet at også kommunene må «respektere og sikre» individets menneskerettigheter, at kommunene i den daglige saksbehandlingen må vurdere forholdet til menneskerettighetene der disse er relevante og sentrale for kommunens handlinger og avgjørelser,[85] og at kommunene kan holdes erstatningsrettslig ansvarlig for brudd på internasjonale menneskerettsforpliktelser som gjelder som norsk lov.[86]

Samtidig følger det av Grunnloven § 49 andre ledd at det kommunale selvstyret er et grunnleggende utgangspunkt for kommunenes myndighetsutøvelse.[87] Lokaldemokratiet er også forankret gjennom Norges folkerettslige forpliktelser.[88] Begrensninger i det kommunale selvstyret må ha hjemmel i lov,[89] og kommunenes handlingsrom til å treffe avgjørelser ut fra lokale vurderinger må være innenfor lovens rammer. Det er noe uklart hvilke krav menneskerettighetene faktisk stiller til kommunenes oppfyllelse av sitt menneskerettsansvar når dette ikke følger av den nasjonale lovgivningen.[90] Likevel må det anses som sikker rett, blant annet på bakgrunn av Høyesteretts kjennelse i den såkalte Tolga-saken i 2022, at menneskerettighetene – så langt de er gjennomført i norsk rett – setter begrensninger for det kommunale selvstyret, inkludert kommunens skjønnsutøvelse. Dette betyr at kommunene også må tolke og anvende konvensjonsforpliktelser som ikke er inkorporert, i tråd med presumsjonsprinsippet.[91] Presumsjonsprinsippet innebærer at norsk rett antas å være i samsvar med folkeretten. Dette betyr at norske domstoler tolker norske lover i tråd med Norges folkerettslige forpliktelser.

5.7 Nasjonal kontroll med etterlevelse av de internasjonale menneskerettighetene

Formålet med internasjonale menneskerettigheter er å sikre at de prinsipper og verdier som rettighetene gir uttrykk for, gjennomføres nasjonalt. Dette forutsetter at innbyggerne har en effektiv prøvingsrett, både rettslig og faktisk, for å kunne få fastslått om sine rettigheter er blitt oppfylt eller krenket. En viktig side ved myndighetenes sikringsplikt er derfor å legge til rette for gode kontrollmekanismer, og at individet kan få fremmet sin sak for nasjonale instanser. Slike instanser kan være klage- og tilsynsorganer i forvaltningen, slik som for eksempel Likestillings- og diskrimineringsombudet, Barneombudet og det nye Tilsynsrådet for kriminalomsorgen. Slike ordninger er av stor praktisk betydning for den enkelte, særlig fordi det å bringe en sak med påstand om brudd på menneskerettighetene inn for domstolene i mange tilfeller ikke et reelt alternativ. Videre er forvaltningens virksomhet underlagt kontroll fra Stortingets eksterne organer, herunder Sivilombudet, Norges institusjon for menneskerettigheter og Riksrevisjonen.[92] Innbyggernes mulighet til å få prøvet en forvaltningsavgjørelse uten å måtte gå veien om en kostbar domstolprosess står sentralt i begrunnelsen for sivilombudsordningen. For en del innbyggere innebærer dette at Sivilombudet ofte er siste instans. Ombudets uttalelser er ikke juridisk bindende, og ombudet kan heller ikke instruere eller omgjøre avgjørelser truffet av forvaltningen. Stortinget har imidlertid uttrykt en

85 Sivilombudets uttalelse 2. juli 2020 (SOM-2020-292) om retten til kontradiksjon og håndtering av menneskerettslige anførsler i en sak om helse- og omsorgstjenester.

86 HR-2022-401-A avsnitt 46.

87 Innst. 182 S (2015–2016).

88 Europarådets charter om lokalt selvstyre. (1985).

89 Kommuneloven § 2-1.

90 NOU 2016: 4, punkt 2.3.

91 Se for eksempel den juridiske ekspertgruppens vurdering av forholdet mellom CRPD og kommunenes ansvar i delrapport I punkt 9.4 om betydningen av inkorporering av CRPD.

92 Både Riksrevisjonen og Sivilombudet har forankring i Grunnloven § 75, henholdsvis bokstav k og l, med nærmere regulering i riksrevisjonsloven og sivilombudsloven. Sivilombudets forebyggingsenhet ble opprettet i 2014, og er en gjennomføring av Norges folkerettslige forpliktelse etter FNs torturkonvensjon og dens tilleggsprotokoll om å ha en uavhengig nasjonal forebyggingsmekanisme. NIMs mandat og virksomhet reguleres av lov om Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM-loven).

«klar forventning» om at forvaltningen følger ombudets uttalelser.[93]

5.8 Enkelte menneskerettslige utfordringer i dag

5.8.1 Innledning

Å ivareta innbyggernes grunnleggende rettigheter, er den fremste oppgaven for offentlige myndigheter. Dette er ikke bare en rettslig forpliktelse for myndighetene, men også en vesentlig del av vår identitet som demokrati og rettsstat.

Generelt holder det norske styringssystemet høy kvalitet, og befolkningen har stor tillit til myndighetene og den offentlige forvaltningen.[94] Samtidig er det en kjensgjerning at menneskerettighetene i noen tilfeller brytes, også overfor sårbare grupper i samfunnet. Innsatte i fengsel og personer som dømmes til særreaksjoner tilhører mange ganger slike sårbare grupper.

I det følgende beskrives kort noen av de menneskerettslige utfordringene som gjør (eller har gjort) seg gjeldende i det norske samfunnet i vår tid.

5.8.2 Kritikkverdige forhold for domfelte og innsatte i varetekt

Internasjonale overvåkningsorganer, slik som Europarådets torturforebyggingskomité (CPT), FNs torturkomité (CAT) og FNs menneskerettskomité (HRC) har over tid fremsatt kritikk for forholdene i norske fengsler.[95] Kritikkverdige forhold er også blitt påpekt av domstolene og Stortingets eksterne kontrollorganer, særlig Sivilombudets forebyggingsenhet, Norges institusjon for menneskerettigheter og Riksrevisjonen.[96]

I oktober 2024 kom Den europeiske menneskerettsdomstolen til at Norge hadde brutt EMK artikkel 2 om retten til liv og artikkel 13 om retten til effektivt rettsmiddel etter at en psykisk syk innsatt hadde begått selvmord i varetekt.[97] Domstolen konkluderte med at det var alvorlige mangler i koordineringen av innsattes medisinske behandling og i kommunikasjonen mellom de ulike helsetjenestene. Dette resulterte i at den innsatte fikk begrenset medisinsk tilsyn og behandling etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus, til tross for sine diagnostiserte psykiske lidelser og gjentatte selvmordstanker. Situasjonen forverret seg da han ble overført til en ordinær fengselsavdeling, hvor han ikke lenger hadde forsterket tilsyn og omsorg. Der tok han sitt eget liv bare to dager senere.

Videre konstaterte domstolen brudd på artikkel 13 fordi det ikke forelå en klar rettstilstand for om en klager kunne søke om ikke-økonomisk erstatning for konvensjonsbrudd på det aktuelle tidspunktet, som i ettertid har blitt avklart i Høyesterett.[98]

I mars 2024 kom Høyesterett i storkammer til at kriminalomsorgens praksis med å rutinemessig kroppsvisitere fengselsinnsatte innebærer en nedverdigende behandling i strid med EMK artikkel 3 og Grunnloven § 93.[99] Kroppsvisitasjonene innebar at de innsatte måtte kle seg nakne og utføre dype knebøy. Slike visitasjoner ble gjennomført før og etter besøk, og før og etter utganger fra fengselet, både ved permisjoner og fremstillinger med følge av kriminalomsorgens ansatte eller politiet, og før innsettelser og løslatelser. Høyesterett uttalte blant annet at kroppsvisitasjonene samlet sett var «egnet til å vekke en vedvarende følelse av ydmykelse og mindreverdighet utover det som soning av fengselsstraff nødvendigvis er forbundet med», jf. avsnitt 133. Ifølge Høyesterett var kroppsvisitasjonene ikke tilstrekkelig forankret i «overbevisende sikkerhetsbehov», jf. avsnitt 132.

Sivilombudet har undersøkt straffegjennomføringstilbudet til forvaringsdømte som venter på å få plass i en forvaringsavdeling.[100] I en uttalelse av 9. april 2024 påpeker ombudet at dagens situasjon med svært forsinket overføring til en forvaringsavdeling på grunn av langvarig plassmangel, er i strid med regelverket og de forutsetninger som lovgiver la til grunn da forvaringsinstituttet ble innført. Etter ombudets vurdering vil det at forvaringsdømte ikke gis en reell mulighet til å redusere gjentakelsesfaren gjennom egnet behandling og oppfølging, kunne medføre at fort-

---

93 Dokument 21 (2020–2021) s. 96 og Innst. 409 L (2020–2021) s. 39. Se også forarbeidene til den tidligere sivilombudsmannsloven, Ot.prp. nr. 30 (1959–1960) s. 20 og særmerknader til § 10.

94 DFØ. (2023). *Tilfredshet med det offentlige og tillit. En analyse av hvordan innbyggernes opplevelse av myndighetene henger sammen med tillit, basert på innbyggerundersøkelsen.*

95 CPT/Inf (2019) 1, CAT/C/NOR/CO/8 og CCPR/C/NOR/CO/7.

96 Sivilombudet. (2019). *Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler.* Nasjonal institusjon for menneskerettigheter. (2012). *Bruk av isolasjon i fengsel. Norsk lov og praksis i et menneskerettslig perspektiv.* Riksrevisjonen. (2023). *Helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel.*

97 *Haugen mot Norge* [C], no. 59476/21, (2024).

98 HR-2024-1170-A.

99 HR-2024-551-S.

100 Sivilombudets uttalelse 9. april 2024 (SOM-2023-4092).

satt frihetsberøvelse etter utløpet av minstetiden vil være i strid med vernet etter EMK artikkel 5 mot vilkårlig frihetsberøvelse.

Videre forekommer det at siktede og domfelte som er barn, innsettes i en ordinær fengselsavdeling fordi det ikke er plass i noen av ungdomsenhetene. Dette er problematisk ut fra forpliktelsene etter barnekonvensjonen, særlig artikkel 37 bokstav c om at frihetsberøvede barn skal ivaretas i tråd med barnets alder, og at frihetsberøvede barn skal holdes atskilt fra voksne.

Bruk av tvang og makt i det godes hensikt kan også være menneskerettsstridig. Avgjørelser om tvungen behandling og tvungen omsorg er alvorlige inngrep i den enkeltes frihet og selvbestemmelse. Når den som er tiltenkt å motta hjelpen, er uenig i tiltaket eller motsetter seg gjennomføringen av det, kan måten hjelpen blir utført på, være uforenlig med menneskerettighetene.[101] For eksempel kan bruk av tvangsmidler overskride grensene for hva som er tillatt.[102] I praksis fra EMD er det konkludert med brudd på EMK artikkel 3 fordi den aktuelle staten ikke har dokumentert at beltelegging på nesten 23 timer var strengt nødvendig (saken gjaldt Danmark).[103]

5.8.3 Utfordringer med å sikre andre innbyggeres rettigheter

I tillegg til å verne rettighetene til den enkelte innbygger, har myndighetene som nevnt også en plikt til å beskytte innbyggerne mot krenkelser fra andre innbyggere. Hvor langt denne plikten strekker seg, kan være noe usikkert. Utvalget legger til grunn at myndighetenes plikt til å beskytte sine innbyggere er en *selvstendig* plikt etter menneskerettighetene, og at denne plikten er generell i den forstand at den gjelder for alle, og at den gjelder uavhengig av årsaken til en potensiell krenkelsesfare. *Hvordan* den enkeltes rettigheter skal beskyttes, kan variere ut fra hvem det skal vernes mot. Myndighetene må i denne sammenheng hensynta eventuelle særlige sårbarheter i relasjon til begge individer. Plikten til å hindre at enkeltindivider krenker hverandre var tema for Høyesterett i 2013. Saken gjaldt en mann som hadde blitt dømt for grov vold mot en kvinne som han hadde hatt et kortvarig forhold til. Etter endt straffegjennomføring brøt han flere ganger ilagte besøksforbud og kontaktforbud, og utsatte kvinnen for truende og skremmende forfølgelse. Høyesterett kom til at staten ikke hadde oppfylt sin plikt til å sikre kvinnen mot forfølgelse.[104]

Videre nevnes at radikalisering og ekstremisme er alvorlige samfunnsutfordringer som kan få store konsekvenser for innbyggernes liv, helse og trygghet, men som også reiser spørsmål om begrensninger i innbyggernes frihet. Med henvisning til blant annet erfaringene med 22. juli-terroren, moskéangrepet og drapet i Bærum i august 2019 og nasjonale trusselvurderinger, oppnevnte regjeringen Ekstremismekommisjonen i juni 2022. Kommisjonens mandat var å frembringe kunnskap og gi anbefalinger som bidrar til å forebygge radikalisering og fremvekst av ekstremisme. I kommisjonens utredning er det blant annet pekt på betydningen av formaliserte samhandlingsstrukturer i det forebyggende arbeidet, og informasjonsdeling mellom aktører med ulike samfunnsoppdrag.[105]

I to rapporter har Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) uttrykt bekymring for at personer med en alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko først får tilgang til nødvendig helsehjelp *etter* at det er begått en straffbar handling.[106] Kommisjonen trekker særlig frem at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen og politiet ikke fungerer tilstrekkelig for å kunne forebygge voldshendelser og ivareta helsehjelpen til denne pasientgruppen. Andre evalueringer har pekt på behov for bedre informasjonsdeling mellom det psykiske helsevernet og påtalemyndigheten.[107]

Ansvarsfordelingen mellom helsesektoren, justissektoren og kommunesektoren for situasjoner med en kombinasjon av kriminalitet og behov for psykisk helsehjelp, er stadig debattert. Blant annet hadde Stortinget en slik debatt 16. februar 2023, foranlediget av Representantforslag 15 S

---

[101] Se Storvik, M. (2017). *Rettslig vern av pasienters integritet i psykisk helsevern.* Avhandling ved UiT Norges arktiske universitet.

[102] Av Sivilombudets gjennomgang av 59 avsluttede klagesaker i 2021 om bruk av belter i psykisk helsevern, fremgår at varigheten av beltebruken var over 8 timer i 25 saker. Av disse hadde 16 vedtak en varighet på over 24 timer. I noen av vedtakene var det uklart hvor lenge beltebruken varte.

[103] *Aggerholm mot Danmark* [C], no. 45439/18, (2020) avsnitt 84.

[104] HR-2013-881-A.

[105] NOU 2024: 3.

[106] Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2021). *Hva kan vi lære etter drap begått i psykotisk tilstand?* og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*.

[107] Politihøgskolen. (2020). *Evaluering av politiets og PSTs håndtering av terrorhendelsen i Bærum 10. august 2019*. 29. juni 2020. Politihøgskolen. (2022). *Evaluering av PSTs og politiets håndtering i tilknytning til Kongsberg-hendelsen 13. oktober 2021.*

(2022–2023) om «bedre ivaretakelse av personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern», og helse- og omsorgskomiteens flertallsforslag om å be regjeringen utrede ansvarsfordelingen mellom helse-, justis- og kommunesektoren nærmere.[108] Selv om ingen av forslagene fikk flertall i Stortingets plenum, synliggjorde debatten blant annet viktigheten av forebygging og tilgang til adekvat hjelp.

Det er grunnlag for å si at psykisk lidelse på gruppenivå er en risikofaktor for vold, men sammenhengen mellom psykiske lidelser og vold er kompleks.[109] De aller fleste personer med alvorlige psykiske lidelser begår ikke voldshandlinger og representerer ikke en fare for andre, og de aller fleste som begår alvorlige straffbare handlinger har ikke noen alvorlig psykisk lidelse. Mange studier har også vist at rus er en fremtredende risikofaktor. Når det gjelder barn og unge som begår lovbrudd, er det typisk for dem at de har langt flere risikofaktorer i familie- og nærmiljøet enn andre på samme alder.[110] Dette kan være rus, vold og andre livsbelastninger.

[108] Dokument 8:15 S (2022–2023) og Innst. 171 S (2022–2023).

[109] Se for eksempel Whiting, D., Lichtenstein P., Fazel, S. (2020). Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry.*

[110] Fairchild, G., Hawes, D.J., Frick, P.J., Copeland, W., E., Odgers, C., L., Franke, B., Freitag, C., M., De Brito,S.A. (2019). Conduct disorder. *Nat Rev Dis Primers* (2019 Jun 27;5(1):43).

Kapittel 6
Fra straffbar handling til dom

6.1 Innledning

Den offentlige behandlingen av lovbrudd fra oppdagelse eller anmeldelse og frem til en ilagt eller idømt reaksjon er gjennomført, betegnes gjerne som straffesakskjeden.

Det hører under politiet å «avdekke og stanse kriminell virksomhet og forfølge straffbare forhold i samsvar med regler gitt i lov eller medhold av lov».[1] Etterforskningen av straffbare forhold ledes av påtalemyndigheten, som avgjør spørsmål om det skal tas ut tiltale mv. Påtalemyndigheten består av Den høyere påtalemyndighet (Riksadvokaten og statsadvokatene), og noen kategorier ansatte i politiet som etter loven tilhører påtalemyndigheten.[2] Den høyere påtalemyndighet er faglig ansvarlig for politiets straffeforfølgende funksjon, mens Politidirektoratet og Justis- og beredskapsdepartementet er ansvarlig for andre deler av virksomheten i politiet. At politiet dermed er underlagt to ulike styrings- og ledelseslinjer, betegnes gjerne som det tosporede systemet. Ordningen bygger på et prinsipp om at straffesaksbehandlingen skal være politisk uavhengig, og ikke underlagt politisk kontroll.[3]

Figur 6.1 illustrerer (noe forenklet) gangen i behandlingen av straffbare forhold. Som det fremgår av figuren, kan behandlingen av et lovbrudd avsluttes på forskjellige måter, og på mange ulike stadier i prosessen.

Ikke alle straffbare forhold blir anmeldt. Kriminalstatistikken og tall fra politiets straffesaksregister gir lite informasjon om den kriminaliteten som *ikke* blir anmeldt (mørketallene), og også ellers finnes det lite presis kunnskap om omfanget av den uregistrerte kriminaliteten. Hvor stor andel av lovbruddene som blir anmeldt, varierer mellom ulike typer kriminalitet. Som ytterpunkter nevnes at de fleste narkotika- eller trafikklovbrudd forblir ukjent for politiet, mens drap blir en politisak. Det antas at mange tilfeller av vold og seksuelle overgrep, særlig i nære relasjoner, aldri blir anmeldt.[4]

Når en anmeldelse er levert og registrert i straffesaksregisteret, gjøres det en vurdering av om det har skjedd et straffbart forhold, og om det er grunnlag for etterforskning av saken. Både på dette stadiet og senere blir saken i mange tilfeller henlagt. Henleggelse er en avgjørelse fra påtalemyndigheten som innebærer at politiet og påtalemyndigheten ikke går videre med saken. Henleggelser kan være ulikt begrunnet, for eksempel at det ikke foreligger skjellig grunn til mistanke om at det er begått en straffbar handling, eller at det ikke anses som ressursmessig rimelig å etterforske saken videre. Henleggelse kan også besluttes fordi gjerningspersonen ikke er strafferettslig ansvarlig.

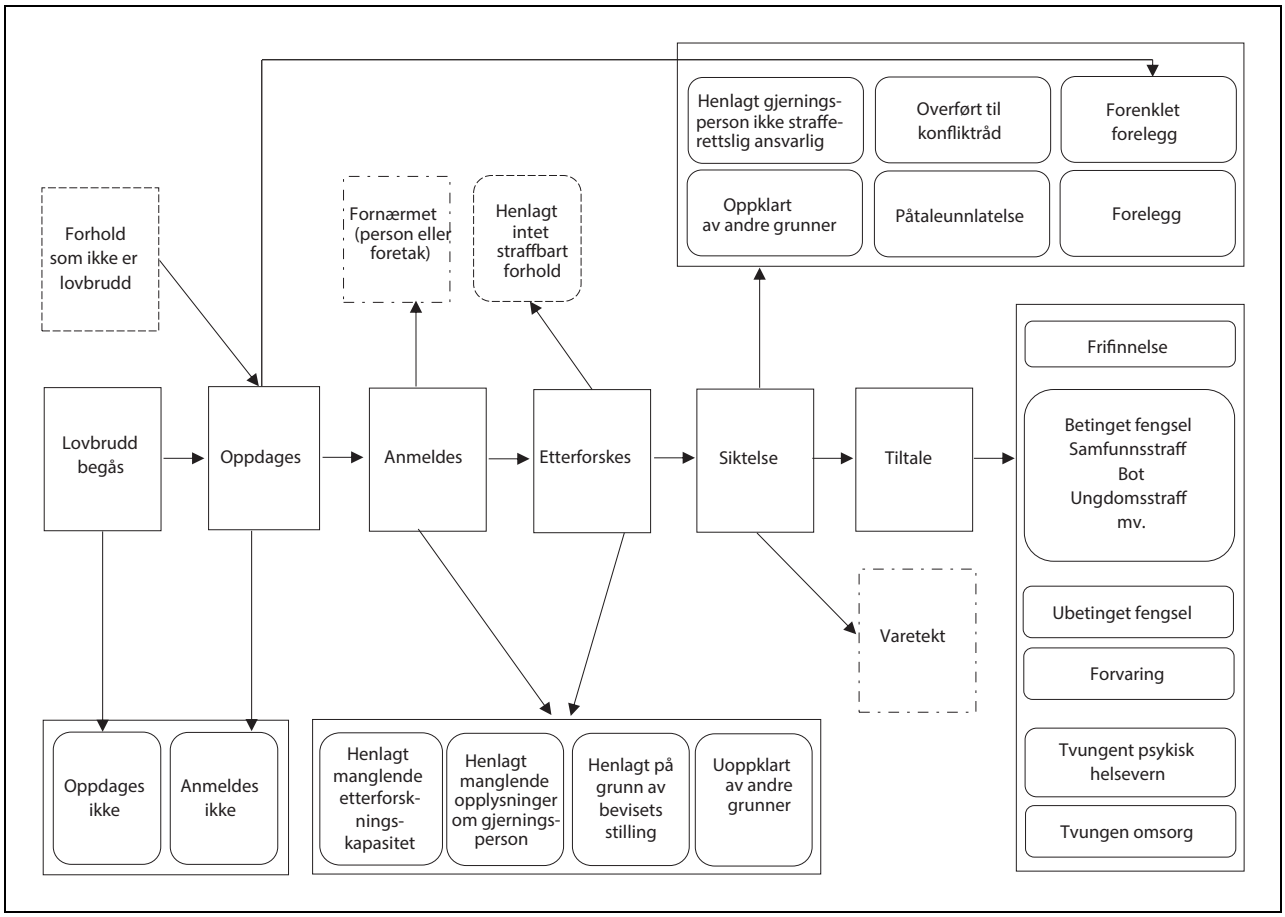
6.2 Anmeldte lovbrudd

Statistisk sentralbyrås hovedstatistikker på området kriminalitet og rettsvesen omfatter anmeldte lovbrudd og ofre, etterforskede lovbrudd, straffereaksjoner og fengslinger. Statistikken for anmeldelser omfatter alle anmeldelser registrert i løpet av statistikkåret. At et lovbrudd er registrert anmeldt et bestemt år, innebærer ikke nødvendigvis at lovbruddet er begått det samme året.

I 2023 ble det anmeldt om lag 328 000 lovbrudd. Fordelt på hovedkategorier, dominerte eiendomstyveri (34,0 prosent), fulgt av trafikkovertredelser (13,4 prosent) og vold og mishandling (13,1 prosent).

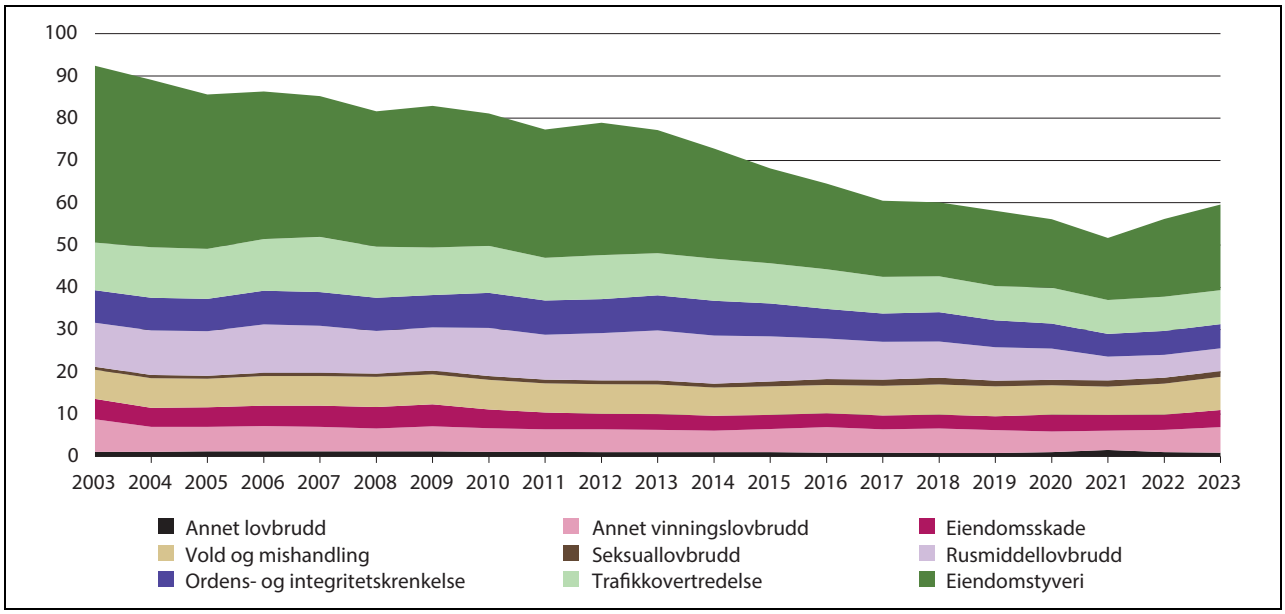
Figur 6.2 viser anmeldte lovbrudd per 1 000 innbyggere etter lovbruddskategori i perioden 2003–2023. Til tross for at antall anmeldte lovbrudd har økt de to siste årene (både absolutt og sett i forhold til befolkningstall), er antall anmeldte lovbrudd per år kraftig redusert gjennom perioden, fra en rate på vel 92 anmeldte lov-

1 Politiloven § 2 nr. 3.
2 Straffeprosessloven § 55 a.
3 Politiforum.no
4 Konfliktrådet, kriminalstatistikk.



Figur 6.1 Forenklet fremstilling av oppfølgingen av straffbare handlinger i politiet, påtalemyndigheten og domstolene

Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kriminalitet og rettsvesen 2009 (noe justert)



Figur 6.2 Anmeldte lovbrudd etter hovedkategori per 1 000 innbyggere 2003–2023

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 08484

brudd per 1 000 innbyggere i 2003, til en rate på i underkant av 60 anmeldte lovbrudd per 1 000 innbyggere i 2023. Det er særlig antall anmeldte lovbrudd innenfor kategorien eiendomstyveri som er redusert. Antall anmeldte seksuallovbrudd per 1 000 innbyggere er fordoblet siden 2003, men utgjør fortsatt en liten andel av totalt antall anmeldte lovbrudd (vel 2,3 prosent i 2023).

6.3 Krav til skyldevne for å kunne holdes strafferettslig ansvarlig

Skyldevne er en grunnleggende forutsetning for straffansvar. I korthet dreier skyldevne seg om den enkeltes evne til å handle på en måte som medfører straffansvar. Strafferetten bygger på at de fleste mennesker over en viss alder vanligvis har skyldevne, men åpner også for at det finnes noen unntak.[5]

Skyldevne, og særlig hvem som anses for å mangle den, er regulert i straffeloven § 20, som lyder:

> Den som på handlingstidspunktet er under 15 år, er ikke strafferettslig ansvarlig.
>
> Det samme gjelder den som på handlingstidspunktet er utilregnelig på grunn av
> a. sterkt avvikende sinnstilstand
> b. sterk bevissthetsforstyrrelse eller
> c. høygradig psykisk utviklingshemming.
>
> Ved utilregnelighetsvurderingen etter annet ledd skal det legges vekt på graden av svikt i virkelighetsforståelse og funksjonsevne.
>
> Den som forbigående er utilregnelig som følge av selvforskyldt rus, fritas ikke for straff, med mindre særlige grunner tilsier det. Den som har en vedvarende tilstand som nevnt i annet ledd bokstav a og som selvforskyldt fremkaller en utilregnelighetstilstand, kan straffes dersom særlige grunner tilsier det.

Det fremgår av bestemmelsens første ledd at den som var under 15 år på handlingstidspunktet, ikke er strafferettslig ansvarlig.[6] Aldersgrensen omtales i denne utredningen som den strafferettslige lavalder. Som nevnt i kapittel 3, gjelder utvalgets mandat kun siktede og domfelte barn som er over denne aldersgrense.

Straffeloven § 20 andre og tredje ledd gjelder manglende skyldevne på grunn av utilregnelighet. Denne bestemmelsen gjelder altså dem som er over den strafferettslige lavalderen, barn inkludert. Bestemmelsen etterspør en vurdering i to trinn.[7] Først må det vurderes om gjerningspersonen på handlingstiden var i en tilstand som omfattes av noen av grunnvilkårene i første ledd bokstav; a) «sterkt avvikende sinnstilstand», b) «sterk bevissthetsforstyrrelse» eller c) «høygradig psykisk utviklingshemming». Deretter må det vurderes om gjerningspersonen var «utilregnelig på grunn av» den aktuelle tilstanden. I denne vurderingen skal det etter tredje ledd legges vekt på graden av svikt i virkelighetsforståelse og funksjonsevne som personen hadde på handlingstidspunktet. Det må her gjøres en helhetlig, skjønnsmessig vurdering av hvorvidt alvorligheten i tilstanden tilsier at personen var utilregnelig eller ikke.[8]

Forbigående utilregnelighet som følge av selvforskyldt rus, fritar likevel ikke for straff med mindre særlige grunner tilsier det, jf. bestemmelsens fjerde ledd første setning. Fjerde ledd andre setning åpner tilsvarende for straff for tilfeller av selvforskyldt utilregnelighet. Denne bestemmelsen er særlig ment å omfatte tilfeller der personen hadde en alvorlig lidelse med relevans for utilregnelighet etter bokstav a, og selvforskyldt fremkalt sin egen utilregnelighet gjennom å ruse seg.[9] Straff kan da ilegges hvis særlige grunner tilsier det.

Dersom en person vurderes å ha vært utilregnelig etter straffeloven § 20, skal vedkommende frifinnes. Utilregnelighet hører her prosessuelt under skyldspørsmålet. Hvis vilkårene etter straffeloven §§ 62 eller 63 er oppfylt, kan det isteden være aktuelt å idømme en strafferettslig særreaksjon. I tilfeller der en særreaksjon ikke fremstår som aktuelt, vil saken kunne henlegges. Det hender at saker ender med at det idømmes straff selv om det underveis i saken har vært spørsmål om gjerningspersonens (u)tilregnelighet. For eksempel kan dette ha vært situasjonen i tilfeller hvor personer med alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelser som ikke var utilregnelige på handlingstiden, idømmes fengsels- eller forvaringsstraff.

---

5 Om skyldevnebegrepet i norsk rett, Gröning, L., Jacobsen, J. og Husabø, E. J. (2003). *Frihet, forbrytelse og straff. En systematisk fremstilling av norsk strafferett*, s. 488 – 489 med videre referanser.

6 Se om denne bestemmelse i Gröning, L., Jacobsen, J. og Husabø, E. J. (2023). *Frihet, forbrytelse og straff. En systematisk fremstilling av norsk strafferett*, s. 497-498.

7 Jf. HR-2023-1243-A og HR-2023-1242-A.

8 Prop. 154 L (2016–2017), s. 55.

9 Prop. 154 L (2016–2017), også s. 111. For en videre omtale av reglene i fjerde ledd, se Gröning, L., Jacobsen, J. og Husabø, E. J. (2023), s. 513 – 518.

Både spørsmål om hvordan strafferettslig tilregnelighet bør være regulert, og om hvilke reaksjoner som bør kunne idømmes henholdsvis tilregnelige og utilregnelige, har gjennom årene vært gjenstand for betydelig utredning og diskusjon.[10] Dagens bestemmelser om strafferettslig utilregnelighet fikk sin nåværende form ved lov 21. juni 2019 nr. 48, med virkning fra 1. oktober 2020.[11]

Tidligere er spørsmålet om innretningen av bestemmelsene om strafferettslig tilregnelighet drøftet blant annet av Straffelovrådet i NOU 1974: 17 *Strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner*. Rådets flertall foreslo at personer som på handlingstidspunktet var alvorlig sinnslidende («sinnssyk») eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad («åndssvak»), skulle anses utilregnelig. Det samme gjaldt en person som hadde handlet under sterk bevissthetsforstyrrelse eller i «annen dyptgående abnormtilstand».

Spørsmål om utformingen av straffelovens regulering av utilregnelighet er videre drøftet i Særreaksjonsutvalget i NOU 1990: 5 *Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner*. Særreaksjonsutvalget foreslo at en person som på handlingstidspunktet hadde vært psykotisk, og dermed uten evne til en realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen, skulle anses utilregnelig og fritas fra straffansvar. Det samme gjaldt en person med høygradig psykisk utviklingshemming. Med «høygradig» utviklingshemming siktet utvalget til personer med en fungering tilsvarende en IQ på 55 eller lavere.[12] Videre mente Særreaksjonsutvalget (i likhet med Straffelovrådet) at disse absolutte utilregnelighetsreglene burde suppleres med en skjønnsmessig mulighet til å frita lovbrytere som ikke var psykotiske eller høygradig utviklingshemmede, fra straff. Utvalget foreslo at dette kunne gjelde personer som i handlingsøyeblikket hadde en «alvorlig psykisk lidelse», var «psykisk utviklingshemmet i lettere grad» eller hadde handlet under «sterk bevissthetsforstyrrelse». For tilstander utenom psykose eller høygradig utviklingshemming skulle det være et tilleggskrav at vedkommende hadde en «betydelig svekket evne» til å gjøre en realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen.[13]

Etter at Særreaksjonsutvalget hadde fremlagt sin utredning, ble straffelovens regel om utilregnelighet utformet slik at en lovbryter som på handlingstiden var «psykotisk», «bevisstløs» eller «psykisk utviklingshemmet i høy grad», ikke kan straffes.[14] Stortinget sluttet seg imidlertid ikke til forslag om at det skulle være en skjønnsmessig adgang til å frita også andre grupper fra straff. I stedet ble det vedtatt en regel om at når lovbryteren på handlingstidspunktet hadde en alvorlig psykisk lidelse med en betydelig svekket evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen (uten å være psykotisk), eller var lettere psykisk utviklingshemmet eller handlet under en sterk bevissthetsforstyrrelse som ikke var følge av selvforskyldt rus, kunne retten fastsette straffen til under minstestraff, eller til en mildere straffart enn det som ellers fulgte av loven.[15]

I kjølvannet av terrorangrepet i Oslo sentrum og på Utøya 22. juli 2011 oppsto det en ny diskusjon om straffelovens utilregnelighetsregler og psykiatriens rolle i strafferettspleien. Tilregnelighetsutvalget ble nedsatt for å gjennomgå regelverket om dette, og utvalget fremla NOU 2014: 10 *Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern*. Utvalget anbefalte at utilregnelighetsreglene fortsatt skulle være basert på det såkalte medisinske prinsipp, men i en noe modifisert form. Utvalget understreket at man må skille mellom den medisinsk-faglige vurderingen og den rettslige vurderingen av om den tiltalte i gjerningsøyeblikket var så psykisk forstyrret at personen ikke bør og kan holdes ansvarlig, og at det er domstolen som må ta stilling til om lovens kriterier for utilregnelighet er oppfylt, på grunnlag av utredning fra sakkyndige. Utvalget mente videre at også tilstander som kan likestilles med psykose eller utviklingshemming, burde omfattes av utilregnelighetsregelen. Som et eksempel på det siste viste utvalget til at dette særlig kan være aktuelt ved alvorlige hjerneskader påført for eksempel ved ulykker eller langt fremskreden demens.[16]

Tilregnelighetsutvalgets utredning ble fulgt opp ved Prop. 154 L (2016–2017). I proposisjonen foreslo departementet en noe annen innretning på utilregnelighetsregelen enn det som lå i utvalgets forslag, blant annet ved å erstatte ordet «psyko-

[10] Den historiske utviklingen av dagens forvaring og de strafferettslige særreaksjonene er beskrevet i kapittel 7.

[11] Om det nærmere innholdet i bestemmelsen, se blant annet Frøberg. (2020). De nye reglene om strafferettslig skyldevne, s. 172. *Lov og Rett*. Se også Gröning, L., og Melle, K. (2022). Strafferettslig utilregnelighet: Regelavklaring og rolleavklaring. *Jussens venner* 57 (5-6) 2022, s. 399–441.

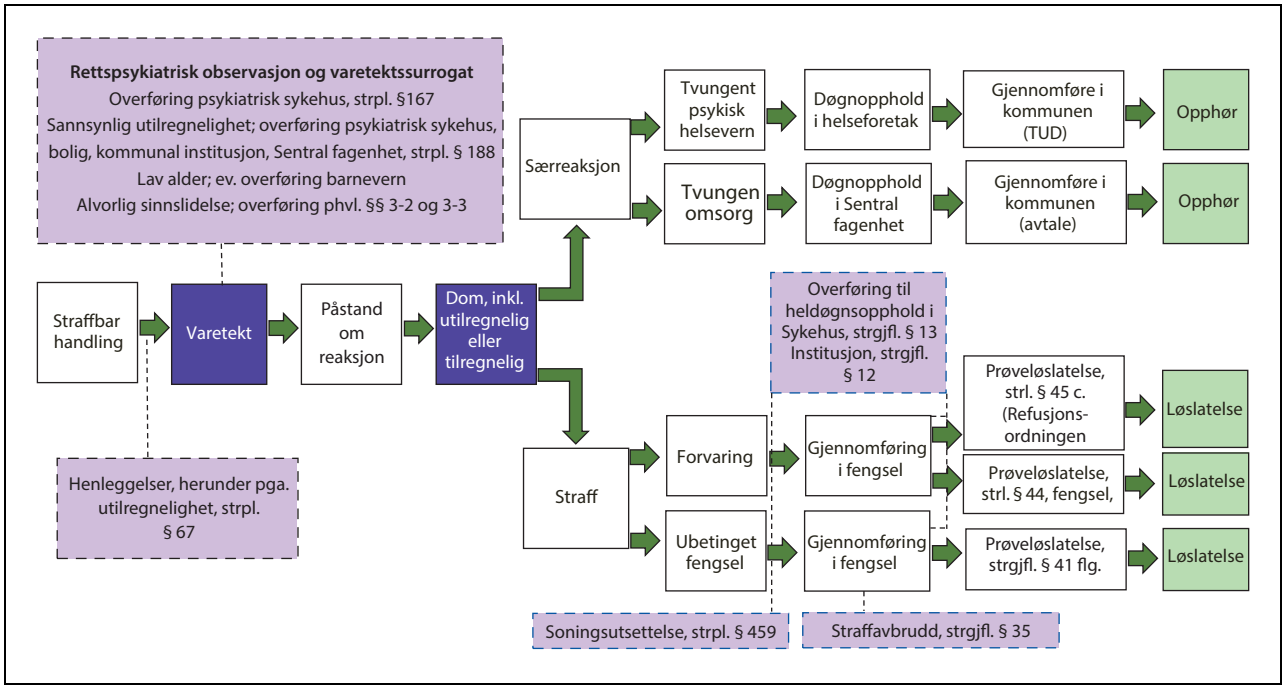
[12] Grenseverdien IQ 55 var ment som veiledende, jf. NOU 1990: 5, s. 52.

[13] NOU 1990: 5, s. 14.

[14] Straffeloven (1902) § 44.

[15] Straffeloven (1902) § 56.

[16] NOU 2014: 10, s. 24.



Figur 6.3 Idømmelse og gjennomføring av strafferettslige reaksjoner

tisk» med «alvorlig sinnslidelse».[17] Stortinget sluttet seg imidlertid ikke til proposisjonen på dette punktet, og vedtok uttrykksformen «sterkt avvikende sinnstilstand», slik det nå ligger i straffeloven § 20 andre ledd bokstav a. Denne formuleringen tydeliggjorde at også andre tilstander enn det som medisinsk er å regne som psykose kan medføre utilregnelighet, slik som for eksempel demens, hjerneskader, autistiske trekk eller somatiske lidelser. Det har også åpnet for en endring i hvem som kan idømmes særreaksjon. Under lovprosessen ble det for øvrig tydeliggjort at det er retten, og ikke de sakkyndige, som skal avgjøre skyldspørsmålet.[18] Den veiledende IQ-grensen for når en person skal anses «høygradig» utviklingshemmet, jf. straffeloven § 20 andre ledd bokstav c, ble hevet fra cirka 55 til cirka 60.[19]

Endelig nevnes at det også ligger i endringene av straffeloven med virkning fra 2020 at det nå er opp til rettens skjønn å avgjøre hvilken av særreaksjonene – tvungen omsorg eller tvungent psykisk helsevern – som er den riktige for den enkelte gjerningsperson.[20]

Figur 6.3 gir en forenklet illustrasjon av systemet for idømmelse og gjennomføring av strafferettslige reaksjoner.

6.4 Etterforskede lovbrudd og henleggelser

Ikke alle anmeldte lovbrudd utløser etterforskning. Tallmessig avgjøres mange lovbrudd gjennom vedtakelse av forenklede forelegg fra politiet eller tollmyndigheten, eller gjennom administrative sanksjoner ilagt av andre deler av forvaltningen. I slike tilfeller avsluttes saken uten videre oppfølging fra politiet og påtalemyndigheten.

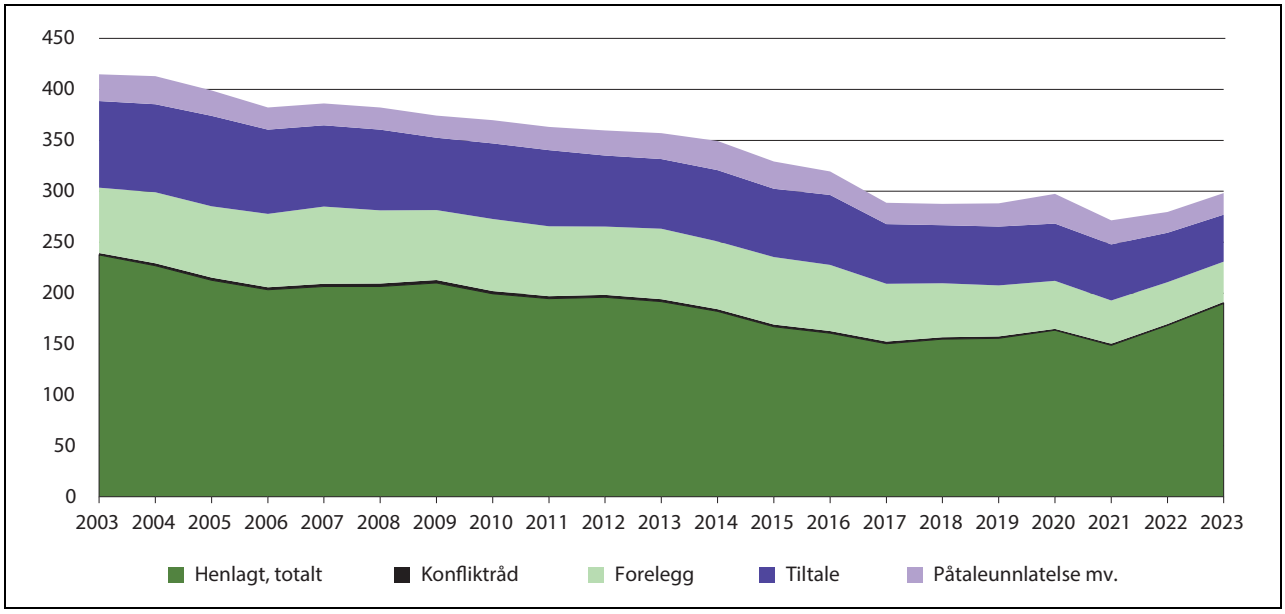
Gjennom etterforskning samler og analyserer politiet bevis. Etterforskningen munner ut i en avgjørelse fra påtalemyndigheten av om det skal reises tiltale eller saken avgjøres gjennom forelegg på bot eller påtaleunnlatelse, eller om saken tvert imot skal henlegges. I 2023 ble etterforskningen av totalt 298 200 lovbrudd avsluttet. I om lag 15 prosent av disse sakene ble det tatt ut tiltale. Andelen etterforskede lovbrudd som ender i tiltale har variert noe over tid, med et årlig gjennomsnitt på om lag 19 prosent i perioden 2003–2023. Omtrent 64 prosent av sakene ble henlagt.

[17] Den nye regelen ble omtalt som et «modifisert blandet prinsipp», se Prop. 154 L (2016–2017), s. 13, 66.

[18] Prop. 154 L (2016–2017), s. 7.

[19] Se for en videre diskusjon om den veiledende IQ-grensen, Gröning, L. og Westrum V. (2022). Strafferettslig utilregnelighet ved psykisk utviklingshemming – en diskusjon om regelen og praktiseringen av den, s. 214–237.

[20] Prop. 154 L (2016–2017) punkt 5.1.9.



Figur 6.4 Etterforskede lovbrudd etter politiets avgjørelse. Antall i 1 000. 2003–2023

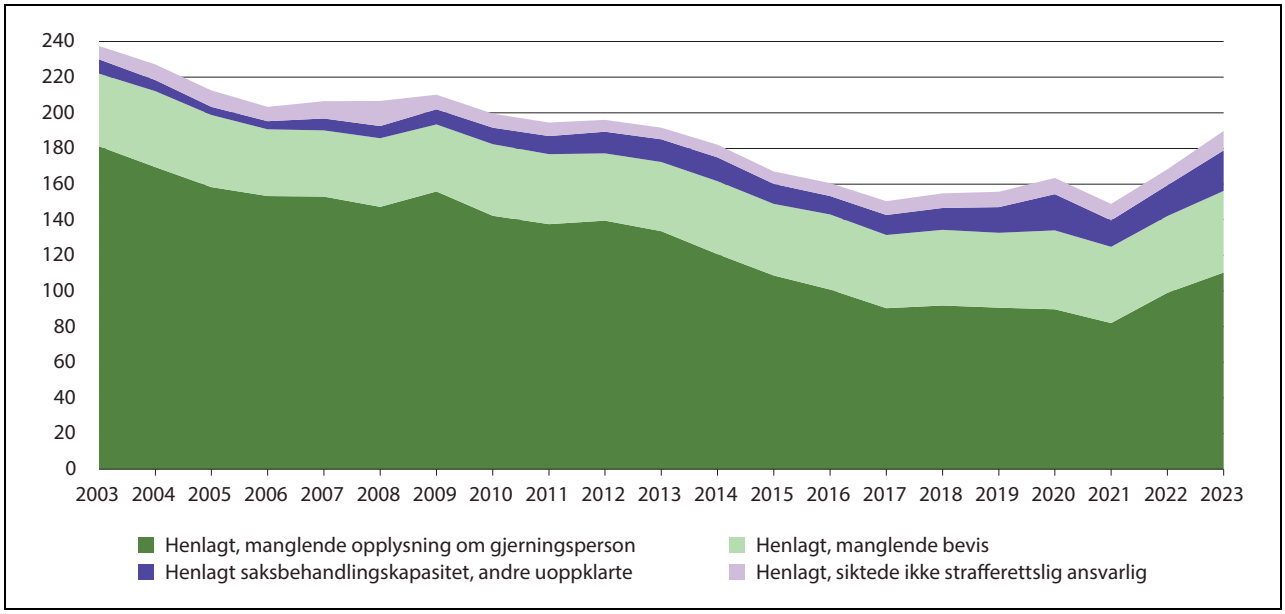
Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 09405

Figur 6.4 viser hvordan avsluttede etterforskninger fordelte seg på ulike kategorier av avgjørelser i perioden 2003–2023.

Henleggelser er i statistikken inndelt i kategoriene:

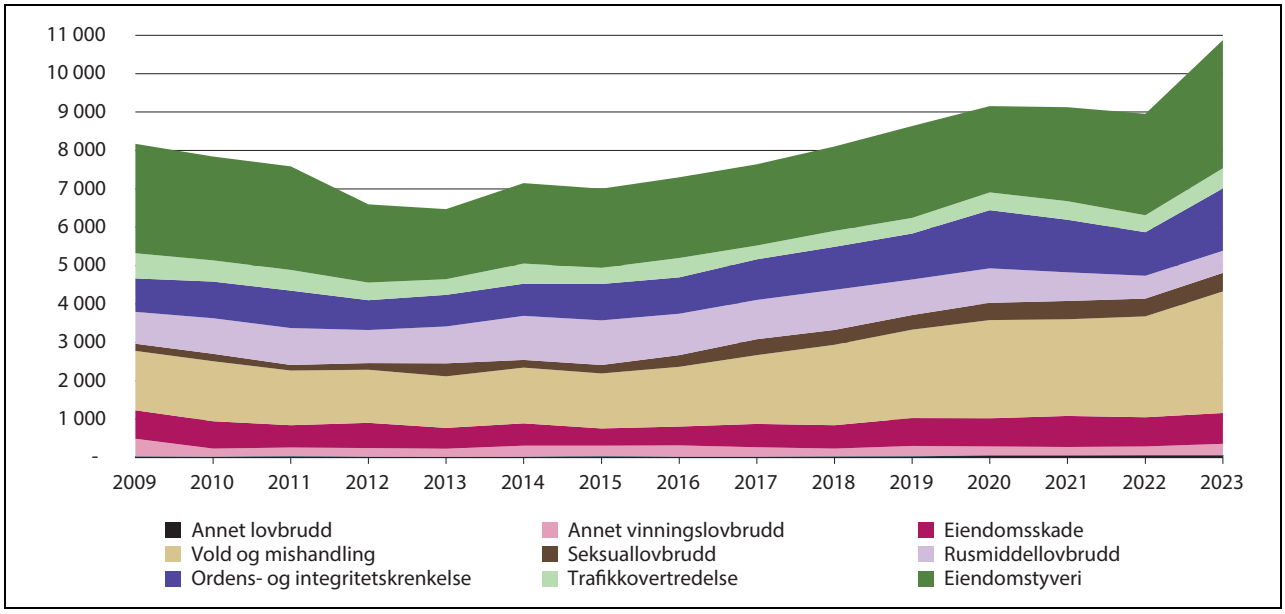
- henlagt som følge av manglende opplysninger om gjerningsperson,
- henlagt som følge av manglende bevis
- henlagt som følge av manglende saksbehandlingskapasitet, og
- henlagt fordi siktede ikke er strafferettslig ansvarlig

Figur 6.5 viser henleggelsene fordelt på de fire henleggelseskategoriene i perioden 2003–2023. Det fremgår at saker som blir henlagt på grunn av manglende opplysninger om gjerningsperson utgjør hoveddelen av alle henlagte saker (58 prosent i 2023).



Figur 6.5 Henleggelser etter kategori. Antall i 1 000. 2003–2023

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 09405



Figur 6.6 Etterforskede lovbrudd henlagt fordi gjerningspersonen ikke var strafferettslig ansvarlig etter type lovbrudd 2009–2023

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 09405.

Saker som ble henlagt fordi gjerningspersonen ikke var strafferettslig ansvarlig utgjorde 3,6 prosent av alle lovbrudd som ble ferdig etterforsket i 2023. Andelen er doblet siden 2003. Saker som ble henlagt fordi gjerningspersonen ikke var strafferettslig ansvarlig utgjorde 5,7 prosent av alle henleggelsene i 2023. Denne andelen er nær doblet siden 2003.

Figur 6.6 viser hvordan sakene som henlegges fordi gjerningspersonen ikke var strafferettslig ansvarlig, fordeler seg på hovedtyper av lovbrudd.

Kategorien «henlagt, siktede ikke strafferettslig ansvarlig» omfatter alle henleggelser hvor siktede ikke kan stilles til ansvar. Dette inkluderer både henleggelser som følge av at mistenkte var under den kriminelle lavalderen (15 år) på handlingstidspunktet, henleggelser som skyldes at siktede er død, og henleggelser på grunn av at siktede var utilregnelig på handlingstidspunktet. Straffesaksregisteret, som denne statistikken bygger på, skiller mellom to ulike registreringskoder knyttet til utilregnelighet – kode 065 «henlagt på grunn av tvil om gjerningspersonens strafferettslige tilregnelighet på gjerningstidspunktet» og 066 «henlagt på grunn av gjerningsperson utilregnelig på grunn av sinnslidelse».[21,22]

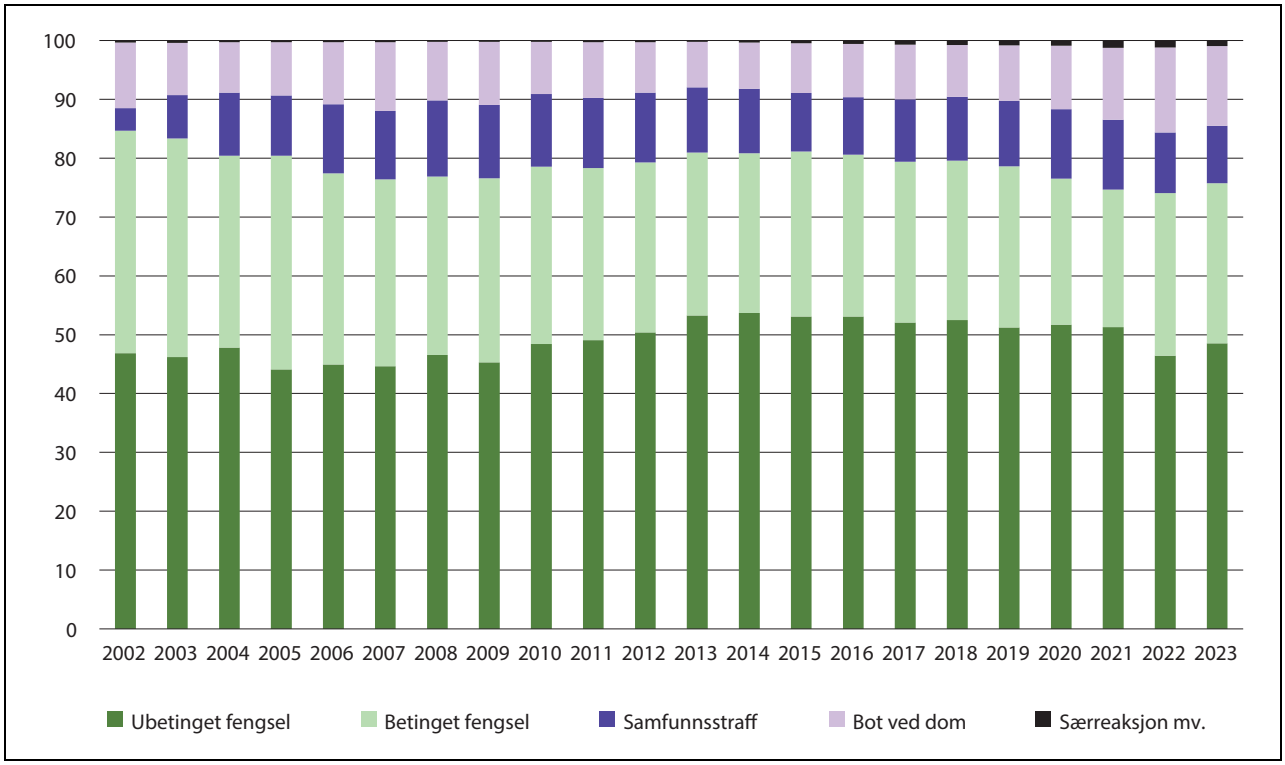
Siden SSBs statistikk for etterforskede lovbrudd ikke er mer detaljert, er ikke utvalget kjent med hvor mange i kategorien «henlagt, siktede ikke strafferettslig ansvarlig» som var henholdsvis under den kriminelle lavalderen, døde eller ble vurdert som utilregnelige. Av omtale av statistikken fremgår det imidlertid at drøyt halvparten av de ferdig etterforskede sakene i denne kategorien i 2023, omlag 5 600 saker, ble henlagt på grunn av gjerningspersonens alder på gjerningstidspunktet.[23] Et grovt anslag er derfor at om lag 5 000 av de 10 877 sakene som i 2023 ble henlagt fordi gjerningspersonen ikke kunne stilles til ansvar, ble henlagt på bakgrunn av utilregnelighet eller tvil om gjerningspersonens tilregnelighet. Anslaget innebærer at det legges til grunn at antall døde gjerningspersoner ikke overstiger 2–300.

TV2 kartla og publiserte i august 2023 henleggelser etter den ene av de to kodene i straffesaksregisteret som er knyttet til utilregnelighet, kode

21 Statistisk sentralbyrå. (2020). *Fra overgrep til straff», vedlegg D: Klassifisering av avgjørelser i straffesakskjeden 2010–2017.*

22 Statistikkategorien «henlagt på grunn av manglende opplysning om gjerningsperson» omfatter følgende koder i straffesaksregisteret 051 «henlagt fordi mistenkte var under 15 år», 159 «henlagt fordi mistenkte var under 15 år – oversendt barnevernet», 052 «overført barnevernsnemnda», 064 «henlagt på grunn av mistenktes død», 065 «henlagt på grunn av tvil om gjerningspersonens strafferettslige tilregnelighet på gjerningstidspunktet» og 066 «henlagt på grunn av gjerningsperson utilregnelig på grunn av sinnslidelse».

23 Statistisk sentralbyrå. (2024). *Høyeste antall henleggelser på ti år.*



Figur 6.7 Straffereaksjoner som idømmes av domstolen etter hovedkategori. 2002–2023. Prosent

Kilde: Statistisk sentralbyrå, straffereaksjoner

065 «tvil om tilregnelighet». Kartleggingen omfattet 212 henleggelser etter denne koden. TV2 mente å kunne dokumentere at politiet hadde henlagt alt fra mindre tyverier til knivstikking, ran og drapstrusler med kode 065, også for gjerningspersoner som senere ble dømt for drap. TV2 viste videre til at det ikke finnes noe tak på hvor mange ganger politiet kan henlegge saker med kode 065 mot en person, og til at bruken av henleggelseskode 065 er nesten doblet på 20 år. Etter det opplyste ble 2 288 ulike kriminelle forhold henlagt med kode 065 i Norge i 2002, mens tallet i 2022 var 3 460.

I 2023 ble cirka 0,9 prosent av de påtaleavgjorte sakene henlagt på grunn av tvil om gjerningspersonens tilregnelighet. Dette er omtrent på nivå med året før, hvor tilsvarende andel var cirka 0,8 prosent.[24]

I en nylig publisert artikkel om tidligere kriminalitet og psykisk helsehjelp hos personer dømt til tvungent psykisk helsevern[25] fremgår det at av 286 personer med «soningserfaring» dømt til tvungent psykisk helsevern, hadde 246 personer (86 prosent) tidligere domfellelser. 140 personer (49 prosent) hadde fått kriminelle forhold henlagt på grunn av tvil om strafferettslig tilregnelighet.

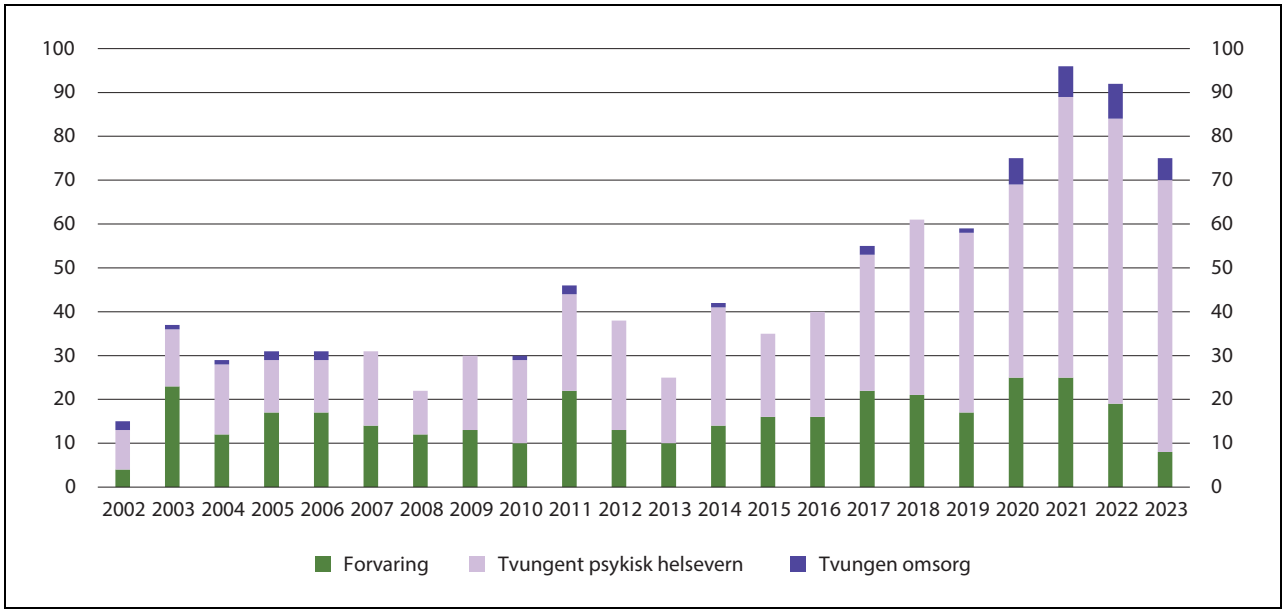
6.5 Straffereaksjoner og frifinnelser

Straffereaksjoner er statistisk inndelt i reaksjonstypene betinget påtaleunnlatelse, forenklet forelegg, forelegg, bot ved dom, samfunnsstraff, betinget fengsel, ubetinget fengsel og «særreaksjon eller annen type reaksjon». Den avgjort vanligste formen for straffereaksjon er forenklet forelegg, som utgjorde over 80 prosent av alle straffereaksjonene i 2023. Straffereaksjoner som idømmes av domstolen utgjorde om lag 5,4 prosent av alle nye straffereaksjoner i 2023. Av de fem hovedtypene av reaksjoner som idømmes av domstolen, er ubetinget fengsel den langt største kategorien, med en andel på rundt 50 prosent, se figur 6.7

I kategorien «særreaksjon og annen type reaksjon» inngår forvaringsdommer, dommer til tvungent psykisk helsevern, dommer til tvungen omsorg og «annen type reaksjon». «Annen type reaksjon» omfatter blant annet ungdomsstraff, rettighetstap og straffutmålingsutsettelse. «Særreaksjon og annen type reaksjon» utgjorde i 2023 én

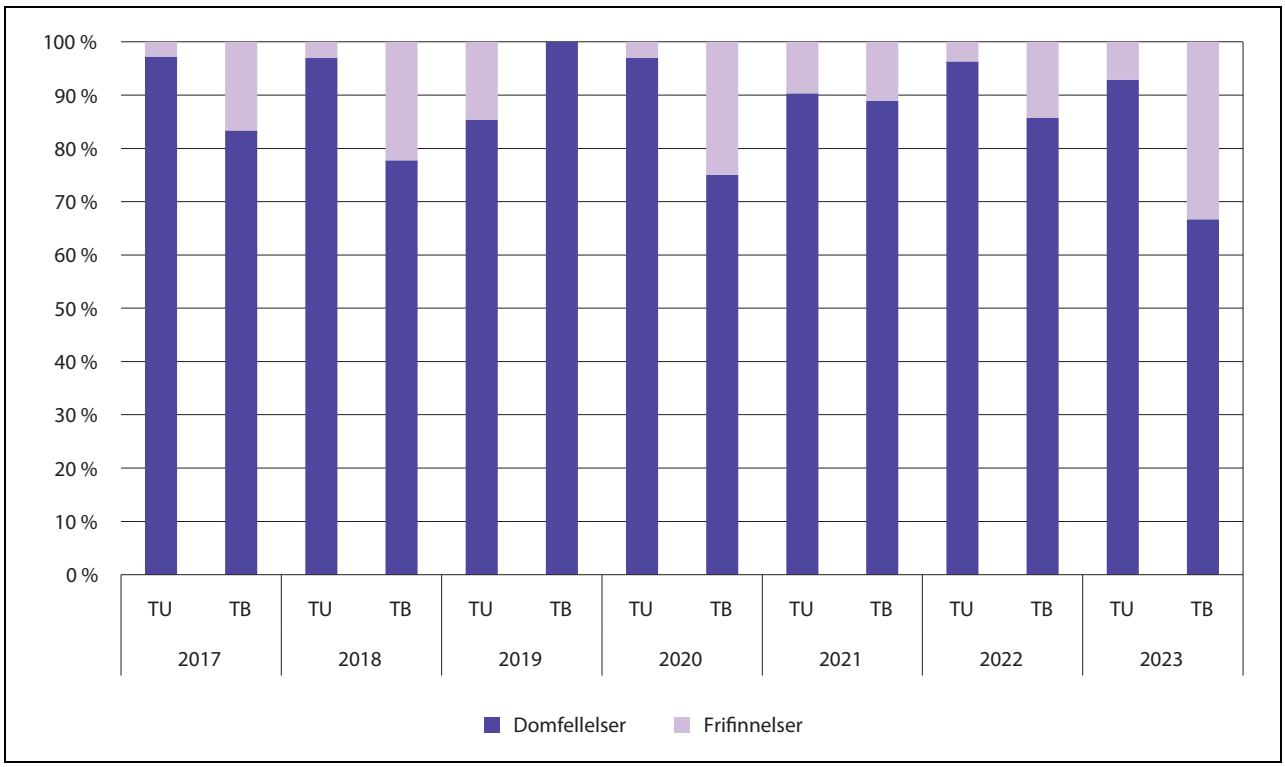
[24] Politidirektoratet og riksadvokaten. (2024). *Straffesaksbehandlingen i politiet 2023*.

[25] Rognli, E., Bukten, A. Jørgen G., Bramness, J. og Stavseth, M. (2024). Tidligere kriminalitet og psykisk helsehjelp hos personer med soningserfaring som blir dømt til tvungent psykisk helsevern. *Tidsskrift for den norske legeforening*.



Figur 6.8 Antall nye dommer til straffereaksjonene forvaring, dom til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg. 2002–2023

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10622



Figur 6.9 Domfellelser og frifinnelser ved påstand om tidsubestemt (TU) og tidsbestemt (TB) tvungent psykisk helsevern 2017–2023

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, årsrapport 2023

prosent av alle straffereaksjoner som idømmes av domstolen. «Annen type reaksjon» utgjør om lag halvparten av straffereaksjonene i denne kategorien. Det innebærer at antall nye dommer til forvaring og særreaksjonene hvert år utgjør om lag 0,5 prosent av alle de reaksjonene domstolen idømmer. Figur 6.8 viser antall dommer til forvaring, tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg hvert år.

Domstolsbehandlingen av saker hvor det tas ut tiltale er en grunnleggende kvalitetssikrings- og rettsikkerhetsgaranti på straffesaksområdet. Blant annet fordi bevissituasjonen i en sak kan endres under en hovedforhandling, er det påregnelig at noen saker ender med frifinnelse i retten. En for liten andel frifinnelser er ikke tillitsvekkende, mens en for høy andel kan tyde på vilkårlighet eller andre svakheter ved påtaleavgjørelsene.[26],[27] Når det gjelder omfanget av saker som bringes inn for domstolen og som ender i frifinnelse, er utvalgets inntrykk at andelen har holdt seg relativt stabil på 7–8 prosent over flere år.[28]

Figur 6.9 viser utfallet i saker for domstolen hvor det er lagt ned påstand om dom til henholdsvis tidsubestemt og tidsbestemt tvungent psykisk helsevern for årene 2017–2023. Av totalt 665 tiltaler i perioden 2002–2023, kom retten i 56 saker til frifinnelse ved påstand om dom til tvungent psykisk helsevern.[29] Andelen frifinnelser varierer noe fra år til år, men er gjennomgående mye høyere i saker der det er lagt ned påstand om tidsbegrenset tvungent psykisk helsevern enn i saker der det er lagt ned påstand om dom til tidsubestemt tvungent psykisk helsevern. 40 av frifinnelsene gjaldt påstand om tidsubestemt dom og 16 gjaldt tidsbestemt dom. Dette tyder på at frifinnelsesprosenten er om lag på samme nivå som for strafferettsbehandlingen generelt når det gjelder saker med påstand om tidsubestemt dom til tvungent psykisk helsevern, om lag 7 prosent, mens den er på over 20 prosent når det gjelder saker med påstand om tidsbestemt dom til tvungent psykisk helsevern.[30]

Det finnes ikke tilsvarende lett tilgjengelige oversikter over frifinnelser i saker der det har vært lagt ned påstand om dom til forvaring eller om dom til tvungen omsorg.

---

[26] Politidirektoratet og Riksadvokaten. (2023). *Politiets straffesaksbehandling 2022*.

[27] Politidirektoratet og Riksadvokaten. (2024). *Straffesaksbehandlingen i politiet 2023*.

[28] I rapport fra Politidirektoratet og Riksadvokaten for 2022 vises det til at «Frifinnelsesprosenten for saker brakt inn for domstolene har holdt seg relativt stabil over flere år, og var for landet som helhet ca. 7,5 prosent i 2022».

[29] Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport,* s. 6–7.

[30] Nasjonal koordineringsenhet har opplyst at i noen av sakene ble den tiltalte i stedet idømt en straffereaksjon. I to saker hvor det ble tatt ut tiltale med påstand om dom til tidsubestemt tvungent psykisk helsevern, ble tiltalte i stedet idømt tvungen omsorg.

Kapittel 7
Den historiske utviklingen av dagens forvaring og strafferettslige særreaksjoner

7.1 Forvaring og særreaksjonene avløste sikring

Forvaring i dagens form, og særreaksjonene dom til overføring til tvungent psykisk helsevern og dom til overføring til tvungen omsorg, ble innført i 2002. Reaksjonene avløste den tidsubestemte reaksjonen sikring. Formelt avløste de nye reglene om forvaring også en tidligere form for forvaring som ikke hadde vært i bruk siden 1963. I perioden mellom 1963 og 2002 ble tilregnelige lovbrytere som ble ansett som særlig farlige, i stedet idømt sikring.[1,2]

Reaksjonen sikring var i bruk særlig fra 1929.[3] Sikring ble ikke regnet som straff, og kunne idømmes både tilregnelige og utilregnelige. For tilregnelige kunne sikring idømmes enten alene eller sammen med fengselsstraff. Ved kombinasjon av fengselsstraff og sikring måtte den domfelte først gjennomføre en tidsbestemt fengselsstraff, og deretter sikring, som altså var tidsubestemt. Sikring var aktuelt dersom lovbruddet var begått i «bevisstløshet som en følge av selvforskyldt rus», under en «forbigående nedsettelse av bevissstheten», eller vedkommende hadde «mangelfullt utviklede eller varig svekkede sjelsevner». Det var særlig overfor den sistnevnte gruppen at sikring ble brukt. Gruppen omfattet stort sett personer med klare mangler eller svikt i intellekt, viljesliv eller følelsesliv.[4]

Straffeloven (1902) presiserte ikke hvilke typer lovbrudd som kunne gi sikring. Reaksjonen ble typisk benyttet der det var fare for ildspåsettelse og alvorlige sedelighets- eller voldsforbrytelser. Hovedformålet med sikringen var å forhindre nye alvorlige lovbrudd.

I motsetning til forvaring, kunne sikring gjennomføres både i og utenfor fengsel. Det sistnevnte ble gjerne omtalt som «sikring i frihet» eller «frisikring». Foruten opphold i fengsel, kunne sikring innebære anbringelse i forpleining, psykiatrisk sykehus, kursted eller sikringsanstalt.[5] Tanken var at lovbrytere med ulike grader av psykiske avvik skulle plasseres i institusjoner hvor de, ut fra sin tilstand, syntes å høre hjemme. Opprinnelig var ordningen at retten skulle avsi dom på anbringelse i en institusjon, men i 1929 ble dette endret slik at retten i dommen bare skulle angi en ramme, mens administrative organer (påtalemyndigheten og Justisdepartementet) skulle avgjøre hvilke sikringstiltak som skulle benyttes. Slike administrative beslutninger sto likevel tilbake for den såkalte asylsuvereniteten – institusjonene kunne nekte å ta imot sikringsdømte, og de kunne foreta utskrivning selv om dette førte til at den sikringsdømte måtte anbringes i fengsel for å ivareta samfunnsvernet.[6] Sikringen skulle opphøre når den ikke lenger var nødvendig.[7]

Sikringsinstituttet ble massivt kritisert. Straffelovrådet oppsummerte hovedpunktene i kritikken på følgende måte:[8]

- For tilregnelige lovbrytere kom sikringen normalt i tillegg til en tidsbestemt fengselsstraff. For den domfelte kunne det være svært belastende å utholde en tidsbestemt fengselsstraff og *deretter* en sikring på ubestemt tid, ikke minst i de tilfellene der sikringen skulle gjennomføres i fengsel. Det ble framholdt at fengselsstraffen ble idømt for det lovbruddet som var begått, mens sikringen ble idømt for lovbrudd som ikke var begått. I Fengselsreformkomitéens innstilling, som ble avgitt 25. juni 1956, ble det sagt slik: «For de sikringsdømte

1 NOU 1983: 57, s. 196.
2 Justis- og beredskapsdepartementet. (2006). *Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige reaksjoner og forvaring*, s. 35.
3 NOU 1983: 57, s. 197.
4 NOU 1983: 57, s. 196.
5 NOU 1983: 57, s. 196.
6 NOU 1974: 17. s. 80.
7 NOU 1974: 17, s. 80.
8 NOU 1974: 17, s 78.

vil det alltid ligge nær å se det slik at straffen er samfunnets gjengjeldelse av forbrytelsen, og at den påfølgende sikring er et tilleggsonde de ikke har fortjent, og som de derfor vanskelig kan forsone seg med.»[9]

- Det kunne oppfattes som at retten dømte den tiltalte til fengselsstraff, mens psykiaterne «dømte» den tiltalte til sikring. Dette hang blant annet sammen med at psykiaterne i konklusjons form ble pålagt å uttale seg ikke bare om hvorvidt den tiltalte hadde handlet i én av de abnormtilstandene som var et vilkår for sikringsdom, men også om hvorvidt det på grunn av denne tilstanden var fare for at vedkommende ville begå en ny straffbar handling. Flere mente at psykiaterne ikke hadde tilstrekkelige holdepunkter for å vurdere hvilke lovbrytere som var farligere enn andre. Videre ble det framholdt at ordningen kunne svekke de domfeltes tillit til psykiaterne.
- Lovens karakteristikk «mangelfullt utviklede eller varig svekkede sjelsevner» dekket de gruppene domfelte som hyppigst fikk sikringsdom. Dette var ikke et konsist psykiatrisk begrep, og kunne virke krenkende overfor de sikringsdømte.
- Sikring ble i en for vid utstrekning anvendt overfor lovbrytere som var mer plagsomme enn egentlig farlige. Sikringens hovedformål var å verne samfunnet utover det som kunne oppnås ved en ordinær straff. Flere mente at sikring likevel var blitt benyttet i tilfeller hvor fengselsstraff kunne ha vært tilstrekkelig.
- Det ble ansett som et rettssikkerhetsproblem at administrative myndigheter kunne treffe avgjørelser om hvilke sikringsmidler som skulle iverksettes overfor den domfelte.

7.2 Straffelovrådets forslag til et nytt reaksjonssystem

På bakgrunn av kritikken, foreslo Straffelovrådet i NOU 1974: 17 *Strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner* å avvikle reaksjonen sikring. Rådet mente at det burde innføres ulike reaksjoner for tilregnelige og utilregnelige, slik at de tilregnelige bare kunne idømmes straff, og de utilregnelige bare behandling. Spørsmålet om hvilke tiltak som skulle settes i verk, skulle avgjøres i selve dommen, ikke av administrative myndigheter.

Det var en viss dissens i Straffelovrådet. For *tilregnelige* mente rådets flertall at det i størst mulig grad burde anvendes tidsbestemte fengselsstraffer, men at det også skulle være en sterkt begrenset adgang til å idømme tidsubestemt frihetsberøvelse – i forslaget omtalt som forvaring, i tilfeller med særlig fare for andres liv, legeme, helse eller frihet. Rådets flertall mente at det i slike tilfeller ville være uforsvarlig å fastsette varigheten av straffen allerede på domstidspunktet.[10] Flertallet foreslo at det i dommen skulle fastsettes en tidsramme for forvaringen (maksimalt 15 år), og at retten ved dom kunne forlenge den fastsatte tidsrammen for forvaringen med inntil tre år om gangen. Spørsmål om prøveløslatelse og eventuelt om gjeninnsettelse i forvaring ved vilkårsbrudd, skulle også avgjøres av domstolene. Når det gjaldt *utilregnelige*, mente Straffelovrådets flertall at hvis det var fare for at personen vil begå nye alvorlige lovbrudd, var det både nødvendig og hensiktsmessig at samfunnet iverksatte tiltak for å redusere denne risikoen. Slike tiltak burde iverksettes gjennom særreaksjoner ilagt ved dom.[11]

Mindretallet mente at en tidsbestemt fengselsstraff måtte være en tilstrekkelig reaksjon overfor tilregnelige. Overfor utilregnelige mente mindretallet at det ikke burde være anledning til å idømme noen særreaksjon overhodet – uansett hvor alvorlige lovbrudd som var begått og uansett hvor farlig personen ble ansett for å være. Begrunnelsen for standpunktet var primært en vurdering av at man ikke med tilstrekkelig grad av sikkerhet kunne forutse om det var fare for at en lovbryter ville falle tilbake til ny alvorlig kriminalitet eller ikke. Videre mente mindretallet at de foreslåtte reaksjonene ikke ville gi reell beskyttelse, og at de ville føre til unødvendig store omkostninger og være i strid med viktige verdier i det norske samfunnet.[12]

Straffelovrådet vurderte videre i hvilket regelverk særreaksjonene overfor utilregnelige lovbrytere skulle hjemles. Alternativet til en strafferettslig særreaksjon ville være å utvide adgangen til å iverksette tvangstiltak med hjemmel i sivil lovgivning, slik som i den daværende loven om psykisk helsevern eller øvrige sosiale lovgivning. Denne lovgivningen måtte i så fall revideres, og man måtte åpne for å utøve tvangstiltak også innenfor andre grener av sosialomsorgen enn psykisk helsevern. Flertallet mente at det var en svakhet ved loven om psykisk helsevern at utskriving

[9] Gjengitt i NOU 1974: 17, s. 80.

[10] NOU 1974: 17, s. 13

[11] NOU 1974: 17, s. 13

[12] NOU 1974: 17, s. 126–146.

måtte finne sted hvis pasienten ikke lenger var alvorlig sinnslidende. Hvis man sto overfor en person som tidligere hadde begått alvorlig kriminalitet, mente det at man måtte ha vesentlig større mulighet til å holde vedkommende tilbake og til å iverksette andre tvangstiltak.

Straffelovrådets flertall kom til at spørsmål om hvilke tiltak som skal iverksettes som følge av et straffbart forhold, og med sikte på å motvirke nye straffbare forhold, bør avgjøres av domstolene på grunnlag av bestemmelser i straffeloven. Begrunnelsen for dette var blant annet at denne ordningen kunne ha rettssikkerhetsmessige fordeler.[13]

Flertallet i Straffelovrådet foreslo at det skulle innføres tre typer strafferettslige særreaksjoner som kunne anvendes overfor utilregnelige;
- tiltak i frihet,
- institusjonsomsorg, og
- institusjonsanbringelse.

Tiltak i frihet skulle i hovedsak tilsvare det som tidligere ble kalt sikring i frihet. Reaksjonen skulle kunne anvendes i tilfeller der det var fare for tilbakefall til nye lovbrudd, men der det var tilstrekkelig å iverksette tiltak i frihet for å forebygge slike tilbakefall. Eksempler på tiltak i frihet kunne være ambulant psykiatrisk behandling kombinert med tilsyn.[14] Etter forslaget skulle slike tiltak ikke kunne vare lenger enn tre år.

I tilfeller der tiltak i frihet ikke ble ansett tilstrekkelig for å forebygge ny kriminalitet, mente flertallet at kortvarig *institusjonsomsorg* kunne være en passende reaksjon. Dette kunne for eksempel være aktuelt hvis lovbryteren ikke var direkte farlig, men på grunn av sin abnormtilstand relativt ofte begikk lovbrudd.[15] Denne særreaksjonen ville innebære at vedkommende ble dømt til opphold i en institusjon under psykisk helsevern eller andre deler av sosialomsorgen. Hvis det ble avsagt en slik dom, ville institusjonen ha plikt til å ta imot den domfelte. Den medisinske lederen for institusjonen ville likevel ha myndighet til å bestemme når pasienten skulle skrives ut. Etter forslaget kunne et sammenhengende institusjonsopphold ikke vare lenger enn seks måneder uten kontrollkommisjonens samtykke.[16]

Institusjonsanbringelse under psykisk helsevern eller andre deler av sosialomsorgen skulle etter forslaget være aktuelt for personer som har begått alvorlige volds- eller voldspregede forbrytelser, og som er særlig farlige for andres liv, legeme, helse eller frihet. Ved slik institusjonsanbringelse skulle oppholdet være tidsubestemt, men ikke kunne vare lenger enn fem år uten kontrollkommisjonens samtykke.[17] Vilkårene for institusjonsanbringelse skulle i all hovedsak være de samme som for forvaring av tilregnelige, det vil si bare når forbrytelsen, sammenholdt særlig med personens sinnstilstand og tidligere atferd, ga grunn til å anta at vedkommende var særlig farlig. Et sentralt punkt i forslaget var at institusjonene skulle ha plikt til å ta imot de domfelte, uavhengig av om vilkårene i den daværende loven om psykisk helsevern var oppfylt. Spørsmål om utskriving skulle avgjøres av Kontrollkommisjonen. Forslaget innebar dermed et betydelig inngrep i asylsuvereniteten.

Flertallet i Straffelovrådet mente at spørsmålet om hvilke institusjoner som skulle ta imot de domfelte, skulle reguleres i forskrifter.[18] Siden tilstanden for den enkelte kan endre seg under oppholdet, burdet det være mulig å overføre den domfelte til andre institusjoner. Videre mente flertallet at det måtte være mulig å overføre den domfelte til fengsel hvis vedkommende ikke var alvorlig sinnslidende etter psykisk helsevernloven, og forholdene ellers gjorde det nødvendig med en slik overføring.[19]

7.3 Noen hovedpunkter i kritikken mot Straffelovrådets forslag

Innstillingen fra Straffelovrådet møtte sterk kritikk i den offentlige høringen, særlig fra psykiatrisk hold. Kritikken rettet seg primært mot forslagene til strafferettslige særreaksjoner, og det markerte bruddet med prinsippet om asylsuverenitet som en dom på institusjonsanbringelse ville innebære. En rekke høringsinstanser mente at innleggelse i en psykiatrisk institusjon måtte avgjøres på medisinsk grunnlag, og ikke av en domstol som følge av en straffbar handling og ut fra samfunnets behov for beskyttelse mot farlige lovbrytere.[20] For eksempel uttalte *Norsk psykiatrisk forening* at:

> Straffelovkommisjonen foreslår som prinsipp at *utilregnelige lovbrytere* som utgjør en særlig fare for andres liv, legeme, helse eller frihet kan idømmes anbringelse i psykiatriske institusjo-

13 NOU 1974: 17, s. 89 – 90.
14 NOU 1974: 17, s. 87.
15 NOU 1974: 17, s. 88.
16 NOU 1974: 17, s. 13.
17 NOU 1974: 17, s. 14.
18 NOU 1974: 17, s. 14.
19 NOU 1974: 17, s. 157.
20 NOU 1990: 5, s. 68.

ner. Begrunnelsen er at samfunnet trenger beskyttelse og de psykiatriske institusjoner synes best skikket til å ta seg av dem på en faglig forsvarlig måte.

Et slikt prinsipp basert på en begrunnet påstand om psykiatriske institusjoners egnethet, faller på sin egen urimelighet. Helseinstitusjoner er primært egnet til å ta seg av syke mennesker. Innleggelse på annen indikasjon enn behov for medisinsk behandling og/eller omsorg/pleie er meningsløst.

Et annet poeng er at de pasientene som er i psykiatriske institusjoner, har behov for et positivt og trygt miljø. Dersom helseinstitusjonene skulle fungere som sikringsinstitusjoner, vil dette medføre en forverrelse av behandlingstilbudet til de pasienter vi primært skal behandle. Vi må anta at blant annet bruk av tvangsmidler vil øke.

Vi er klar over at de psykiatriske institusjoner har vært tilbakeholdende og tildels direkte negative til å ta inn alvorlig sinnslidende personer med behandlings- og/eller omsorgsbehov og med kriminalitet i anamnesen. Dette er noe som bør bli bedre, og vi er av den mening at Lov om psykisk helsevern er den riktige lov for å løse dette problemet bedre enn i dag. Denne loven gir, i motsetning til straffeloven, også anvisninger for finansiering, ansvar og kontrollordninger av behandlingstilbudet til mentalt syke, uansett kriminell belastning. I denne sammenheng er man nå i ferd med å bygge opp avdelinger ved de psykiatriske sykehus som skal kunne gi behandling til pasienter med særlig vanskelig/farlig adferd. Oppbygging av disse enheter er først kommet i gang i de siste årene, og de er ennå langt fra ferdig utbygget.

Vi mener derfor at psykiatrisk behandling og omsorg for utilregnelige lovovertredere bør skje under Lov om psykisk helsevern. Domstolene/påtalemyndigheter kan stå som tutor for innleggelsen og vil således ha klageadgang til Kontrollkommisjonen dersom overlegen på medisinsk grunnlag vil utskrive pasienten.

Til sist vil vi tilføye at vi ser et stort behov i fengselsvesenet for bedre avdelinger hvor innsatte som ikke faller inn under Lov om psykisk helsevern, kunne få et bedre sosialpedagogisk og medisinsk tilbud enn det tilfellet er i dag. Vi mener at man da kunne hindre endel psykiatrisk sykelighet som forverres eller oppstår i fengselsinstitusjon. Vi vil også finne det formålstjenlig om Justisdepartementet betraktet «soningsudyktighets»-begrepet, for å se om man ikke kunne gjennomføre en rimelig humanisering i tråd med folks rettsbevissthet ved at tilregnelige lovbrytere som tar alvorlig mental eller fysisk skade av soning, kunne slippe dette. Dette ville også kunne medvirke til at det ikke vil bli så stort behov for å betrakte personer strafferettslig ikke-ansvarlige av humanitære grunner.

Som en sammenfatning vil Styret i Norsk psykiatrisk forening avvise som prinsipp at de psykiatriske institusjoner skal pålegges ansvar for «særlig farlige utilregnelige lovbrytere» som ikke faller inn under Lov om psykisk helsevern. Det må være medisinske kriterier som legges til grunn for innleggelse, behandling og utskrivning av psykiatriske pasienter, kriminelle eller ikke.[21]

Også *Helsedirektoratet* gikk imot Straffelovrådets forslag om at utilregnelige lovbrytere skulle kunne dømmes til opphold/behandling i en psykiatrisk institusjon. Direktoratet uttalte at:

> Etter vårt kjennskap til det psykiatriske fagfeltet, og ikke minst til de foreliggende materielle og personellmessige ressurser innen psykisk helsevern – antar vi at det samlet er et stort flertall også blant dem som ikke har svart på høringen som går imot forslaget *om å kunne dømme* til opphold/behandling i psykiatrisk institusjon. Argumentasjonen *hos dem som har svart* divergerer ikke meget og hovedsynspunktene synes å være: Det er som prinsipp, både etisk og fagpolitisk, meget betenkelig å skulle innføre et system der ikke *den medisinske sakkyndighet* har den avgjørende bestemmelse om hvem som skal behandles og for hva i våre sykehus. Den såkalte «asylsuvereniteten» er ikke og er ikke ment å skulle være noe maktmiddel for de psykiatriske overlegene, men en faglig garanti overfor pasienten for at hans tilfelle blir vurdert ut fra forsvarlige medisinske kriterier. Behandlingsbehov og behandlingstype må vurderes i relasjon til sykehusets behandlingspotensiale og faglige kompetanse for å gi pasienten hva han trenger. Ikke minst må spørsmålet om utskrivning primært bygge på en medisinsk vurdering.
>
> Den utviklingen i rettssikkerhetens og menneskerettighetenes navn som har funnet sted i norsk psykiatri de siste 5–10 årene, med åpning av låste dører, desentralisering av tilbud osv., er etter de fleste faginstansers syn *uforenlig med en adgang til å dømme* utilregnelige per-

[21] Gjengitt i NOU 1990: 5, s. 68–69.

soner til tvangsopphold i psykiatrisk institusjon.

Man er *ikke uenig* i at også «samfunnet» har krav på en viss beskyttelse fra en del avvikende, farlige personer og at det om nødvendig etableres et system til avløsning av straff/sikring. I den utstrekning disse personene *ikke* er alvorlig sinnslidende i lov om psykisk helseverns forstand, må de imidlertid *ikke* kunne tvangsanbringes i psykiatriske institusjoner. Det må bli andre instansers ansvar å foreta forvaringen og kontroll oppgavene og etableringen av nødvendige helsetjenester til personer i forvaring.

Det er uten videre klart at ressurssituasjonen i psykisk helsevern i dag – både materielt og ikke minst på personellsiden – *ikke* er slik at de psykiatriske sykehus uten videre kan påta seg en ny pålagt oppgave. Det må eventuelt betydelig styrking og omstrukturering til, og dette tar tid.[22]

Det var også flere høringsinstanser som reagerte på de utilregnelighetsreglene som ble foreslått. Dette skyldtes blant annet at disse reglene ble sett i sammenheng med forslaget om å pålegge institusjonene en plikt til å ta imot de utilregnelige domfelte. Det ble særlig kritisert at personer med «annen dyptgående abnormtilstand» skulle anses utilregnelige, slik at institusjonene ville ha plikt til å ta imot disse personene.[23] Flere høringsinstanser mente at begrepet «dyptgående abnormtilstand» var for uklart avgrenset, og ikke hadde en medisinskfaglig forankring. Gruppen utilregnelige ville derfor bli for omfattende. Noen høringsinstanser mente at forslaget ville gjøre psykiatriske institusjoner til rene oppbevaringssteder uten behandlingstilbud. For eksempel uttalte *Norsk Psykologforening* at:

> Det synes som om dette forslaget primært ikke er rettet mot ivaretakelse av alvorlig sinnslidende lovbrytere. Disse faller i dag inn under psykisk helseverns ansvarsområde, og lov om psykisk helsevern gir tilstrekkelig mulighet for tvangsinnleggelse og tilbakeholdelse i psykiatriske sykehus. Derimot synes forslaget å være knyttet til det nye utilregnelighetskriteriet «sterk bevissthetsforstyrrelse og annen dyptgående abnormtilstand». I den grad denne kategorien lovbrytere skal kunne dømmes til anbringelse i institusjoner under lov om psykisk helsevern, innebærer dette ikke bare et alvorlig inngrep i asylsuvereniteten og det faglige grunnlaget for denne, men også at de psykiatriske sykehusene tvinges til å ta hånd om en pasientkategori de ikke har forutsetninger for å behandle eller gi omsorg på en forsvarlig måte.
>
> Dessuten innebærer forslaget en reell trussel mot selve oppfatningen av de psykiatriske institusjonene som behandlingsinstitusjoner. Det som i dag regnes som en helseinstitusjon vil i folks bevissthet kunne nærme seg en straffeanstalt, dersom forslaget blir gjennomført. Når en tenker på det møysommelige arbeid som har vært gjort og som stadig pågår når det gjelder å bryte ned de fordommer og misforståelser som eksisterer når det gjelder psykiske lidelser og psykiatrisk og psykologiske behandlingsmetoder, kan forslaget komme til å innebære alvorlige tilbakeskritt. De psykiatriske sykehusene sliter fremdeles med sin fortid som oppbevaringsanstalter for avvikere som samfunnet ønsket å kvitte seg med.[24]

7.4 Straffelovkommisjonens og Særreaksjonsutvalgets utredninger om forvaring og strafferettslige særreaksjoner

7.4.1 Innledning

Innstillingen fra Straffelovrådet ble ikke fulgt opp med et lovforslag. I stedet oppnevnte departementet i 1980 Straffelovkommisjonen, som fikk som mandat å lage et utkast til en ny straffelov. I Straffelovkommisjonens første delutredning NOU 1983: 57 *Straffelovgivningen under omforming* støttet flertallet langt på vei forslagene fra flertallet i Straffelovrådet.[25] Delutredningen ble møtt med mange av de samme motforestillingene som Straffelovrådets innstilling.[26]

For å få en ny vurdering av reglene om strafferettslig utilregnelighet og særreaksjoner, oppnevnte departementet i 1985 det såkalte Særreaksjonsutvalget, som var et underutvalg under

[22] Gjengitt i NOU 1990: 5, s. 69.

[23] NOU 1990: 5, s. 68.

[24] Gjengitt i NOU 1990: 5, s. 70.

[25] Et mindretall i Straffelovkommisjonen mente at det ikke burde brukes strafferettslige særreaksjoner mot tilregnelige lovbrytere. Derimot var mindretallet enig med flertallet i at det var behov for strafferettslige særreaksjoner overfor utilregnelige lovbrytere som var særlig farlige. Mindretallet hadde et annet syn enn flertallet på hvordan tidsrammen for særreaksjonen burde bli fastsatt, se NOU 1983: 57, s. 197 flg.

[26] NOU 1990: 5, s. 7.

Straffelovkommisjonen. Mandatet for underutvalget var blant annet å vurdere reglene om sikring og forvaring i lys av høringsuttalelsene som var kommet inn til NOU 1974: 17 og NOU 1983: 57. Underutvalget ble bedt om på fritt grunnlag å forsøke å finne praktikable løsninger som kunne aksepteres innenfor både kriminalomsorgen og psykisk helsevern. Videre lå det i mandatet for underutvalget at det særlig var spørsmålet om strafferettslige særreaksjoner som skapte problemer. Særreaksjonsutvalget skulle vurdere regelverksendringer vedrørende både tilregnelige og utilregnelige lovbrytere, herunder spørsmål om hvilke typer institusjoner som må trekkes inn i omsorgen, og behov for omorganisering av eksisterende institusjoner under kriminalomsorgen eller under psykiske helsevern.

Særreaksjonsutvalget avga innstillingen NOU 1990: 5 *Strafferettslige utilregnelighetsregler,*[27] med forslag blant annet til nye reaksjonssystemer for tilregnelige og utilregnelige lovbrytere. Utredningen tok utgangspunkt i Straffelovrådets innstilling, men avvek på flere punkter forslagene der.

7.4.2 Særreaksjonsutvalgets forslag om forvaring

For de *tilregnelige* foreslo Særreaksjonsutvalget, i likhet med Straffelovrådet, at både sikringsinstituttet og den tidligere forvaringsordningen skulle oppheves, og at det i stedet skulle innføres en ny forvaringsordning. Forvaringen skulle regnes som straff, og det dobbeltsporede systemet som sikringsinstituttet hvilte på, oppheves.

Det var et sentralt spørsmål for Særreaksjonsutvalget om man med tilstrekkelig grad av sikkerhet kunne forutse om det var fare for at en tilregnelig lovbryter ville falle tilbake til ny alvorlig kriminalitet. Utvalget mente at man ville ha det beste grunnlaget for å forutse dette i de tilfellene der en person flere ganger tidligere hadde begått alvorlige forbrytelser. Dernest mente utvalget at man ville ha et relativt godt grunnlag for å forutse dette i de mer sjeldne tilfellene der det var tale om en psykisk sterkt avvikende person som var på grensen til å være utilregnelig, og som allerede hadde begått én alvorlig volds- eller voldspreget forbrytelse. Utvalget viste til at predikasjonsspørsmålet for noen av disse personene ville ligge nært opp mot psykiatriens kompetanseområde, da det ville dreie seg om å forutse et sykdomsforløp. Videre viste det til at det også kunne dreie seg om personer med mer eller mindre alminnelige karakteravvik, der det ville være vanskeligere å forutse framtidig kriminalitet. Utvalget uttalte at:

> Det følger av dette at en strafferettspleie som vurderer en lovbryters farlighet, i første rekke må ta utgangspunkt i en rekke objektive kjensgjerninger som art og grovhet av begått kriminalitet, tidligere atferd, alkohol- eller stoffavhengighet, sosial situasjon m.m. På dette grunnlag må det utøves et skjønn som inkluderer erfaringer fra lignende tilfeller og alminnelig sunn fornuft. Det sier seg selv at man med en slik metode ikke kan oppnå en tilnærmet sikkerhet. Hvor høy grad av sikkerhet man kan oppnå, vil det være delte meninger om. Det blir uansett et verdispørsmål hvor høy grad av sannsynlighet for tilbakefall til alvorlig voldskriminalitet som bør kreves før man finner det forsvarlig å sette i verk en strafferettslig særordning som påfører domfelte mer frihetsberøvelse enn om han ikke ble bedømt som «farlig».[28]

For å ivareta samfunnsvernet, mente Særreaksjonsutvalget at det var nødvendig å innføre forvaring som en reaksjon overfor lovbrytere som minst to ganger hadde begått alvorlig kriminalitet, og som i alle fall for en begrenset tid framover måtte antas å være farlige for andre menneskers liv og helse. Personer som utgjorde en slik fare på domstidspunktet, kunne etter utvalgets vurdering identifiseres med en grad av sannsynlighet[29] som gjorde det berettiget å undergi dem en strafferettslig særbehandling.[30]

Særreaksjonsutvalget foreslo at forvaring kunne idømmes hvis fengselsstraff «ikke anses tilstrekkelig» for å verne samfunnet. Utvalget påpekte at dersom den alternative fengselsstraffen ville være langvarig, ville det være mindre behov for å idømme forvaring. Dette fordi fengselsstraffen da uansett ville gi samfunnet vern i lang tid framover. Ved langvarige alternative feng-

---

27 Innstillingen fra underutvalget var den fjerde delutredningen fra Straffelovkommisjonen.

28 NOU 1990: 5, s. 105.

29 Det var likevel en viss uenighet mellom utvalgets medlemmer om hvilken grad av sikkerhet som skulle legges til grunn før man fant det etisk forsvarlig å kunne idømme forvaring. Psykiaterne, som utgjorde flertallet i utvalget, mente at personen måtte ha begått alvorlig kriminalitet ved minst to *forskjellige anledninger*, mens juristene, som utgjorde mindretallet, mente at det måtte være tilstrekkelig at den tiltalte ble kjent skyldig i å ha begått mer enn én alvorlig forbrytelse, uavhengig av om forbrytelsene ble begått i sammenheng eller om det kunne sies å foreligge flere anledninger, se NOU 1990: 5, s. 116 – 117.

30 NOU 1990: 5, s. 17.

selsstraffer ville det dessuten være vanskelig allerede på domstidspunktet å trekke slutninger om lovbryterens farlighet ved en fremtidig løslatelse. Utvalget mente derfor at forvaring i hovedsak skulle anvendes i tilfeller der alternativet var en kort eller mellomlang fengselsstraff, men det likevel var grunn til å anse lovbryteren som særlig farlig for andres liv og helse. Basert på det daværende kriminalitetsbildet, mente utvalget at det bare ville være aktuelt med i gjennomsnitt noen få forvaringsdommer hvert år.[31] En rettspsykiatrisk undersøkelse skulle etter utvalgets vurdering bare være nødvendig hvis det var tvil om den siktedes tilregnelighet. Objektive forhold, slik som den begåtte forbrytelsen, omstendigheter ved den siktedes bakgrunn, oppvekst, tidligere atferd og sosiale og personlige forhold, ville etter utvalgets vurdering være avgjørende for om forvaring skulle idømmes. Disse forholdene burde etter utvalgets vurdering kunne kartlegges gjennom en personundersøkelse, som skulle være obligatorisk.

Særreaksjonsutvalget foreslo at det i dommen skulle settes en tidsramme for forvaringen, som vanligvis ikke skulle overstige 10 år, og som ikke kunne overstige 15 år. Videre foreslo utvalget at det i dommen kunne fastsettes en minstetid for forvaringen, som ikke kunne overstige fem år. Etter forslaget skulle retten kunne forlenge tidsrammen for forvaringen med inntil to år om gangen. Løslatelse før forvaringstidens utløp skulle bare kunne skje i form av en prøveløslatelse. Den domfelte skulle kunne begjære seg løslatt på prøve, og også fengselsmyndighetene skulle kunne fremme en slik begjæring. I begge tilfeller skulle påtalemyndigheten fremme saken for retten, som skulle avgjøre den ved dom. Dersom påtalemyndigheten var enig i en begjæring om prøveløslatelse, skulle prøveløslatelse etter forslaget kunne besluttes av fengselsmyndighetene.[32]

For Særreaksjonsutvalget var det vesentlig at innholdet i forvaringsstraffen skulle være et annet enn innholdet i en tidsbestemt fengselsstraff. På bakgrunn av det tidsubestemte elementet i forvaringen, og at varigheten skulle vurderes opp mot den domfeltes personlighetsutvikling og graden av tilbakefallsfare til enhver tid, måtte den forvaringsdømte være i et individuelt tilpasset regime med utgangspunkt i tverrfaglig ekspertise innen blant annet klinisk psykologi, psykiatri, sosialpedagogikk, sosialfag og fengselsfag. Videre påpekte utvalget at det fysiske miljøet måtte utformes annerledes enn i en tradisjonell fengselsavdeling. Det tverrfaglige teamet som skulle følge opp den domfelte, kunne ikke begrense seg til å sørge for et minst mulig belastende opphold for den domfelte, men måtte ha som ambisjon å utvikle den domfeltes sosiale tilpasningsevne i en gunstig retning. Videre uttalte utvalget at:

> De ulike faggrupper må også gå sammen om å sørge for at det så vidt mulig skjer en progresjon i den forvaringsdømtes totale situasjon under oppholdet. I dette ligger også at forvaringens fysiske rammer og innhold bør endres etterhvert som tiden går. Den forvaringsdømte må – med nødvendig hensyn til sikkerheten – prøves under ulike grader av frihetsberøvelse. Oppfølgningen av domfelte må bli tettere jo større friheten blir. Med en slik dynamikk i behandlingen kan man håpe på å oppnå en forebyggelse av kriminalitet som har varighet lenge utover den fysiske innesperring. Slik forebyggelse er det beste samfunnsforsvar. Man oppnår også at den tidsubestemte forvaring kan avsluttes innenfor et rimelig tidsperspektiv. Formålet med en tidsubestemt reaksjon er jo at den ikke skal være strengere og vare lengre enn påkrevd av hensyn til samfunnets behov for vern mot farlig kriminalitet.[33]

Særreaksjonsutvalget påpekte at det såkalte Weisæth-utvalget allerede i innstillingen *Psykiatri og avvik hos innsatte* fra 1986 hadde konkludert med at det burde opprettes en institusjon innen fengselsvesenet som hadde et innhold og siktemål som samsvarte med det som utvalget skisserte for de forvaringsdømte. Weisæth-utvalget mente at institusjoner som skulle påvirke atferden og personligheten hos mennesker som ikke primært hadde en psykisk lidelse, men som samfunnet ønsket å beskytte seg mot, burde etableres som egne enheter, med en annen ideologi, annen type fagpersonell og annen bygningsmessig utforming enn ordinære fengsler. Weisæth-utvalget mente videre at disse institusjonene måtte ha et nært samarbeid med blant andre skoleverket, arbeidsmarkedsetaten, sosialtjenesten og trygdeetaten, og at frivillige organisasjoner også kunne trekkes inn. Weisæth-utvalget trakk også fram viktigheten av å stille særlige krav til sikkerheten ved slike institusjoner, blant annet ved å innføre en bemanningsnorm på tre ansatte per innsatt.[34]

---

31 NOU 1990: 5, s. 17–18.
32 NOU 1990: 5, s. 18–19.
33 NOU 1990: 5, s. 111.
34 NOU 1990: 5, s. 111.

Boks 7.1 Ila-prosjektet fra 1987 til 1989

Høsten 1986 ble det etablert en forsøksordning innen en eksisterende enhet ved Ila landsfengsel og sikringsanstalt. Det ble bevilget 17 nye stillingshjemler, blant annet for en psykiater, psykolog og pedagog. Forsøksordningen hadde pågått i mindre enn to år da en innsatt i 1989 voldtok og drepte en ansatt under en fremstilling. Dette resulterte i at forsøksordningen ble avviklet. Særreaksjonsutvalget påpekte at ansvarsforholdene i dette forsøksprosjektet var uklare, og at bemanningen var langt lavere enn den som Weisæth-utvalget hadde foreslått. Særreaksjonsutvalget mente at hendelsen ved Ila tilsa at arbeidet med å etablere en institusjon innenfor fengselsvesenet med det innholdet og siktemålet som Weisæth-utvalget hadde beskrevet, uansett måtte prioriteres.[1]

[1] NOU 1990: 5, s. 30.

At det skulle opprettes en slik institusjon som Weisæth-utvalget hadde foreslått, var et sentralt element i Særreaksjonsutvalgets forslag til en ny forvaringsordning.

7.4.3 Særreaksjonsutvalgets forslag om strafferettslige reaksjoner overfor utilregnelige

I likhet med Straffelovrådet, framholdt Særreaksjonsutvalget at det klare utgangspunktet må være at utilregnelige ikke ilegges strafferettslige reaksjoner overhodet. For å ivareta samfunnsvernet, mente utvalget at det i noen tilfeller likevel kan være nødvendig å iverksette reaksjoner, og at de sivile reglene ikke alltid gir tilstrekkelig samfunnsbeskyttelse. Utvalget viste til at samfunnet tidligere hadde vegret seg for å gi vide administrative fullmakter til å utøve tvang, i frykt for at disse kunne misbrukes. Utvalget mente at tvangshjemlene i lov om psykisk helsevern i og for seg kan ha vært vide nok, men at anvendelsesområdet hadde blitt betydelig innskrenket gjennom praksis.[35] På denne bakgrunn mente utvalget at det var behov for strafferettslige særreaksjoner som et supplement til den beskyttelsen som fulgte av de sivilrettslige reglene. Det påpekte også at behovet for slike særreaksjoner kunne begrunnes i at den enkelte ansvarlige overlege burde fritas fra alene å skulle vurdere behovet for samfunnsbeskyttelse i de tilfellene der det var fare for gjentakelse av alvorlig kriminalitet.[36]

Særreaksjonsutvalget la til grunn at personer som var psykotiske i handlingsøyeblikket, eller som hadde en sinnslidelse som lå tett opp til psykosene, best kunne tas hånd om innenfor det psykiske helsevernet. Disse personene hadde etter utvalgets vurdering både behov for, og krav på, bistand fra det psykiske helsevernet, også om de ikke hadde umiddelbare utsikter til å oppnå bedring ved behandling. Derfor burde samfunnet kunne pålegge det psykiske helsevernet en plikt til å ta ansvar for denne gruppen, gjennom reaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern. Utvalget mente videre at det psykiske helsevernet måtte gis stor frihet til å fastsette særreaksjonens innhold. Domstolene ville ikke kunne vurdere hvilken behandlingsform, for eksempel døgnopphold i institusjon eller poliklinisk/ambulant behandling, som ville være best i hvert enkelt tilfelle. Utvalget viste til at dette langt på vei ville være medisinske vurderinger, og at det psykiske helsevernet også måtte gis mulighet til å prioritere ressursene sine. Særreaksjonens innhold måtte tilpasses institusjonene og tilbudene i det psykiske helsevernet for øvrig. Særreaksjonen skulle bare være et supplement til den sivile lovgivningen, og behovene til de domfelte skulle ikke være avgjørende for den generelle organiseringen av det psykiske helsevernet.[37]

Et hovedvilkår for en dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, skulle være at det var en kvalifisert fare for gjentakelse av en alvorlig straffbar handling. Utvalget mente at de personene som var særlig farlige, kunne identifiseres med en rimelig grad av sikkerhet, blant annet på bakgrunn av deres medisinske diagnose og prognose.

Personer som ble dømt til tvungent psykisk helsevern skulle i utgangspunktet tas inn i psykisk helsevern på linje med de som ble tvangsinnlagt på sivilt grunnlag. Utvalget la derfor opp til at reglene i lov om psykisk helsevern skulle gis anvendelse så langt som mulig. En del særregler om reaksjonens innhold og om saksbehandlingen ble likevel tatt inn i et utkast til et nytt kapittel i lov om psykisk helsevern. Utvalget foreslo at helsesjefen i den domfeltes bostedsfylke skulle avgjøre

[35] NOU 1990: 5, s. 72.

[36] NOU 1990: 5, s. 72–73.

[37] NOU 1990: 5, s. 75.

hvilken institusjon som skulle ha behandlingsansvaret for den domfelte. Ansvaret skulle ligge hos den faglig ansvarlige ved denne institusjonen, men den dømte skulle ikke nødvendigvis utholde reaksjonen innen den institusjonen som hadde behandlingsansvaret. Den faglige ansvarlige kunne bestemme hvordan det psykiske helsevernet til enhver tid skulle gjennomføres, men slik at særreaksjonen i alle tilfeller skulle begynne med et treukers døgnopphold i institusjonen, for å ivareta samfunnsvernet og vurdere nærmere hvilket opplegg som ville være mest hensiktsmessig i det enkelte tilfellet.

Utvalget påpekte at det kunne forekomme at den domfeltes sinnstilstand endret seg i tiden mellom den straffbare handlingen og dommen, eller etter at dommen var avsagt. I slike tilfeller kunne det vise seg at døgnopphold i institusjon ikke lenger var nødvendig. Samtidig kunne den domfelte i noen av disse tilfellene likevel anses som farlig, for eksempel på grunn av et karakteravvik. I slike tilfeller kunne det medføre problemer for både den dømte og det psykiske helsevernet hvis særreaksjonen måtte fortsette i samme form. Utvalget foreslo at det i disse tilfellene skulle være en viss adgang til å begjære den domfelte overført til fengsel. En slik avgjørelse skulle i så fall treffes av domstolene.

I motsetning til det som gjaldt ved sikring, skulle den som var dømt til tvungent psykisk helsevern få anledning til regelmessig å få prøvet spørsmålet om opphør av særreaksjonen for domstolen. Utvalget foreslo at den domfelte eller faglig ansvarlige kunne begjære slikt opphør én gang i året.

Særreaksjonen skulle være tidsubestemt, og det skulle ikke fastsettes en tidsramme for reaksjonen i dommen. Dersom det gikk tre år uten at saken hadde vært prøvd for retten, skulle påtalemyndigheten enten beslutte opphør av reaksjonen eller fremme saken for retten for å få prøvd om vilkårene for å opprettholde reaksjonen var oppfylt. Det skulle altså ikke gå mer enn tre år uten at det ved dom ble konstatert at vilkårene for tvungent psykisk helsevern var til stede.[38]

For lovbrytere som var utilregnelige på grunn av høygradig utviklingshemming, var Særreaksjonsutvalgets utgangspunkt det samme som for de alvorlig sinnslidende; de skulle i utgangspunktet ikke straffes, men i noen tilfeller kunne de representere en så stor fare for samfunnet at det måtte være mulig å iverksette særreaksjoner.

Utvalget viste til at det ved utformingen av en særreaksjon overfor personer med utviklingshemming, særlig måtte ses hen til at det ikke fantes administrative tvangshjemler for å holde disse personene tilbake i en institusjon. Dette i motsetning til det som gjaldt for personer med alvorlige sinnslidelser, som etter nærmere vilkår kan vedtas underlagt tvang på sivilrettslig grunnlag. Fraværet av sivilrettslige regler forsterket etter utvalgets vurdering behovet for en strafferettslig særreaksjon overfor personer med utviklingshemming.[39]

Da Særreaksjonsutvalget la fram sin utredning, var det usikkert om det i framtiden ville være institusjoner som kunne ta imot utviklingshemmede. Stortinget hadde vedtatt at Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) skulle avvikles innen 1. januar 1991. Målet med den reformen var å avvikle institusjonsomsorgen for personer med utviklingshemming, og gi disse personene mulighet til å leve et liv så langt opp mot det «normale» som mulig. En viktig forutsetning var at tjenestene skulle utformes med utgangspunkt i den enkeltes behov. Tjenestene skulle gis i lokalmiljøet og av det ordinære tjenesteapparatet.[40] Særreaksjonsutvalget påpekte at det var uklart hvordan reformen ville virke for personer med utviklingshemming og alvorlige atferdsavvik som tidligere var blitt tatt hånd om i lukkede avdelinger innen HVPU. Det antok at åpningen og desentraliseringen av omsorgen ville være en stor fordel for mange, men at enkelte ville få problemer med sosial tilpasning i en mindre skjermet tilværelse. Noen av disse personene ville kunne representere et ordensproblem, mens andre ville kunne være til vesentlig fare for andres liv og helse.[41]

Utvalget mente at det var behov for en særreaksjon overfor utilregnelige med utviklingshemming, og at denne reaksjonen ikke kunne utholdes i fengsel. Selv om det var usikkert om det etter avviklingen av HVPU ville være institusjoner som kunne å ta hånd om domfelte med utviklingshemming, forutsatte utvalget likevel at en slik omsorg måtte beholdes i en eller annen form.[42] Utvalget presiserte videre at et eventuelt helsevern for personer med utviklingshemming måtte få frihet til selv å bestemme både reaksjonens innhold og institusjonsbildet, uavhengig av om det var statlig eller kommunalt.[43] Ettersom det ikke

[38] NOU 1990: 5, s. 16–17.

[39] NOU 1990: 5, s. 76.

[40] Meld. St. 40 (2002–2003), kapittel 8.

[41] NOU 1990: 5, s. 80.

[42] NOU 1990: 5, s. 15.

fantes sivile tvangshjemler for tilbakeholdelse i av psykisk utviklingshemmede i institusjon, og det var uklart hvem som etter HVPU-reformen skulle få ansvaret for omsorgen for disse personene, foreslo ikke utvalget ikke egne regler for særreaksjonen tvungen omsorg.

I Straffelovkommisjonens femte delutredning NOU 1992: 23 *Ny straffelov, alminnelige bestemmelser* foreslo kommisjonens flertall at forvaring skulle innføres som en ny type frihetsstraff. Videre foreslo flertallet[44] at overføring til tvungent psykisk helsevern eller overføring til tvungen omsorg skulle innføres som strafferettslige særreaksjoner. Forslagene var de samme som Særreaksjonsutvalget hadde lagt fram i NOU 1990: 5 *Strafferettslige utilregnelighetsregler*.[45]

7.4.4 Videre arbeid med regelverket om forvaring og strafferettslige særreaksjoner

I Ot.prp. nr. 87 (1993–94) foreslo departementet blant annet nye regler om forvaring og dom til tvungent psykisk helsevern, til erstatning for de daværende reglene om forvaring og sikring. Forslagene var i hovedsak i samsvar med forslagene fra Særreaksjonsutvalget og Straffelovkommisjonen.

Når det gjaldt utilregnelige på grunn av en utviklingshemming, viste departementet til at Særreaksjonsutvalget hadde forutsatt at helsevernet for denne gruppen ville eksistere i en form som gjorde det mulig å idømme tvungen omsorg i helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Da proposisjonen ble fremmet, var HVPU-reformen nesten gjennomført, med blant annet nedbygging av institusjoner og tilbakeføring av omsorgen for disse personene til kommunene. Som en konsekvens av reformen, hadde kommunene fått ansvaret for personer med utviklingshemming som gjennomførte frisikring. Kommunene vegret seg for å ta ansvar for disse personene.[46] I 1994 var det derfor opprettet en ordning som var basert på at det skulle inngås avtaler mellom kommunene og kriminalomsorgen, der friomsorgen skulle ha ansvaret for sikkerheten. Den sikringsdømte skulle om nødvendig holdes under kontinuerlig tilsyn av personalet, og kunne ikke bevege seg fritt utenfor boligen hvis det ikke ble ansett som sikkert. Det var bestemt at kommunenes utgifter til sikringstiltak for utviklingshemmede som var plassert i frisikring, i sin helhet skulle dekkes av staten gjennom en refusjonsordning.[47]

Det framgikk av Ot.prp. nr. 87 (1993–94) at departementet tok sikte på å legge fram en ytterligere proposisjon med forslag til en egen særreaksjon for personer med utviklingshemming.[48] I Ot.prp. nr. 60 (1995–96) ble det fremmet forslag om nye regler om overføring til tvungen omsorg, som skulle erstatte reglene om sikring. Etter forslaget skulle reglene om idømmelse og opphevelse av denne særreaksjonen inntas i straffeloven, mens gjennomføringen av særreaksjonen skulle reguleres i en ny lov (tvangsomsorgsloven). Vilkårene for å idømme tvungen omsorg skulle være de samme som for dom til tvungent psykisk helsevern. Etter forslaget skulle den domfeltes hjemkommune ha ansvaret for gjennomføringen av den tvungne omsorgen, og finne en bolig med heldøgns omsorgstjenester i kommunen. Det skulle opprettes en sentral fagenhet i tilknytning til en eksisterende psykiatrisk institusjon, hvor den domfelte som hovedregel skulle oppholde seg den første tiden etter rettskraftig dom. Formålet skulle først og fremst være å gi kommunen tid til å tilrettelegge for gjennomføringen av den tvungne omsorgen. Ved denne fagenheten skulle den domfelte også bli observert, og fagenheten skulle bistå kommunen med råd om gjennomføringen.[49]

Reglene om strafferettslig utilregnelighet, forvaring og overføring til tvungent psykisk helsevern ble vedtatt ved lov 17. januar 1997 nr. 11, som endringer i straffeloven 1902. Tidspunktet for lovens ikraftsetting skulle fastsettes i en egen lov. Stortinget vedtok derimot ikke regjeringens forslag til særreaksjonen tvungen omsorg, men ba i stedet regjeringen legge fram et nytt lovforslag som var basert på et statlig ansvar.[50] Dette var basert blant annet på føringer i Innst.O. nr. 33 (1996–97), hvor Justiskomiteens flertall uttalte at:

> Flertallet mener imidlertid at det prinsipielle utgangspunkt bør være at det er staten som har hovedansvaret for tiltak som primært har som hensikt å sikre samfunnet mot alvorlige forbry-

43 NOU 1990: 5, s. 80.

44 Ett av kommisjonens medlemmer mente at forslaget ville gi domstolene en for vid adgang til å idømme forvaring eller overføring til tvungent psykisk helsevern.

45 NOU 1992: 23, s. 26.

46 Johnsen, Berit. (2012). Prøveløslatelse fra forvaring med vilkår om opphold i institusjon eller kommunal boenhet utover ettårsfristen – ikke bare noen, men mange problemstillinger, s. 5. *Kritisk Juss*.

47 Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 45.

48 Ot.prp. nr. 87 (1993–94), s. 7

49 Ot.prp. nr. 60 (1995–96), s. 5.

50 Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 5.

telser. Det ligger etter flertallets oppfatning klart utenfor kommunenes naturlige ansvarsområde å stå ansvarlig for gjennomføringen av en idømt reaksjon som skal være et alternativ til straff, uansett lovbryterens sinnstilstand og evnenivå. Dette prinsipielle utgangspunkt må være avgjørende for valg av reaksjonsform og hvordan den iverksettes. Et statlig ansvar for de som idømmes tvungen omsorg, vil også gi best sammenheng med reglene om særreaksjon for de som er utilregnelige pga psykose, og som skal kunne idømmes tvungen behandling i psykiatrisk institusjon som foreslått i Ot.prp. nr. 87 (1993–94).

I tillegg til det prinsipielle utgangspunktet, vil flertallet peke på at også praktiske hensyn sterkt taler imot departementets forslag om kommunalt ansvar. Det er etter flertallets mening meget usikkert om kommunene overhodet vil være i stand til å gi den sikkerhet ved gjennomføringen av reaksjonen som er påkrevet. Flertallet vil minne om at utbyggingen av boligtilbud til de psykisk utviklingshemmede har hatt et helt annet utgangspunkt enn strenge sikkerhetskrav – tvert imot har utgangspunktet vært et ønske om at denne gruppen skal kunne leve et mest mulig fritt og normalt liv. Flertallet stiller seg også meget tvilende til om alle kommuner besitter den fagkunnskap som er nødvendig for å ta hånd om disse særlig krevende klientene. Det bør stilles strenge krav til faglige kvalifikasjoner hos de som skal arbeide med personer under tvungen omsorg, og for mange kommuner vil det være svært vanskelig å få rekruttert personale med slike faglige forutsetninger. At kommunene etter loven likevel skal være ansvarlige for gjennomføringen av særreaksjonen er etter flertallets syn lite forsvarlig. De særreaksjonsdømte vil dessuten måtte få prioritet foran andre psykisk utviklingshemmede som kommunen har ansvaret for, noe som med dagens kapasitetsproblemer innen omsorgen for psykisk utviklingshemmede, vil kunne skape store praktiske problemer for de, om enn få, kommunene som vil bli belastet. Dette gjelder selv om staten skal ha det økonomiske ansvaret – for eksempel på grunn av rekrutteringsproblemer som nevnt.[51]

I Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) ble det foreslått at reglene om strafferettslig utilregnelighet, forvaring (med visse endringer) og overføring til tvungent psykisk helsevern skulle tre i kraft 1. januar 2002. Forslaget til ikrafttredelsestidspunkt måtte blant annet ses i sammenheng med innføringen av en ny lov om psykisk helsevern 1. januar 2001. I proposisjonen ble det også fremmet et nytt forslag til særreaksjonen tvungen omsorg. Departementet foreslo at det skulle etableres en særlig fagenhet med ansvar for å iverksette særreaksjonen, som organisatorisk skulle knyttes til en sterkavdeling innen det psykiske helsevesenet. Reglene i psykisk helsevernloven kapitlene 1, 4 og 6 (som blant annet regulerte bruk av tvang) ble med visse unntak, foreslått å gjelde så langt de passet. For å muliggjøre en gradvis overgang til et liv i frihet, eller kunne etablere et botilbud som ville passe bedre for den enkelte domfelte enn opphold i Fagenheten, ble det åpnet for at tvungen omsorg kunne gjennomføres utenfor Fagenheten etter avtale mellom denne og en kommune eller en annen avtalepart. Ansvaret for den domfelte skulle likevel hele tiden ligge hos Fagenheten. Departementet forutsatte at det i forskrift skulle gis nærmere bestemmelser om slike avtaler.[52]

Særreaksjonen tvungen omsorg ble vedtatt ved lov 15. juni 2001 nr. 64. Stortinget vedtok samtidig at reglene om utilregnelighet, forvaring (med visse endringer) og særreaksjoner skulle tre i kraft 1. januar 2002.

7.5 Særlig om ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse av forvaringsdømte

Sammen med innføringen av dagens forvaring, ble også ordningen med statlig finansiert prøveløslatelse av forvaringsdømte innført. Ordningen var ment å være en slags videreføring av den avtalebaserte ordningen som tidligere gjaldt for personer med utviklingshemming som var plassert i frisikring i kommunene.[53] I høringsbrev av 10. februar 2000 uttalte Justisdepartementet at:[54]

> I dag bor 26 sikringsdømte psykisk utviklingshemmete lovbrytere i boenheter i hjemkommunen. De gis et omfattende tjenestetilbud, holdes om nødvendig under kontinuerlig oppsyn av personalet og får ikke adgang til fritt å forlate boligen når det ikke anses som sikkert. Ordningen er basert på en avtale mellom kommunen og kriminalomsorgen. Kriminalomsorg

[51] Innst. O. nr. 33 (1996–1997), punkt 3.

[52] Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 5.

[53] Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 44 flg.

[54] Gjengitt i Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 44–45.

> i frihet har det overordnete ansvaret for sikkerheten. Kommunens utgifter dekkes av staten. Den domfelte og/eller vergen må samtykke i ordningen. Alternativet for den domfelte ville vært å være i fengsel eller sikringsanstalt.
>
> Det har hersket en del usikkerhet med hensyn til om denne eller beslektede ordninger kan og bør opprettholdes når sikringsinstituttet erstattes med de nye særreaksjonene.
>
> Når det gjelder utilregnelige psykisk utviklingshemmete, (…) vil det kunne etableres beslektede ordninger basert på avtale mellom fagenheten og den domfeltes hjemkommune.
>
> Når det gjelder de tilregnelige domfelte, måtte slike ordninger eventuelt etableres som ledd i en prøveløslatelse. Spørsmålet blir da om det er adgang til å sette vilkår om at den som prøveløslates, skal ta opphold på en institusjon eller i en boenhet i kommunen og at han eller hun i så tilfelle skal kunne hindres i fritt å forlate boligen og bryte eventuelle andre vilkår.

Videre viste departementet til at:

> Normalt vil det ikke være aktuelt å prøveløslate en domfelt hvis man anser det nødvendig at noen fører konstant tilsyn med at vedkommende ikke beveger seg utenfor boligen uten følge og griper inn, om nødvendig med makt, hvis den domfelte prøver å forlate boligen. For enkelte domfelte, kanskje særlig enkelte psykisk utviklingshemmete, vil imidlertid en prøveløslatelse under slike betingelser være den eneste måten de kan oppnå et liv utenfor fengselsvesenets anstalter. Det vil trolig også være den beste måten å få til en gradvis overgang til et liv i frihet.

I Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) gikk departementet inn for å lovfeste en hjemmel for retten til å stille som vilkår for prøveløslatelse at den prøveløslatte skal oppholde seg i en institusjon eller boenhet, forutsatt at kommunen eller institusjonen samtykker til prøveløslatelsen. Videre viste departementet til at det burde inngås avtaler mellom kriminalomsorgen og kommunen eller institusjonen, som er beslektet med avtalene som inngås ved gjennomføring av tvungen omsorg utenfor Fagenheten. Departementet mente at det kunne gis forskrifter som regulerte det nærmere innholdet i disse avtalene.

Som følge av lovendringene ble den tidligere refusjonsordningen for kommunenes utgifter til sikringstiltak for utviklingshemmede som var plassert i frisikring, endret til å omfatte refusjoner av kommunenes utgifter til blant annet prøveløslatelse fra forvaring.[55] Bevilgningen ble overført fra Sosialdepartementet til Justisdepartementet fra 1. januar 2004.[56] Fra samme tidspunkt ble oppgaven med å administrere ordningen for hele landet delegert til Kriminalomsorgen region nord. En viktig begrunnelse for dette var at regionkontoret er plassert i Trondheim, i nærheten av Sentral fagenhet for tvungen omsorg ved St. Olavs Hospital.

7.6 Enkelte senere lovendringer av betydning for reaksjonssystemet

7.6.1 Innføringen av en særregel for å idømme forvaring for barn

Det var ingen særregel for når barn kunne dømmes til den tidligere reaksjonen sikring. Mange barn ble også dømt til sikring, uten at domstolene problematiserte dette særskilt. Dette må trolig ses i sammenheng med at sikring også kunne innebære tiltak i frihet. Flere av sikringstiltakene som ble gjennomført i frihet, innebar nokså milde inngrep overfor den domfelte.[57]

I NOU 2002: 4 *Ny straffelov* foreslo et flertall i Straffelovkommisjonen å lovfeste et forbud mot å idømme barn forvaring. Flertallet viste blant annet til at forutsigelsene om framtidig farlighet ville være usikre for barn og unge på grunn av deres potensiale for modning og endring. De ekstraordinære belastningene ved en tidsubestemt fengselsstraff ville dessuten virke særlig sterkt for denne gruppen.[58] Kommisjonens forslag om å lovfeste et forbud mot å idømme barn forvaring ble ikke fulgt opp i den videre lovgivningsprosessen. På bakgrunn av forslaget og de hensynene som talte imot å dømme mindreårige til forvaring, ble det derimot innført særlige regler om utmålingen av forvaringen for mindreårige.

I NOU 2008: 15 *Barn og straff – utviklingsstøtte og kontroll* ble det igjen foreslått at forvaring ikke skulle kunne idømmes personer som var under 18 år på gjerningstidspunktet.[59] Utvalget viste blant

---

55 St.meld. nr. 40 (2002–2003), kapittel 8.

56 Administrasjonen av bevilgningen ble overført til Justisdepartementet 1. juli 2003. Selve bevilgningen ble overført 1. januar 2004.

57 Fornes. I. og Gröning. L. (2021). Bruk av forvaring og sikring overfor barn 1965–2020. Tidsubestemt frihetsberøvelse av barn i et utviklingsperspektiv. *Tidsskrift for strafferett, Vol. 21, Utg. 3.*

58 NOU 2002: 4, s. 253.

59 NOU 2008: 15, punkt 9.5.4.6.

annet til at en stempling av et barn som farlig ville være svært uheldig i arbeidet med å motivere barnet for endring. Der det var et særlig behov for å beskytte samfunnet mot et barn, mente utvalget at dette ville kunne ivaretas ved bruk av ubetinget fengselsstraff. Heller ikke dette forslaget ble videreført. I Prop. 135 L (2010–2011) uttalte Justisdepartementet at:

> Det er uomtvistet at lovbryterens unge alder er et tungtveiende moment ved valg av reaksjon, noe som tilsier at forvaring, som må kunne sies å være lovens strengeste reaksjon, ikke skal anvendes. Likevel ønsker ikke departementet helt å stenge adgangen til bruk av forvaring overfor barn, nettopp fordi det unntaksvis kan oppstå helt ekstraordinære tilfeller hvor forvaring vil være riktig reaksjon.[60]

I 2012 fikk straffeloven en særregel om idømmelse av forvaring overfor barn. Straffeloven § 40 slår nå fast at personer som var under 18 år på handlingstidspunktet, bare kan idømmes forvaring hvis det foreligger «helt ekstraordinære omstendigheter». I Prop. 135 L (2010–2011) er det uttalt at reaksjonen «tilnærmet aldri» bør benyttes overfor barn.[61] Senere er det flere ganger idømt forvaring i saker hvor den domfelte var under 18 år på handlingstidspunktet, se punkt 15.3.

7.6.2 Endringer i reglene om idømmelse av særreaksjoner – tidsbestemte særreaksjoner for gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art

Ved lov av 29. april 2016 nr. 7 (i kraft fra oktober samme år) ble det vedtatt at det kan idømmes tidsbestemt tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg når noen har begått gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art i en utilregnelighetstilstand, særreaksjonen er nødvendig for å verne samfunnet mot slike lovbrudd, faren for nye lovbrudd av samme art er særlig nærliggende, og andre tiltak har vist seg åpenbart uhensiktsmessige. Endringen innebar en utvidelse av virkeområdet for de strafferettslige særreaksjonene.[62]

Formålet med utvidelsen var å ivareta samfunnets behov for beskyttelse mot lovbrudd som, når de begås gjentatte ganger, kan ha omfattende konsekvenser for andre innbyggere og samfunnet.[63] En særreaksjon idømt på grunnlag av slike lovbrudd skal opphøre senest tre år etter rettskraftig dom, og kan altså – i motsetning til en tidsubestemt særreaksjon – ikke opprettholdes utover tre år, uavhengig av hvilken risiko det antas å være for nye lovbrudd.[64]

7.6.3 Endringer i reglene om bruk av varetektssurrogat – innleggelse i institusjon uavhengig av samtykke fra institusjonen

Straffeprosessloven § 188 slår fast at varetekt i visse tilfeller kan utholdes i en institusjon eller kommunal boenhet i stedet for i fengsel. I praksis kan dette være aktuelt blant annet for utilregnelige. Fram til 2016 var det en forutsetning for å beslutte et slikt varetektssurrogat at den mottakende institusjonen samtykket til institusjonsoppholdet. Med virkning fra 2016 ble loven endret slik at et samtykke fra institusjonen ikke lenger er nødvendig når den siktede på fengslingstidspunktet er psykotisk eller psykisk utviklingshemmet, og vedkommende må antas å være strafferettslig utilregnelig. I Prop. 122 L (2014–2015) er forslaget til lovendringen begrunnet slik:[65]

> Departementet mener i likhet med utredningsgruppen og flere av høringsinstansene at personer som er psykotiske og som med stor grad av sikkerhet er så syke at de oppfyller straffelovens kriterier for å bli ansett strafferettslig utilregnelige, ikke bør utholde varetekt i fengsel. Både hensynet til at alvorlig syke ikke bør være i fengsel og hensynet til å unngå at personer som ikke er strafferettslig ansvarlige blir sittende i fengsel, taler for en slik løsning.
>
> Det er i utgangspunktet å foretrekke at påtalemyndigheten, domstolen og helseforetaket kan finne frem til en løsning gjennom samarbeid. Dette gjelder ikke bare i de tilfellene hvor siktede antas å være strafferettslig utilregnelig, men også i de tilfellene hvor vedkommende var strafferettslig tilregnelig på gjerningstidspunktet og hvor han eller hun på fengslingstidspunktet har utviklet sterke psykotiske symptomer.
>
> Utredningsgruppens undersøkelser viser imidlertid at det i noen få tilfeller ikke har vært mulig å få samtykke til plassering i institusjon,

60 Prop. 135 L (2010–2011), punkt 9.7.4.
61 Prop. 135 L (2010–2011), s.104.
62 Prop. 122 L (2014–2015), kapittel 6.
63 Prop. 122 L (2014–2015), s. 6.
64 Prop. 122 L (2014–2015), s. 42.
65 Prop. 122 L (2014–2015), s. 47.

> noe som har resultert i at personer som er strafferettslig utilregnelige har sonet flere måneder i varetektsfengsel. Dette er svært uheldig. (…)

I dag er det det regionale helseforetaket som avgjør hvilken institusjon den siktede skal oppholde seg i når vedkommende utholder varetekt. Dersom den siktede har en utviklingshemming, skal vedkommende plasseres i Sentral fagenhet for tvungen omsorg.[66]

7.6.4 Opphør av den tidligere adgangen til å overføre en særreaksjonsdømt til kriminalomsorgen

Tidligere ga psykisk helsevernloven § 5-6 en viss adgang til å overføre en særreaksjonsdømt i psykisk helsevern til en anstalt under kriminalomsorgen. I NOU 2014: 10 påpekte Tilregnelighetsutvalget at det prinsipielt sett var uheldig at personer som er skyldfrie, skal kunne plasseres i en anstalt administrert av en etat som har ansvar for straffegjennomføring. Utvalget var likevel delt i spørsmålet om hvilke konsekvenser dette burde få. Flertallet i utvalget mente at det var behov for en overføringsadgang i ekstraordinære tilfeller, inntil det psykiske helsevernet har rammer og institusjoner som gjør det mulig å ta hånd om disse pasientene på en tilfredsstillende måte. Behovet for overføring til kriminalomsorgen ville etter flertallets syn foreligge når det psykiske helsevernet ikke har noe å tilby den domfelte, og hvor kostnadene og vanskene ved fortsatt opphold der vil bli uforholdsmessig høye. Et mindretall gikk inn for å avskaffe adgangen til en slik overføring, som åpnet for at psykisk syke personer som ikke kan klandres for sine lovbrudd, settes i fengsel. Den formen for fengselsopphold som blir resultatet av en slik overføring, er vanskelig å skille fra fengselsstraff. Mindretallet mente derfor at bestemmelsen om overføring av særreaksjonsdømte til kriminalomsorgen burde oppheves.[67]

Med virkning fra 1. oktober 2020 ble psykisk helsevernloven § 5-6 opphevet, i samsvar med forslaget fra Tilregnelighetsutvalgets mindretall. I Prop. 154 L (2016–2017) pekte også departementet på at det er prinsipielt uheldig å sette uskyldige i fengsel, og det er opplyst at overføringsadgangen bare var benyttet i ett tilfelle.[68]

---

66 Straffeprosessloven § 188 tredje ledd.

67 NOU 2014: 10, s. 33.

68 Prop. 154 L (2016–2017), s. 8.

Kapittel 8
Strafferettslige reaksjoner i de nordiske landene

8.1 Innledning

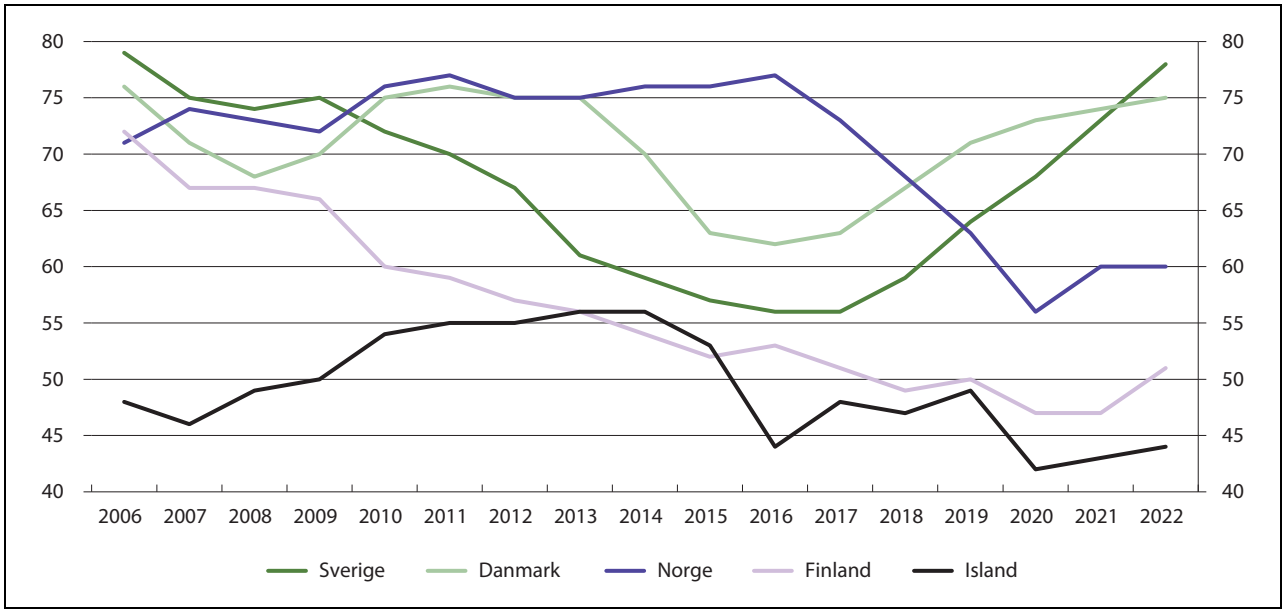
Det er mange historiske, kulturelle og politiske bånd mellom de nordiske landene, som alle har lang tradisjon for demokrati og ivaretakelse av menneskerettighetene. Alle de nordiske land er tilknyttet Den europeiske menneskerettskonvensjonen, og frihetsberøvelse skal kreve hjemmel i lov, proporsjonalitet, og rettssikre prosesser. I dette ligger blant annet tilgang til uavhengige domstoler. Helsetjenestene og kriminalomsorgen er basert på humanistiske prinsipper og respekt for individets rettigheter. Dette inngår i den kulturelle «kapitalen» som kan bidra til å balansere kryssende hensyn til blant annet individ- og samfunnsvern.

8.2 Straff og innsettelse i fengsel i Norden

Figur 8.1 og 8.2 viser henholdsvis gjennomsnittlig antall *innsatte i fengsel* per 100 000 innbyggere, og gjennomsnittlig antall *dømte* per 100 000 innbyggere i de nordiske landene i perioden 2006–2022. Informasjonen i figurene er hentet fra *Correctional Statistics of Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden*, som utarbeides av kriminalomsorgene i de samme landene, og er publisert på Kriminalomsorgsdirektoratets nettsider. I disse publikasjonene vises det til at ulikheter i regelverk, praksis og metoder for datainnsamling gjør nøyaktig sammenlikning mellom landene vanskelig. Det er imidlertid lagt ned arbeid over tid for å gjøre statistikkene så sammenliknbare som mulig.

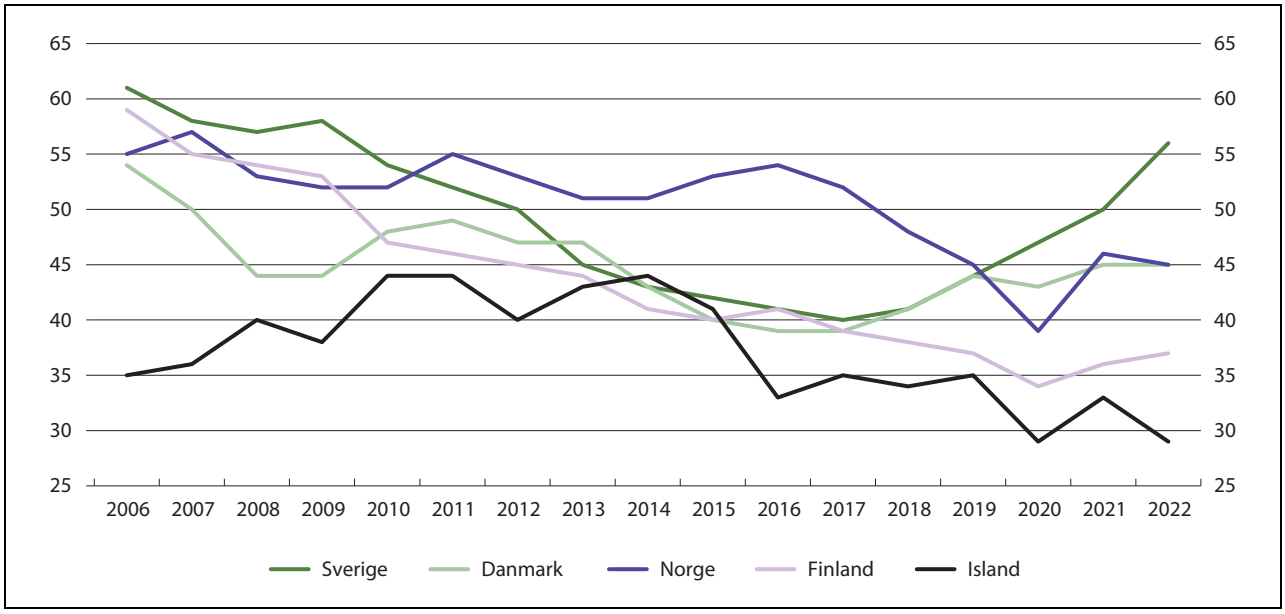
I europeisk målestokk har Norge et lavt antall innsatte i forhold til befolkningen, men figur 8.1 viser at Norge frem til 2016 var det nordiske landet med høyest antall innsatte per 100 000 innbyggere. Fra 2016 endret dette seg markant. For Sverige og Danmark var det en særlig sterk økning fra 2017.

Figur 8.2 viser at forekomsten av dømte til frihetsberøvelse jevnt over var synkende i Norge, Sverige, Danmark og Finland frem til omtrent



Figur 8.1 Gjennomsnittlig antall innsatte i fengsel per 100 000 innbyggere i de nordiske landene. 2006–2022

Kilde: Nordisk statistikk (KDI)



Figur 8.2 Gjennomsnittlig antall dømte per 100 000 innbyggere i de nordiske landene. 2006–2022

Kilde: Nordisk statistikk (KDI)

2018–20. Senere har antallet dømte økt betydelig i Sverige, mens utviklingen i de andre nordiske landene har vært mer variert.

8.3 Regulering av frihet fra straffansvar

8.3.1 Oversikt

De aller fleste land har regler om strafferettslig utilregnelighet som bestemmer at noen grupper lovbrytere skal fritas fra straffeansvar. Også den internasjonale strafferetten oppstiller en regel om utilregnelighet, men den er sjelden aktualisert i praksis.[1]

Det varierer mellom land hvordan utilregnelighetsreglene er utformet, og hvilke konkrete tilstander som kan lede til utilregnelighet og under hvilke vilkår. På et overordnet nivå kan det særlig skilles mellom to ulike varianter.[2]

Den første er regler som kun oppstiller vilkår om gjerningspersons tilstand på handlingstiden. Før lovendringen i 2020 ble utilregnelighet i norsk rett kun definert gjennom medisinske eller biologiske tilstander, og dette ble ofte omtalt som et «medisinsk prinsipp».[3] Dagens regel fra 2020 bruker i større grad vilkår som definerer de relevante tilstandene i allmennspråklige termer og åpner også for mer rettslig skjønn. Likevel bygger regelen fortsatt på at det avgjørende er gjerningspersonens tilstand på handlingstiden, og hvor alvorlig denne var.[4]

Den andre varianten er regler som i tillegg til vilkår om tilstand, oppstiller krav om sammenheng mellom tilstand og handling (kausalitetskrav). Slike regler sies ofte å bygge på et «blandet prinsipp».[5] De fleste lands utilregnelighetsregler bygger på en slik tilnærming, og reglene i de øvrige nordiske landene oppstiller noen form for kausalitetskrav. Etter proposisjonen gir den norske utilregnelighetsregelen uttrykk for et modifisert blandet prinsipp, selv om den ikke omfatter noe kausalitetskrav.[6]

I tillegg til disse variantene, er det noen land som bruker regler som gir rom for skjønn, og som i mindre grad presiserer vilkår for utilregnelighet i loven. Reglen i Nederland er et tydelig eksempel på det.[7] Den danske regelen åpner for stort skjønn, og også dagens norske regel forutsetter et visst skjønn.

1 Roma-vedtektene for Den internasjonale straffedomstolen artikkel 31 nr.1 bokstav a. Se Freckelton. I & Karagiannakis, M. (2022). *The Insanity Defence under International Criminal Law,* for en nærmere gjennomgang av utilregnelighet i den internasjonale strafferetten.

2 Se videre om utformingen av utilregnelighetsregler i Gröning, L., Jacobsen, J. og Husabø, E. J. (2003). *Frihet, forbrytelse og straff, s.* 490-493.

3 NOU 2014: 10, s. 94.

4 Prop. 154 L (2016–2017), s. 13, 54–55.

5 NOU 2014: 10, s. 94.

6 Prop. 154 L (2016–2017), s. 13, 54–55.

Tabell 8.1 Oversikt over regler om utilregnelighet og aktuelle reaksjoner

	Regel om (u)tilregnelighet	Reaksjon og rettslig grunnlag
Norge	Straffeloven § 20	Dom til tvungent psykisk helsevern eller dom til tvungen omsorg (straffeloven §§ 62 og 63). Ikke straff
Danmark	Straffeloven § 16	Dom til psykiatrisk foranstaltning § 68 (foranstaltningsdom). Ikke straff
Sverige		Bestemmelser om rettspsykiatrisk behandling finnes i 31 kap. Straffeloven § 3 og lov (1991:1129) om rettspsykiatrisk behandling. Straff
Finland	Straffelov 39/1889	Nasjonalt råd for rettspsykiatriske saker (NBFPA) utgir behandlingsordre. Ikke straff

Bortsett fra Sverige, har alle de nordiske land en regel om strafferettslig tilregnelighet, jf. tabell 8.1

8.3.2 Danmark

Utilregnelighet er i Danmark regulert i straffeloven § 16. Straffeloven § 68 gir retten mulighet til å pålegge særforanstaltning som behandling eller annen omsorg for utilregnelige personer som har begått lovbrudd. Retten kan idømme behandling, og vil ofte fastsette tilsyn som utføres av Kriminalforsorgen i Frihed. En dom til behandling kan bety:

1. Anbringelse på et psykiatrisk sykehus
2. Behandling på et psykiatrisk sykehus med mulighet for utskrivning
3. Ambulant psykiatrisk behandling

I Danmark behandles den mest komplekse gruppen av pasienter i den spesialiserte rettspsykiatrien på regionsnivå. Så langt vi forstår, dømmes en liten andel til anbringelse som innebærer at de under hele forløpet skal være innlagt på en psykiatrisk avdeling. Regionene har rettspsykiatriske avdelinger med særlige sikkerhetsforanstaltninger. Behandlingen inkluderer medisinsk behandling, terapi og rehabiliteringstiltak. Personer som har fullført behandlingen etter en dom til foranstaltning kan bli overført til kommunene for videre oppfølging og støtte. Flere studier peker på at antallet av rettspsykiatriske pasienter i Danmark har økt betydelig.[8]

8.3.3 Sverige

Som nevnt, har ikke Sverige en regel om strafferettslig utilregnelighet. Det svenske strafferettssystemet er et av få i verden som ikke stiller krav om ansvarlighet.[9] Det var regler om straffefrihet i straffeloven fra 1864 som medførte at den som foretok en handling under påvirkning av for eksempel sinnslidelser ville være fritatt for straffansvar, men kravet om tilregnelighet er altså senere opphevet (av individpreventive årsaker).

Imidlertid kan den som har begått lovbrudd i Sverige dømmes til «rättspsykiatrisk vård» på basis av rettspsykiatriske vurderinger, når fengsel er utelukket.[10] Bestemmelser om slik behandling finnes i straffeloven kapittel 31, § 3 og lov om rettspsykiatrisk behandling. Rettspsykiatrisk behandling er en sanksjon som er aktuell når en forbrytelse er for alvorlig til å kunne sones med bot, og begått under en alvorlig psykisk lidelse («allvarlig psykisk störning»). I 2022 ble 350 lovbrytere dømt til rettspsykiatrisk behandling.[11] Tre av fire som dømmes til rettspsykiatrisk behandling gjennomgår en særskilt utskrivningsundersøkelse. Det betyr at en domstol avgjør når omsorgen skal gå over til poliklinisk behandling eller avsluttes.

---

7 Meynen, G. (2022). Legal insanity in the Netherlands: Regulations and Reflections. I Mackay, Ronnie & Brookbanks, Warren (red.). *The Insanity Defense – International and Comparative Perspectives*. Oxford University Press (ISBN 9780198854944), s. 274–294.

8 Sundheds- og ældremisteriet. (2015). *Kortlægning af retspsykiatrien*

9 Lavett, I. (2024). *Ansvarlighet som forutsetning for straffansvar.*

10 Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

11 Lund, A. *(2023). Dømd till vård-straffe eller mølighet?* Medicinsk Vetenskap nr 3.

Tabell 8.2 Tidsubestemt straff i de nordiske landene

	Livstidsstraff	Forvaring	Sikkerhetsstraff
Norge	Nei	Straffeloven § 40	Nei
Danmark	Ja	Straffeloven § 70 tidsubestemt foranstaltning	Nei
Sverige	Ja	Nei	Forslag om sikkerhetsstraff fremlagt i juli 2024
Finland	Ja	Nei	Kombinert paragraf/ sikkerhetsstraff innført i 2017
Island	Ja (anvendes ikke)	Nei	Nei

I Sverige er det rettspsykiatriske regionale klinikker for personer som har begått kriminalitet og er dømt til behandling. Sikkerhetsnivået ved disse varierer, og noen av de rettspsykiatriske klinikkene har høyt sikkerhetsnivå. Etter behandling i en av de psykiatriske regionale klinikkene blir ansvaret for pasienten overført til en kommune.[12]

8.3.4 Finland

Etter finsk straffelov er den som begår en forbrytelse ikke strafferettslig ansvarlig hvis vedkommende på tidspunktet for forbrytelsen ikke var i stand til å forstå handlingens art eller ulovlighet, og atferden ble avgjørende svekket på grunn av psykiske lidelser, alvorlig mental svikt, alvorlig mental- eller alvorlig kognisjonsforstyrrelse.[13] I en artikkel fra International Journal of Mental Health Systems fra 2020 beskrives den finske rettspsykiatrien.[14] Rettsprosessloven gir regler om gjennomføring av en rettspsykiatrisk undersøkelse. I den rettspsykiatriske vurderingen skal det primært tas stilling til spørsmål om straffeansvar. På bakgrunn av den rettspsykiatriske vurderingen sendes en rapport til Nasjonalt råd for rettspsykiatriske saker (NBFPA), som deretter gir sin egen uttalelse til retten. Dersom personen oppfyller kriteriene for tvangspsykiatrisk behandling når den rettspsykiatriske undersøkelsen er avsluttet, gir NBFPA behandlingsordre for rettspsykiatrisk behandling.

Så lang vi forstår det finske systemet, har Finland egne behandlingsinstitusjoner i hovedsak beregnet for personer som har begått kriminalitet i en utilregnelighetstilstand; Vanha Vaasa sykehus og Niuvanniemi sykehus med en total kapasitet på omtrent 450 sengeplasser. Det ble publisert en rapport i tidsskriftet *The Psychiatrist* i 2007 hvor de to finske spesialsykehusene vurderes særskilt.[15]

8.4 Tidsubestemt straff

8.4.1 Oversikt

Mens Norge har forvaring, har de andre nordiske land til dels andre reaksjoner som i en eller annen form er tidsubestemte. Livstidsstraff og sikkerhetsstraff er to varianter av dette.

8.4.2 Livstidsstraff

I Sverige, Danmark og Finland kan det idømmes livstidsstraff for enkelte lovbrudd av svært alvorlig karakter. Av de nordiske landene som har og praktiserer livstidsstraff, ligger Finland desidert høyest med hensyn til antall livstidsdømte sett i forhold til befolkningsstørrelse. Danmark benytter livstidsstraff i forholdsvis få tilfeller. Antall livstidsdømte i Danmark, Finland og Sverige i perioden 2013–2022, er oppsummert i tabell 8.3. En kan ellers merke seg at om man summerer antall forvaringsdømte og antall med livstidsdom i Danmark, er det totale antallet fortsatt lavere enn antall forvaringsdømte i Norge, jf. punkt 8.3.3.

[12] Lund, A. (2023). Dömd till vård – straff eller möjlighet? *Medicinsk Vetenskap nr 3.*

[13] Finsk straffelov. (1889/39). Del 4 (515/2003).

[14] Seppanen, A., Joelsson, P., Ahlgen-Rimpilainen, Repo-Tiihonen. (2020). Forensic psychiatry in Finland: an overview of past, present and future. *International Journal of Mental Health Systems.* Volume 14:29.

[15] Putkonen, H. & Völlm. (2007). Compulsory psychiatric detention and treatment in Finland. *Psychiatric Bulletin, vol. 31*, pp. 101-103.

Tabell 8.3 Antall livstidsdømte på en utvalgt dag (antall personer som gjennomfører livstidsstraff).[1] 2013–2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Danmark	22	22	21	21	24	24	27	29	35	33
Finland	202	202	197	197	190	184	178	169	180	185
Sverige	147	144	142	145	144	154	156	152	157	189

1 Antall livstidsdømte hvert år er registrert 1. september for Danmark og Finland og 1. oktober for Sverige.
Kilde: Nordisk statistikk (KDI)

8.4.3 Forvaring

Norge er det eneste landet i Norden som har regulert forvaring som straff. Danmark har en lignende ordning, men der betegnes ikke forvaring som en straff, og reaksjonen kan brukes overfor både tilregnelige og utilregnelige lovbrytere. Slik sett minner den om tidligere sikring i Norge. Av de nordiske landene er det kun Norge som ikke har livstidsdom blant de strafferettslige reaksjonene.[16]

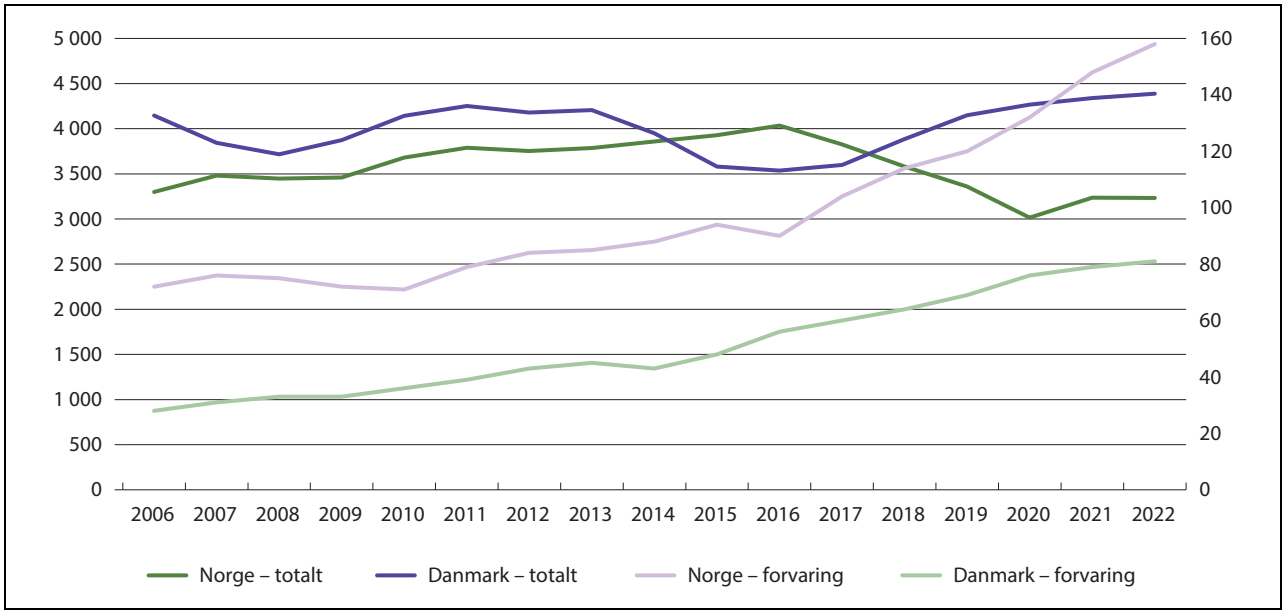
I en artikkel fra 2015 om forvaring i Norge, Danmark og Grønland, er det beskrevet at både Norge og Danmark har lange tradisjoner med å forvare lovbrytere på tidsubestemt tid for å beskytte samfunnet mot ny kriminalitet.[17] Det er klare paralleller i den historiske utviklingen. Artikkelen nevner at lovtekstene i Norge, Danmark og Grønland er ganske like, herunder vilkårene for å kunne idømme forvaring. Den danske straffeloven § 70 om forvaring følger etter §§ 68–69, som omhandler tiltak mot psykisk avvikende personer mv. Personer som dømmes til forvaring har ofte personlighetsavvik, og reglene i den danske straffeloven §§ 71–72 gir felles regler.

Figur 8.3 viser gjennomsnittlig totalt antall innsatte (venstre akse) og antall forvaringsinnsatte (høyre akse) i danske og norske fengsler i perioden 2006–2022. Det fremgår at Norge i hele perioden har hatt nesten dobbelt så mange forvaringsinnsatte som Danmark.

Personer som er dømt til forvaring i Danmark anbringes som hovedregel i Herstedvester fengsel. Dette er et spesialfengsel for varetektsinnsatte

16 Muligheten finnes i islandsk lov, men benyttes i praksis ikke.

17 Johnsen, B. og Engbo, H. (2015). Forvaring i Norge, Danmark og Grønland – noen likheter og ulikheter. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, 102(2)*.



Figur 8.3 Gjennomsnittlig antall innsatte i fengsel, totalt (venstre akse) og i forvaring (høyre akse) i Danmark og Norge. 2006–2022

Kilde: Nordisk statistikk (KDI)

og domfelte med behov for psykiatrisk, psykologisk og/eller sexologisk behandling, og institusjonen er spesielt tilrettelagt for å ta imot innsatte med behov for psykiatrisk behandling eller hjelp. Domfelte til forvaring i Danmark kan også plasseres utenfor kriminalomsorgens institusjoner, for eksempel av helsemessige årsaker.

8.4.4 Sikkerhetsstraff

I en artikkel om de nordiske landene fra 2023 nevnes at Finland i 2006 erstattet forvaring med et system som begrenser tidlig løslatelse av høyrisikovoldelige lovbrytere.[18] I 2017 ble en «kombinert paragraf», eller sikkerhetsstraff, vedtatt. Sikkerhetsstraffen kan pålegges personer som anses å ha høy voldsrisiko, og som ikke kan rehabiliteres innenfor en tidsbegrenset straff. Domfelte til denne reaksjonen kan holdes i sikkerhetsstraff på ubestemt tid, med regelmessige vurderinger av om de fortsatt utgjør en fare. Sikkerhetsstraff gjennomføres i spesialiserte institusjoner. Etter det opplyste skal reaksjonen være lite brukt.

I Sverige er det foreslått å innføre en ny reaksjon for å kunne ha personer med kriminell bakgrunn som utgjør en risiko for samfunnet i fengsel på ubestemt tid, såkalt «sikkerhetsstraff», jf. SOU 2024:48.[19] Reaksjonen er ment å gjelde tilfeller hvor det dreier seg om gjentakelsesfare for ny og alvorlig kriminalitet. I den nevnte utredningen er det foreslått flere reformer i straffe- og fengselslovgivningen for å styrke samfunnsbeskyttelsen, redusere tilbakefall og øke beskyttelsen av ofre. Nøkkelforslagene inkluderer blant annet innføring av en ny ubetinget straff for alvorlige og gjentatte lovbrudd, og strengere regler for betinget løslatelse. Målet med arbeidet er blant annet å sikre effektive tiltak mot tilbakefall.

[18] Lappi-Seppala, T. (2023). Preventive detention in Finland and the other Nordic countries. *Peking University Law Journal,* volume 11, 59-72.

[19] SOU 2024:48.

Kapittel 9
Varetekt og varetektssurrogat

9.1 Varetekt

Under etterforskning av en straffesak kan det foreligge unndragelsesfare, bevisforspillelsesfare eller gjentakelsesfare. I så fall kan siktede, på visse vilkår, pågripes, se straffeprosessloven § 171.[1] Ønsker påtalemyndigheten å beholde siktede utover 48 timer, må siktede snarest mulig etter pågripelsen fremstilles for tingretten, med begjæring om fengsling, se straffeprosessloven § 181. Normalt gjennomføres varetekt i fengsel, og kalles av den grunn varetektsfengsling.

For alle tvangsmidler som er regulert i straffeprosessloven, gjelder et forholdsmessighetsprinsipp.[2] Det innebærer at tiltak ikke kan være mer inngripende enn nødvendig for å oppnå målet. Tvangsmiddel kan ikke benyttes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep. I denne sammenheng innebærer det at lempeligere alternativer enn varetektsfengsling skal vurderes.[3] Alternative tvangsmidler går frem av straffeprosessloven § 188, jf. § 181, og kalles gjerne varetektssurrogater.[4] Ett av alternativene til varetektsfengsling er plassering i institusjon. I tråd med forholdsmessighetsprinsippet er det en generell forutsetning for dette at «opplegget for den siktede fremstår som et bedre alternativ enn varetektsfengsel».[5]

Varetekt er et midlertidig tvangsmiddel, og kan som hovedregel besluttes for inntil fire uker av gangen, med mulighet for forlengelse, se straffeprosessloven § 185. Personer under 18 år skal ikke fengsles hvis det ikke er tvingende nødvendig.[6] I forbindelse med varetektsfengsling kan domstolene etter nærmere vilkår beslutte at den siktede skal underlegges restriksjoner i form av brev- og besøksforbud, medieforbud eller hel- eller delvis isolasjon når hensyn til etterforskningen av saken tilsier det.[7]

Utgangspunktet er at varetektsinnsatte skal plasseres i fengsel med høyt sikkerhetsnivå med mindre påtalemyndigheten eller domstolen bestemmer noe annet.[8] Fengslene drives av kriminalomsorgen, som gjennomfører fengselsoppholdet på grunnlag av rettens avgjørelse. Varetektsinnsatte utgjør normalt i underkant av 25 prosent av de innsatte, og mange av de reglene om fengselsoppholdet som gjelder for gjennomføring av fengselsstraff, gjelder også for varetektsinnsatte.[9] Påtalemyndigheten har imidlertid et særskilt ansvar for innsatte i varetekt. Kriminalomsorgen har ikke myndighet til å endre rettens beslutning om varetektsfengsling eller restriksjoner.

Varetektsinnsatte er ofte ikke forberedt på å bli satt i fengsel, og situasjonen kan oppleves som en livskrise. Personen kan ha vært involvert i dramatiske hendelser, og det er stor uvisshet, blant annet om hvor lenge fengselsoppholdet vil vare. Normalt vil varetektsinnsatte heller ikke ha fått forberedt familie, venner, eventuell arbeidsgiver og andre forbindelser på at de «forsvinner» for kortere eller lengre tid, og de kan ha mange spørsmål og stor usikkerhet om hvordan fremtiden vil bli. Belastningen kommer til uttrykk blant annet ved at varetektsinnsatte er overrepresentert i statistikken for innsatte som begår selvmord.

---

1 Sjeldent forekommende, men likevel mulig, kan varetekt også etableres hvor siktede selv begjærer det, eller i svært alvorlige tilfeller hvor det er «egnet til å støte allmennhetens rettsfølelse eller skape utrygghet dersom den mistenkte er på frifot», se vilkår i straffeprosessloven §§ 171 og 172.

2 Se straffeprosessloven § 170 a.

3 Se straffeprosessloven § 184.

4 Andre aktuelle reaksjoner er innlevering av pass, meldeplikt hos politiet, sikkerhetsstillelse, plassering i kommunal boenhet, se straffeprosessloven § 188, jf. § 181.

5 Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 50.

6 Straffeprosessloven § 184 andre ledd.

7 Straffeprosessloven § 186 og § 186 a.

8 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 47, punkt 47.1.

9 Straffegjennomføringsloven § 52 regulerer hvilke bestemmelser som ikke gjelder for innsatte i varetekt.

9.2 Varetektssurrogat

9.2.1 Innledning

Istedenfor innsettelse i varetekt i et ordinært fengsel, kan domstolene beslutte at den siktede skal plasseres i en institusjon i helsevesenet.[10] Denne formen for varetekt skal ivareta de samme hensyn som ordinær varetektsfengsling, og forutsetter på samme måte at det foreligger unndragelsesfare, bevisforspillelsesfare, gjentakelsesfare eller grunner siktede selv opplyser om.[11] I tillegg inneholder straffeprosessloven enkelte særlige vilkår for plassering i institusjon, se straffeprosessloven § 188 andre til fjerde ledd.[12] Når det gjelder selve gjennomføringen av denne formen for varetektssurrogat, er straffeprosessloven knapp.

Alternativer til varetektsfengsling har en lang forhistorie i norsk straffeprosess. Allerede straffeprosessloven av 1887 åpnet for flere tiltak tilsvarende dagens lovgivning. Bestemmelsen om opphold i institusjon er i stor grad et resultat av særreaksjonsreformen. Under reformarbeidet ble varetektsfengsling av potensielt utilregnelige lovbrytere problematisert.[13] Det dreide seg primært om avveiningen mellom «hensynet til omgivelsenes sikkerhet» og særskilte hensyn («krav på human behandling») knyttet til psykisk utviklingshemmede. Særskilte hensyn knyttet til unge og eldre lovbrytere ble også nevnt.[14] Videre ble rømningsfare drøftet, fordi ikke alle aktuelle institusjoner hadde hjemmel til frihetsberøvelse. For disse situasjonene ble løsningen et domstolstildelt, situasjonsbestemt rettslig grunnlag for å holde siktede tilbake mot sin vilje, samt hente siktede tilbake ved unnvikelse, se § 188 fjerde ledd. Det ble satt som en forutsetning for institusjonsopphold, og dermed også for en domstolstildelt tvangshjemmel, at institusjonen samtykket til oppholdet.[15]

Samtidig ble Sentral fagenhet for tvungen omsorg opprettet for å ivareta særskilte hensyn til psykisk utviklingshemmede forbrytere. Det fremgår av lovforarbeidene at fagenheten «er forpliktet til å ta imot slike siktede».[16] Vilkår om samtykke fra institusjonen er dermed ikke relevant i disse tilfellene.

Særreaksjonsreformen ble evaluert av det såkalte Mæland-utvalget, som la frem sin rapport i 2008.[17] Utvalgets mandat nevnte spesielt institusjonsopphold som varetektssurrogat. Mer konkret dreide det seg om hvorvidt det psykiske helsevernets institusjoner burde få en tilsvarende plikt som Sentral fagenhet for tvungen omsorg:[18]

> Utredningsgruppen bes vurdere om varetektssurrogatsreglene bør endres slik at det psykiske helsevernet får en plikt til å ta imot siktede som antas å være utilregnelige pga psykose/bevisstløshet.

Mæland-utvalget gjennomførte en omfattende kartlegging av særreaksjonsreformens virkninger. Basert på utvalgets undersøkelser, kom utvalget til at det i løpet av en femårsperiode hadde vært anslagsvis ti klart utilregnelige personer som var fengslet i varetektstiden.[19] Med formål om å unngå at klart utilregnelige gjerningspersoner tilbringer hele eller deler av varetektsperioden i fengsel, var utvalgets anbefaling at psykiatriske institusjoner, på nærmere angitte vilkår, får en *plikt* til å ta imot siktede som antas å være utilregnelige grunnet psykose.[20] Utvalget viste til at det er «alminnelig enighet om at strafferettslig utilregnelige personer ikke bør anbringes i fengsel».[21]

Dagens utforming av vilkårene for institusjonsopphold var et forsøk på både å imøtekomme Mæland-utvalgets forslag om en domstolpålagt plikt for institusjonene til å ta imot siktede, og å imøtekomme deler av kritikken som dette lovforslaget ble møtt med under høringen.[22] Denne kritikken dreide seg om at domstolene ikke er kompetente til å avgjøre hvilke siktede som bør ha opphold på psykiatriens institusjoner. Dessuten dreide kritikken seg om at beslutningsgrunnlaget kan være svakt, ettersom det gjerne er uklart i

---

10 Straffeprosessloven § 188, jf. § 181.

11 Jf. straffeprosessloven § 171 første ledd nr. 1 til 4.

12 Fremstillingen baserer seg i det vesentlige på artikkelen fra Holst, Ø og Mindestrømmen, M. (2023). *Varetektssurrogat i institusjon.* Samt rapporten fra SIFER. (2020). *Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat, rapport 2, og rapporten Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 En statusrapport.* For videre utdypning av rettslige spørsmål, se artikkelen *Varetektssurrogat i institusjon.*

13 Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 50 flg.

14 Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 50.

15 Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 50.

16 Fagenheten «er forpliktet til å ta imot slike siktede», se Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 51.

17 Justis- og politidepartementet. (2006). *Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring.* (Mæland- utredningen).

18 Justis- og politidepartementet. (2006). *Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring*, s. 24 etter forvaring.

19 Sst., s. 237.

20 Sst., s. 239.

21 Sst., s. 239.

22 Om høringen, se Prop. 122 L (2014–2015), s. 6.

etterforskningsperioden hvem som ved eventuell senere domfellelse vil bli vurdert som strafferettslig utilregnelige. Departementets svar på kritikken var å stille krav til domstolenes beslutningsgrunnlag: En beslutning fra domstolene om å pålegge en institusjon å ta imot siktede, uten at den samme institusjonen samtykker, må «bygge på en entydig sakkyndig utredning», se § 188 tredje ledd andre punktum.

Etter lovendringen er status at varetektsopphold i institusjon kan forekomme både hvor institusjonen samtykker og hvor institusjonen ikke samtykker.

Samtlige utredninger og lovendringer som det her er gjort rede for, har foregått i regi av Justis- og beredskapsdepartementet. Et fellestrekk for disse lovforarbeidene er at oppmerksomheten primært har vært rettet mot vilkår for institusjonsopphold. Utover rømningsfare har Justisdepartementet ikke viet selve gjennomføringen noen oppmerksomhet.

Helse- og omsorgsdepartementet har på sin side nærmet seg enkelte utfordringer knyttet til gjennomføring. Bakgrunnen var at Helse- og omsorgsdepartementet i Ot.prp. nr. 65 (2005–2006) erkjente at det psykiske helsevernet i en viss grad gjennomfører institusjonsopphold hjemlet utenfor helseretten.[23] Departementet problematiserte *hvilke* gjennomføringsregler som gjelder under slike institusjonsopphold. Det ble pekt på at det både kan dreie seg om *ulike* gjennomføringsregler, og om institusjonsopphold *uten* gjennomføringsregler. Departementet anså gjennomføring av rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167 som «uregulert», om ikke psykisk helsevernlovens bestemmelser kom til anvendelse.[24] Proposisjonen førte til en lovendring som fastslår at ved opphold i medhold av annen lov enn psykisk helsevernloven, så kommer nærmere angitte gjennomføringsbestemmelser i psykisk helsevernloven til anvendelse, se psykisk helsevernloven § 1-1 a. Disse lovforarbeidene nevner ikke varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188. Ordlyden i psykisk helsevernloven § 1-1 a etterlater imidlertid ikke tvil om at også varetektssurrogat omfattes av bestemmelsen.

9.2.2 Omfang og erfaringer

Omfanget av varetektssurrogat i institusjon er i begrenset grad kjent. Bakgrunnen er at ingen instans i helsesektoren eller justissektoren holder oversikt over varetektssurrogat, og domstolenes avgjørelser er i liten grad lagt ut på Lovdata. Utvalget antar at en rekke varetektssurrogater i institusjon gjennomføres etter samtykke fra institusjonene, og at slike straffeprosessuelle opphold på institusjon forekommer både med og uten samtidig innleggelse etter psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3.

Det foreligger to undersøkelser av omfang og erfaringer etter lovendringen i 2016. En evaluering gjennomført av SIFER i 2020 gav et begrenset overblikk for årene 2016–2020.[25] Her var spørreskjema om forekomst og erfaringer med varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 tredje ledd sendt til alle landets helseforetak. Av 21 mulige respondenter svarte kun 10 innen utgangen av 2019. Av disse 10 hadde seks av foretakene hatt siktede innlagt med varetektssurrogat etter lovendringen i 2016. I disse seks foretakene var det gjennomført totalt 14 opphold i institusjon. Oppholdenes varighet strakte seg fra én måneds tid til om lag 18 måneder. Oppholdenes varighet var i snitt på et halvt års varighet.

Ved utgangen av 2020 ble helseforetakene på nytt forespurt om erfaringer med varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 tredje ledd. Også her svarte kun 10 av 21 mulige respondenter. I løpet av 2020 hadde fire av foretakene hatt siktede innlagt som varetektssurrogat, i tillegg hadde fire av foretakene på kartleggingstidspunktet siktede innlagt som varetektssurrogat.

For øvrig var tilbakemeldingene fra helseforetakene at siktede med institusjonsopphold som varetektssurrogat fortrengte pasienter fra institusjonen. To av helseforetakene meldte om perioder med høyt antall varetektssurrogatinnleggelser. Ett av foretakene meldte om fem varetektssurrogatinnleggelser på kort tid, hvorav ingen av de varetektsinnsatte ble idømt tvungent psykisk helsevern.

Omfang og erfaringer med varetektssurrogat i institusjon for årene 2020–2023 ble undersøkt i 2024.[26] Ifølge denne undersøkelsen ble 91 personer, hvorav 4 kvinner, innlagt på varetekts-

[23] Ot.prp. nr. 65 (2005–2006), s. 48. Departementet nevnte vedtak om tvangsplassering etter barnevernloven, vedtak om tilbakehold av rusmiddelbrukere etter sosialtjenesteloven, og institusjonsopphold ved rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167.

[24] Ot.prp. nr. 65 (2005–2006), s. 51.

[25] Senneseth, M., Holst, Ø., Mindestrømmen, M., Flåan, O. og Rypdal, K. (2021). *Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat.* SIFER.

[26] SIFER-Sør-Øst. (2023). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – En statusrapport,* s. 27 flg.

surrogat i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i perioden 2020–2023. Undersøkelsen avdekker store regionale ulikheter, både i antall og i valg av sikkerhetsnivå. Flest varetektssurrogat (30) ble gjennomført i Helse Nord RHF, hvorav 21 ble gjennomført i regional sikkerhetsavdeling. Til sammenligning ble ingen av varetektssurrogatene (25) i Helse Sør-Øst RHF gjennomført i regional sikkerhetsavdeling. Det ble også rapportert om varierende samarbeid mellom institusjoner og politi/påtalemyndighet, samt at siktede av hensiktsmessighetsbetraktninger ble innlagt på tvungent psykisk helsevern. Enkelte siktede ble vurdert som ikke behandlingstrengende, og enkelte siktede ble ikke dømt til tvungent psykisk helsevern. Tolv varetektssurrogater hadde lengre varighet enn seks måneder, fem av disse hadde lengre varighet enn ett år.

De to undersøkelsene vi har nevnt her, gir ikke grunnlag for å si noe om fordelingen mellom institusjonsopphold med og uten institusjonens samtykke.

9.2.3 Vilkår

Varetektssurrogat i institusjon er regulert i straffeprosessloven § 188. Som nevnt i punkt 9.2.1 forutsetter anvendelse av § 188 at vilkårene for varetektsfengsling i straffeprosessloven § 171, jf. § 170 a, eventuelt § 172, jf. § 170 a, er oppfylt.

I de tilfeller hvor institusjonen samtykker til institusjonsoppholdet, inneholder § 188 ingen særskilte vilkår for varetektssurrogat på institusjon. Imidlertid fremgår det av lovforarbeidene at det er en generell forutsetning at «opplegget for den siktede fremstår som et bedre alternativ enn varetektsfengsel».[27]

I de tilfeller hvor institusjonen *ikke* samtykker, inneholder straffeprosessloven § 188 tredje ledd enkelte særskilte vilkår. Vilkårene er nært knyttet til *de to sentrale legislative hensynene* bak domstolenes anledning til å beslutte institusjonsopphold uten institusjonens samtykke. For det første viser lovforarbeidene til «hensynet til å unngå at personer som ikke er strafferettslig ansvarlige blir sittende i fengsel».[28] Dette legislative hensynet omhandler *tilstand på gjerningstidspunktet*, og innebærer en *strafferettslig vurdering av skyldevne*. For det andre viser lovforarbeidene til «hensynet til at alvorlig syke ikke bør være i fengsel».[29] Dette legislative hensynet omhandler *tilstand på fengslingstidspunktet*, og innebærer en *helsefaglig vurdering av behandlingsbehov*. Det er verdt å merke seg at det dreier seg om to ulike vurderinger, både kvalitativt og med tanke på tidspunkt.

Gjerningstidspunktet er det første relevante tidspunktet, og spørsmålet er om siktede var i en tilstand som kan innebære strafferettslig utilregnelighet. Konkret er vilkåret at siktede på gjerningstidspunktet «antas å være straffri» etter straffeloven § 20 andre ledd bokstav a eller c. Bokstavene a og c referer til alternativene «sterk avvikende sinnstilstand» og «høygradig psykisk utviklingshemming». Når det gjelder strafferettslig utilregnelighet og gjerningstidspunktet, stilles også krav til beslutningsgrunnlaget. Vurderingen av om siktede kan antas å ha vært strafferettslig utilregnelig må bygge på en «entydig sakkyndig utredning».

Fengslingstidspunktet er det andre relevante tidspunktet. Spørsmålet er om siktede på fengslingstidspunktet er så alvorlig syk at personen ikke bør være i fengsel, fordi siktede har behov for helsehjelp i det psykiske helsevernet. Mer konkret er lovens vilkår at siktede på fengslingstidspunktet har en «sterk avvikende sinnstilstand».

Om disse vilkårene er oppfylt, kan domstolene beslutte at siktede skal plasseres på institusjon i stedet for i fengsel, selv om institusjonen ikke samtykker. Før domstolene tar beslutningen, fremgår det av § 188 tredje ledd at det aktuelle regionale helseforetaket bør få anledning til å uttale seg.

9.2.4 Særmerknad fra utvalgsmedlem Rosenqvist

Det bekreftes at praksis vedrørende varetektsubstitutt etter 2015 har utviklet seg som beskrevet i kapittelet her. Ved flere psykiatriske sykehus opplever man at personer blir plassert i avdelingen, ikke etter helselovene, men etter straffeprosessloven § 188 tredje ledd. Disse personene oppfattes da ikke å ha pasientstatus, og det er vanskelig for den faglig ansvarlige å vite hvordan vedkommende skal behandles. Når de rettspsykiatrisk sakkyndige har funnet at siktede har en psykosesykdom med klare symptomer, er dette svært uheldig.

Søknader fra fengselslege eller legevakt om innleggelse i psykiatrien for personer i varetekt skjer regelmessig. Da kan også politiet være innleggelsesbegjærer/tutor. Mange blir tatt inn til døgnbehandling, men ofte kortvarig. Andre får avslått søknaden, på linje med mange andre søk-

[27] Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 50.
[28] Prop. 122 L (2014–2015), s. 47.
[29] Prop. 122 L (2014–2015), s. 47.

nader om innleggelse. Avslaget kan være begrunnet med at mottagende institusjon ikke finner at pasienten oppfyller kravene for innleggelse etter psykisk helsevernloven §§ 3-2 eller 3-3, for andre avslag er det kapasitetsproblemer, og henvisning til prioriteringsforskriften, som er årsaken til avslaget.

Det finnes ikke kunnskap om i hvilken grad retten før beslutning etter § 188 tredje ledd fattes, som anført, har hørt det regionale helseforetaket (eller den som er delegert myndighet til å uttale seg om saken, den mottagende sykehusavdeling) om hvorfor den siktede, som man må anta har et psykiatrisk behandlingsbehov, ikke er blitt mottatt på vanlig vis etter psykisk helsevernloven §§ 3-2 eller 3-3. Ved en beslutning etter § 188 tredje ledd bør det vært relevant for retten hvorfor en regulær innleggelsessøknad enten ikke er sendt fra legevakt eller fengselslege eller hvorfor en slik søknad er avslått. Dersom dette ikke er tilstrekkelig belyst før vedtak etter § 188 tredje ledd fattes, vil resultatet være flere sikkert behandlingstrengende personer i sykehus i et helserettslig «limbo», noe som er svært uheldig for alle parter. Dette var neppe intensjonen med lovendringen i straffeprosessloven.

Dette kunne vært unngått dersom Justisdepartementet ved innføringen av § 188 tredje ledd hadde understreket at de vanlige reglene for innleggelse i psykisk helsevern skal være uttømt før retten eventuelt overstyrer legevurderinger eller kapasitetsutfordringer.

9.2.5 Gjennomføring

Straffeprosessloven § 188 berører to sider ved gjennomføringen av institusjonsoppholdet. Bestemmelsens tredje ledd fastslår at det regionale helseforetaket avgjør hvilken institusjon siktede skal oppholde seg i. I praksis er nok det regionale helseforetakets rolle ofte av liten eller ingen betydning, ettersom kontakten gjerne går direkte mellom aktuell institusjon og påtalemyndighet. Videre inneholder bestemmelsens fjerde ledd en åpning for at retten kan tildele institusjonen en situasjonsbestemt, midlertidig adgang til å anvende tvang. Mer konkret fremgår det at retten kan fastsette at den siktede skal kunne holdes tilbake der mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

For øvrig inneholder straffeprosessloven § 188 ingen regulering av gjennomføringen av institusjonsoppholdet. Det foreligger imidlertid praksis for anvendelse av straffeprosessuelle bestemmelser i kombinasjon med varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188, eksempelvis brev- og besøksforbud etter straffeprosessloven § 186 annet ledd.[30] Denne praksisen har Helsedirektoratet sluttet opp om i sin kommentar til psykisk helsevernloven § 1-1 a. Helsedirektoratet har for øvrig pekt på at institusjonene «ofte ikke benytter seg av gjennomføringsbestemmelsene» som er aktuelle i psykisk helsevernloven kapittel 4, men at det er de straffeprosessuelle bestemmelsene som benyttes i praksis.[31] Høyesterett har i kjennelse av 10. november 2024 anerkjent at institusjonsopphold som varetektssurrogat kan etableres parallelt med institusjonsopphold under tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-3.[32] Høyesterett viser blant annet til at det vil «skape problemer hvis man ikke kan benytte de to regelsettene parallelt».

9.2.6 Utfordringer. Evaluering fra SIFER

Bestemmelsen om varetektssurrogat på institusjon etter straffeprosessloven § 188 har til felles med undersøkelse på psykiatrisk institusjon etter straffeprosessloven § 167 og dom på tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62, at de dreier seg om strafferettsforankrede opphold i det psykiske helsevernet. Slike sektoroverskridende bestemmelser reiser enkelte særlige utfordringer.

I denne sammenheng viser disse utfordringene seg i flere sammenhenger. Som nevnt i punkt 9.2.3 skal retten gjennomføre to ulike vurderinger knyttet til to ulike tidspunkter. Den første vurderingen er knyttet til gjerningstidspunktet, og er en strafferettslig vurdering med tanke på strafferettslig utilregnelighet. Den andre vurderingen er knyttet til fengslingstidspunktet, og er en medisinsk vurdering med tanke på behandlingsbehov. Selv om det er en medisinsk vurdering, har lovgiver valgt et vilkår hentet fra strafferettslig utilregnelighetsterminologi, i form av «sterkt avvikende sinnstilstand». Valget av et strafferettslig utilregnelighetsvilkår må her bero på en misforståelse.

---

30 Se eksempelvis sak 22-113191SAK-BORG/04. Her ble varetektssurrogat på institusjon vurdert som egnet til å avverge både bevisforspillelsesfare og gjentakelsesfare.

31 Uttalelsen omhandlet institusjonsopphold etter straffeprosessloven § 167, se Helsedirektoratets brev 15. april 2011, ref. 10/6077. Uttalelsen gir til kjenne at Helsedirektoratet var kjent med at gjennomføring ikke nødvendigvis er å betrakte som «uregulert» uten bestemmelsene fra psykisk helsevernlovens kapittel 4.

32 HR-2024-2054-U.

Utfordringer knyttet til bestemmelsenes sektoroverskridende preg, viser seg også i den rollen som det regionale helseforetaket er tildelt. De regionale helseforetakene er ikke klinikknære, og det kan av den grunn stilles spørsmål ved om de er rett nivå i helsevesenet å henvende seg til, slik det er forutsatt i straffeprosessloven § 188 tredje ledd. Likevel ligger det til de regionale helseforetakene å sørge for tilgjengelighet og kapasitet i spesialisthelsetjenesten, som særlig gjør seg gjeldende dersom aktuelle helseforetak må motta personer for varetektssurrogati uten institusjonens samtykke.

Videre er forholdet til helserettslige bestemmelser om dokumentasjonsplikt og taushetsplikt ikke problematisert. Sistnevnte er berørt i Agder lagmannsretts kjennelse av 31.oktober 2024.[33]

Ved evalueringen i 2020 var SIFERs konklusjon at varetektssurrogat i institusjon har uklart anvendelsesområde, uklart omfang og uklar gjennomføring.[34] Senere har Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) sluttet seg til denne konklusjonen.[35]

---

[33] LA-2024-168240.

[34] Senneseth, M., Holst, Ø., Mindestrømmen, M., Flåan, O., og Rypdal, K. (2021). *Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat,* s. 5.

[35] Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2021). *Hva kan vi lære etter drap begått i psykotisk tilstand?* s. 6 og 16.

Kapittel 10
Rettspsykiatriske undersøkelser og voldsrisikovurderinger i saker om strafferettslige reaksjoner

10.1 Oversikt

I forbindelse med siktelser for straffbare forhold, vil det være behov for å få belyst den siktedes personlighet og livsforhold utover akkurat det som gjelder den aktuelle straffbare handlingen. I noen tilfeller kan behovet være å få avklart om vedkommende overhodet kan holdes strafferettslig ansvarlig og straffedømmes, eller hvilken type straff som bør idømmes. Regelverk og praksis gir anvisning på ulike former for undersøkelser som kan være aktuelle i saker om strafferettslige reaksjoner.

En *personundersøkelse* er en enklere type undersøkelse enn en rettspsykiatrisk undersøkelse, og kan benyttes i tilfeller rettspsykiatrisk undersøkelse ikke er pålagt. Personundersøkelser besluttes av retten eller påtalemyndigheten på grunnlag av straffeprosessloven § 161, og gjennomføres av en person som kriminalomsorgen i frihet eller retten utpeker. Det skal gjennomføres en personundersøkelse før en person dømmes til forvaring.[1] Retten kan imidlertid beslutte at det gjennomføres en rettspsykiatrisk undersøkelse i stedet for, eller i tillegg til, en personundersøkelse. Videre skal det som hovedregel gjennomføres en personundersøkelse før saken pådømmes når det tas ut tiltale mot en mindreårig.[2] Den som gjennomfører undersøkelsen fremskaffer informasjon ved å snakke med den siktede selv, og gjennom kontakt med andre personer, institusjoner og myndigheter.

Da forvaringsordningen ble utredet, ble det lagt til grunn at en personundersøkelse ville være tilstrekkelig før en eventuell forvaringsdom.[3] En personundersøkelse er basert på relativt uomtvistelig informasjon om sosiale forhold. Etter at forvaringsordningen ble gjeldende rett, har forskning om risikovurderinger blitt omfattende, og det er nå vanlig at det gjennomføres fullstendige rettspsykiatriske vurderinger i alle saker der det kan være aktuelt med en forvaringsdom.

Det følger av straffeprosessloven § 165 fjerde ledd at dersom det er tvil om behovet for en rettspsykiatrisk undersøkelse, kan påtalemyndigheten eller retten beslutte å innhente en *foreløpig erklæring fra en sakkyndig* for veiledning om dette. En slik foreløpig vurdering er å betrakte som et råd til påtalemyndigheten i spørsmål om det bør gjennomføres en full observasjon. Påtalemyndigheten må betale for utredningen. Fordelen med en foreløpig erklæring er at den kan komme raskt, og være billigere å gjennomføre enn en full vurdering. Men i tilfeller hvor det åpenbart er behov for en full rettspsykiatrisk observasjon (for eksempel ved alvorlig kriminalitet med avvikende adferd), kan det synes som dobbeltarbeid å gå via en foreløpig erklæring.

En *rettspsykiatrisk undersøkelse* er en undersøkelse som besluttes av retten og gjennomføres av sakkyndige. En rettspsykiatrisk sakkyndig skal være lege eller psykolog og ha autorisasjon etter Helsepersonelloven. Rettspsykiatriske undersøkelser benyttes først og fremst i saker hvor det kan være tvil om den siktede var strafferettslig tilregnelig da den straffbare handlingen ble begått, og det således er tvil om vedkommende kan holdes strafferettslig ansvarlig. Det følger av straffeprosessloven § 165 andre ledd at en siktet alltid skal underkastes en rettspsykiatrisk undersøkelse når det er aktuelt å idømme overføring til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg, og i sak om opphør av slike reaksjoner.

Rettspsykiatrisk undersøkelse kan besluttes også i andre tilfeller enn ved spørsmål om tilregnelighet. Særlig kan dette være aktuelt i saker med spørsmål om en siktet bør idømmes forvaring eller «bare» alminnelig fengselsstraff. Også i saker der forvaring kan være aktuelt, vil kunne være tvil om tiltaltes tilregnelighet. En høy terskel

1 Straffeloven § 40 siste ledd.
2 Straffeprosessloven § 161 a.
3 NOU 1990: 5.

for utilregnelighet gjør at også siktede med alvorlig psykiske lidelser idømmes fengsels- og forvaringsstraff.

For personer som har utøvd eller forsøkt å utøve vold mot andre, foretas det i ulike sammenhenger *voldsrisikovurderinger* (også kalt voldsrisikoutredning). Voldsrisikovurderinger er aktuelt ved etablering, gjennomføring og opphør av en særreaksjon, og ved idømmelse av forvaring, prøveløslatelse fra forvaring, og forlengelse av forvaring. Formålet med voldsrisikovurderinger er å vurdere risikoen for fremtidig vold og adekvate tiltak for å forebygge voldshandlinger. Gjennomføringen av en rettspsykiatrisk undersøkelse vil ofte også inkludere en voldsrisikovurdering. *Voldsrisikovurderinger* omfatter i denne sammenhengen også vurderinger av risiko for seksuallovbrudd, som ikke nødvendigvis involverer (fysisk) vold.

10.2 Rettspsykiatriske undersøkelser

10.2.1 Generelt

Straffeprosessloven § 165 a kom inn i loven med virkning fra 2020.[4] Bestemmelsen angir at det som hovedregel skal oppnevnes to sakkyndige i saker med spørsmål om utilregnelighet og særreaksjon, og oppstiller kompetansekrav til rettspsykiatrisk sakkyndige. Minst én av de sakkyndige må være godkjent spesialist på et fagområde som er relevant for den rettspsykiatriske undersøkelsen den eller de sakkyndige skal gjennomføre.[5] Videre gir § 165 a regler om inhabilitet for sakkyndige, og krever at sakkyndige fremlegger en egenerklæring før oppnevning.

I Norge finnes det ingen formell spesialisering innen rettspsykiatri, slik det gjør for eksempel Sverige. Nasjonalt kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) og de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri[6] organiserer imidlertid blant annet kurs i rettspsykiatri for psykiatere og psykologer («C-kurs») og kurs i strafferett og straffeprosess («B-kurs») for alle som påtar seg oppdrag som sakkyndig i straffesaker.

Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS), som ble etablert i 2018 og er lokalisert ved St. Olavs hospital i Trondheim, har ansvar blant annet for en oppdatert nasjonal oversikt over sakkyndige, og for å komme med forslag til kompetente sakkyndige etter bestilling fra påtalemyndigheten.[7] Når det foreligger en sak med behov for rettspsykiatrisk undersøkelse, sender påtalemyndigheten en bestilling til NERS, tilpasset saken. Denne besvares ved at NERS kommer med forslag til fire aktuelle kandidater som har sagt seg villig til å bistå retten. Også for oppdrag om foreløpig erklæring fra en sakkyndig, kan påtalemyndighetene få forslag til en tilgjengelig sakkyndig fra NERS. Sakkyndige som formidles via NERS, anses å være formelt kvalifisert for oppgaven. Men de sakkyndige er selv ansvarlige for at informasjonen i egenerklæringen er korrekt, og skal selv informere om forhold den sakkyndige selv mener er av betydning for oppdraget, som for eksempel habilitetsutfordringer.[8] Øvrige krav til egenerklæringen fremgår av forskriften § 4.

Påtalemyndigheten anmoder deretter retten om oppnevning av sakkyndige, med angivelse av hvem som etter påtalemyndighetens oppfatning bør oppnevnes. Domstolene er ikke bundet av forslaget fra NERS eller påtalemyndigheten, men i praksis vil forslaget virke førende. Forvarer kan også foreslå sakkyndige. Etter foreleggelse av forslaget for forsvarer, oppnevner retten sakkyndige, i praksis ofte én psykiater og én psykologspesialist. De sakkyndige mottar mandatet og dokumentene i saken, og får en frist til å levere sin erklæring og salærkrav.

Erklæringer fra de sakkyndige blir en del av rettens dokumenter i saken. Sammen med også vitneforklaring fra sakkyndige, blir erklæringen i praksis ofte en helt vesentlig premiss for påtalemyndighetens påstand og rettens avgjørelse av saken.

Utvalget kjenner ikke til at det foreligger noen systematisk oversikt som viser hvordan domstolene vektlegger de sakkyndiges erklæringer som grunnlag for deres konklusjon om tiltalte var tilregnelig eller ikke. Utvalget har heller ikke grunnlag for å peke på noen bestemt utvikling som følge av endringen av straffeloven § 20. Et interessant spørsmål i denne sammenhengen er likevel betydningen av endringene for bruk av særreaksjonene for de som finnes utilregnelige. Virkeområdet for særreaksjonen dom til tvungen omsorg er ikke lenger begrenset til domfelte med

---

4 Lov 21. juni 2019 nr. 48, i kraft hovedsakelig fra 1. oktober 2020, forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige, i kraft fra 1. oktober 2020.

5 Straffeprosessloven § 165 a. og forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige § 2.

6 De regionale kompetansesentre er lokalisert i Bergen (Helse Vest), Oslo (Helse Sør-Øst), Trondheim (Helse Midt) og Tromsø (Helse Nord).

7 Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige § 3.

8 Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige § 4.

psykisk utviklingshemming. Denne reaksjonen kan nå etter en hensiktsmessighetsvurdering brukes for alle som kan idømmes en særreaksjon etter straffeloven §§ 62 og 63, uansett på hvilket grunnlag de ble ansett for å være utilregnelige. Bruken av tvungen omsorg har økt blant annet som følge av denne endringen.

10.2.2 Taushetsplikt

Sakkyndige som er helsepersonell slik dette er definert i helsepersonelloven § 3, har i utgangspunktet taushetsplikt om «legems- eller sykdomsforhold» eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21. Taushetsplikten er likevel ikke til hinder for at sakkyndige gir opplysninger til oppdragsgiver dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette, jf. § helsepersonelloven § 27. Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre observanden oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

Adgangen til å innhente helseopplysninger uten observandens samtykke gjelder bare i saker om lovbrudd som kan medføre fengsel i mer enn seks år og hvor utfallet kan avhenge av om siktede er tilregnelig eller ikke.[9]

10.2.3 Nærmere om arbeidet som rettspsykiatrisk sakkyndig

Uavhengig av hverandre, skal de sakkyndige sette seg inn i sakens dokumenter og vurdere observanden (den siktede), som regel gjennom samtaler om relevante temaer som kan omfatte observandens bakgrunn, sykehistorie, de påklagede forholdene og annet som er nødvendig for en klinisk utredning. Observanden kan være varetektsfengslet eller ikke. Dersom de sakkyndige ikke får tilstrekkelig informasjon gjennom samtalene, enten på grunn av usikkerhet eller at observanden ikke samarbeider, kan domstolen beslutte innleggelse til observasjon i psykiatrisk institusjon etter straffeprosessloven § 167. Observasjonen kan for eksempel gjelde psykiske symptomer, dagligdags, sosial og kognitiv funksjon, og andre forhold ut ifra hva som fremstår som viktig for vurdering av den aktuelle observanden.

Ved gjennomgang av saksdokumentene må de sakkyndige ha klart for seg at vitneforklaringer er subjektive, og dermed ikke nødvendigvis «sanne» opp mot hva som rent faktisk har skjedd.

I samtaler med observanden vil denne si det som han eller hun ønsker, eller er i stand til, å si. De sakkyndiges kompetanse kan være av stor betydning for hva som kommer frem. Normalt vil de sakkyndige snakke med observanden minst to ganger hver, og så konferere seg imellom. Dersom de sakkyndige har fått frem svært sprikende informasjon, kan det være aktuelt å ha en felles samtale med observanden for avklaring.

Mennesker som er i en psykosetilstand varierer i symptomutforming og fungering. Symptomene kan være åpenbare hos noen, mens andre forsøker å dekke til psykosen. Bakgrunnsopplysninger er viktige. I tillegg til den kliniske vurderingen, vil de sakkyndige kunne bruke standardiserte utredningsverktøy. Psykologer bruker standardiserte tester der det skal måles kognitiv fungering og evnestatus. For å vurdere om det foreligger psykisk utviklingshemming, benyttes godkjente evnetester, og de sakkyndige vil også vurdere adaptiv adferd. I noen tilfeller er det nødvendig å foreta ytterligere nevrokognitive tester for å avklare tilstanden. De sakkyndige samarbeider om å utforme en skriftlig rettspsykiatrisk erklæring. Hvis de sakkyndige ikke er enige om vurderinger og konklusjoner vedrørende observandens tilstand, skal dette fremgå klart av erklæringen, herunder hva uenigheten bygger på, og hvilke konsekvenser det har hatt for begge de sakkyndiges konklusjoner.

Krav til de sakkyndiges erklæringer fremgår av forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige § 6. Det fremgår blant annet at erklæringen skal skille tydelig mellom premisser, vurderinger og konklusjon. Erklæringen skal videre redegjøre for historikken og sykdomshistorien til den som vurderes, og skal inneholde en vurdering av helsen og funksjonen til den som vurderes, både på handlingstidspunktet og undersøkelsestidspunktet. Usikkerhetsmomenter og eventuelle feilkilder skal belyses. Det skal kortfattet redegjøres for hvordan utredningen er utført, herunder hvilke metoder som er benyttet.

Det fremgår av forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige § 5 at mandatet for de sakkyndiges arbeid skal være skriftlig og angi presist hva de sakkyndige skal vurdere. Det skal i mandatet opplyses om at erklæringen skal være en medisinskfaglig uttalelse og at de sakkyndige ikke skal vurdere eller besvare rettslige spørsmål.

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) har i samråd med Riksadvokaten, Domstoladministrasjonen og Dommerforeningen utarbeidet et standardmandat som presiserer hva de sakkyndige skal utrede. Rekvirenten kan benytte de standard-

[9] Straffeprosessloven § 168 a.

mandatene som er tilgjengelige på Den rettsmedisinske kommisjons nettsider, jf. forskrift 13. februar 2018 nr. 240 om Den rettsmedisinske kommisjon § 3 andre ledd bokstav b. Dersom påstand om særreaksjon er aktuelt, etterspør mandatet i relasjon til tilregnelighetsspørsmålet at de sakkyndige utreder den siktedes tilstand, særlig med hensyn til virkelighetsforståelse og dagligdags, sosial og kognitiv funksjon. Før lovendringen i 2020 vurderte de sakkyndige om det forelå utilregnelighet etter lovens vilkår, som da også var tett koblet til medisinske diagnoser. Slik er det ikke lenger. Nå skal de sakkyndige kun gi en klinisk og diagnostisk vurdering av observanden.[10]

Det kan være krevende å skrive sakkyndigerklæringer slik at det blir klart hva som er faktum og hva som er vurderinger. I den forbindelse er det blant annet viktig at de sakkyndige redegjør for hva som er usikkert eller ufullstendig hva gjelder faktum, og at det fremgår tydelig hva som er skjønnsmessige faglige vurderinger.[11] Ved muntlig forhandling i retten er det en oppgave for de øvrige aktørene å eksaminere de sakkyndige med tanke på om all relevant informasjon er tatt korrekt med i premissene for vurderingene.

Ved den muntlige fremleggelsen i retten kan de sakkyndige være noe friere i sine analyser, innenfor den skriftlige erklæringens rammer. Dersom deres muntlige fremstilling avviker fra den skriftlige, kvalitetssikrede erklæringen, skal det avgis en skriftlig tilleggserklæring som også skal sendes DRK.

Totalt sett inkluderer sakkyndigarbeidet betydelig skjønn. For å sikre kvalitet og unngå misforståelser er det etter utvalgets oppfatning viktig at aktørene i domstolsbehandlingen av saken forholder seg kritisk til de sakkyndiges arbeide, og stiller nødvendige kontrollspørsmål om de sakkyndiges oppfattelse av sakens faktum og resonnementer.

10.2.4 Noen nøkkelopplysninger om Den rettsmedisinske kommisjons funksjon og virksomhet

Den skriftlige erklæringen som de sakkyndige utarbeider i en rettspsykiatrisk undersøkelse, skal kvalitetskontrolleres av Den rettsmedisinske kommisjon (DRK). Erklæringer til retten eller påtalemyndigheten skal derfor straks sendes også til DRK.[12] Foreløpige erklæringer blir i utgangspunktet ikke kvalitetssikret ved DRK. Dersom den sakkyndige blir stevnet som vitne under hovedforhandlingen, må erklæringen likevel sendes inn. Kommisjonen skal vurdere om den sakkyndiges uttalelser besvarer mandatet på en tilfredsstillende måte og holder god nok standard etter gitte kriterier. DRK vil ved gjennomgang av erklæringen vurdere om konklusjonen er i overenstemmelse med premissene som de sakkyndige har oppgitt. DRK skal således påpeke dersom den anser at konklusjonen ikke er tilstrekkelig eller korrekt underbygget. Kommisjonen kjenner imidlertid ikke andre dokumenter i saken enn selve erklæringen. Dermed kan den for eksempel ikke vite om det er alternativ informasjon i saken som de sakkyndige har oversett eller misforstått, og som kunne være sentral i besvarelse av mandatene. Kommisjonen kan altså bare vurdere om de sakkyndiges besvarelse av mandatet er i tråd med de premissene som de sakkyndige har tatt inn i erklæringen, og ikke garantere at utredningen totalt sett er dekkende og korrekt. I enkelte saker kan kommisjonen påpeke at noe savnes, for eksempel systematikk for kliniske informasjon eller at evnetest ikke er utført.

DRK er den instansen som har oversikt over de samlede avgitte rettspsykiatriske erklæringer. Domstolene og påtalemyndighet har bare kunnskap om de erklæringen som er avgitt til dem. DRKs årsberetning for 2023 gir et bilde av kommisjonens virksomhet og funksjon dette året. Det fremkommer der at Psykiatrisk gruppe i DRK mottok til sammen 1291 erklæringer i 2023, og at disse fordelte seg på ulike undersøkelsestyper som vist i tabell 10.1.[13]

Videre gir årsberetningen oversikt over reaksjoner fra Psykiatrisk gruppe på de erklæringene som ble behandlet, jf. tabell 10.2.[14]

For øvrig inneholder årsberetningen en redegjørelse for virksomheten i Psykiatrisk gruppe i DRK. Av den fremkommer det blant annet:

> *Drap og drapsforsøk*
>
> I 2023 mottok psykiatrisk gruppe i alt 1 291 saker. Av disse sakene gjaldt 54 saker drap eller drapsforsøk (§ 275 og § 275 jf. § 16).

---

10 Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige § 5 b.

11 Krav om å skille tydelig mellom premisser, vurderinger og konklusjon følger av forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige § 6.

12 Straffeprosessloven § 147.

13 Den rettsmedisinske kommisjon. (2023). *Årsrapport*, punkt 6.

14 Den rettsmedisinske kommisjon. (2023). *Årsrapport*, punkt 6.

Tabell 10.1 Innkomne erklæringer fordelt på undersøkelsestyper

Undersøkelsestyper	2023	2022	2021
Rettspsykiatrisk erklæring	720	688	657
Tilleggserklæring	142	104	135
Undersøkelse av fornærmede	64	59	60
Sakkyndig erklæring annen type	7	6	11
Nevropsykologisk erklæring	-	4	11
Foreløpig erklæring	137	122	106
Nevrologisk undersøkelse	15	5	-
Risikovurdering	60	61	57
Overprøving av særreaksjon	141	98	108
Sykemelding tiltalt	3	6	1
Andre undersøkelsestyper	2	3	2
Totalt	1291	1156	1148

Kilde: Den rettsmedisinske kommisjon, årsrapport 2023

Kommisjonen har tidligere rapportert saker der observanden ble konkludert «psykotisk» av de sakkyndige. Etter loven ble endret i 2020 er det ikke like enkelt å kategorisere sakene, fordi de sakkyndige ikke lengre skal vurdere eller besvare rettslige spørsmål. Etter straffeloven § 20 andre ledd bokstav a er vilkåret som retten skal vurdere «sterkt avvikende sinnstilstand». Kommisjonen kategoriserer saker som «antatt sterkt avvikende sinnstilstand» basert på de sakkyndiges samlede vurderinger, og hvor det antas at retten vil kunne finne observanden utilregnelig.

Av de 54 sakene som omhandler drap eller drapsforsøk har kommisjonen kategorisert 13 av disse som «antatt sterkt avvikende sinnstilstand». Ni av 13 fikk diagnosen F20.0 Paranoid schizofreni etter ICD-10. Som i tidligere år underbygger tallene at paranoid schizofreni er den største diagnosekategorien i saker knyttet til drap og drapsforsøk hvor observanden antas å være utilregnelig som følge av «sterkt avvikende sinnstilstand».

Den prosentmessige andelen med antatt betydelig svikt i virkelighetsforståelse utgjør cirka 22 prosent, mot cirka 43,6 prosent 2022

Tabell 10.2 Reaksjoner fra psykiatrisk gruppe

	2023		2022		2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ingen bemerkninger	1037	80,3	895	79,1	878	76,1
Bemerkninger	160	12,4	147	13,0	153	13,3
Bemerkninger, ber om tilleggserklæring	78	6,0	75	6,6	53	4,6
Ber om ny erklæring eller nye sakkyndige	12	0,9	11	1,0	66[1]	5,7
Avviste erklæringer	4	0,3	4	0,4	3	0,3
Totalt	1291		1132		1153	

[1] Tallet inkluderer også tidligere kategori «vesentlige mangler, ber ikke om tilleggserklæring»
Kilde: Den rettsmedisinske kommisjon, årsrapport 2023

og 47 prosent i 2021. Vi antar at den lave prosentmessige andelen skyldes en økning i antall drap og drapsforsøk av personer som ikke ble funnet å ha en alvorlig psykisk lidelse.

Reaksjoner fra gruppen i behandlede saker

Etter straffeprosessloven § 147 skal kommisjonen gjøre retten oppmerksom på om erklæringen har «vesentlige mangler». Tidligere ble uttrykket «vesentlige mangler» brukt i svarbrevene, og kommisjonens tilbakemelding ble ofte oppfattet som en godkjenning eller underkjenning av kommisjonen. Det var en utilsiktet virkning av uttalelsene, og i løpet av 2021 ble derfor uttalelsenes ordlyd endret for å nyansere tilbakemeldingene bedre.

Kategoriene der kommisjonen ber om tilleggserklæring, eller hvor det bes om helt ny erklæring eller nye sakkyndige anses som «vesentlige mangler».

Antall bemerkninger fra psykiatrisk gruppe økte fra 2022 til 2023, men prosentmessig gikk andelen med bemerkning litt ned fra cirka 20,6 prosent til cirka 19,3 prosent.

Antallet vesentlig mangler var omlag den samme slik at den prosentmessige andelen sank noe. I 2023 ble det funnet vesentlig mangel i omlag 6 prosent av sakene.

Reaksjonen hvor kommisjonen påpeker «vesentlige mangler» og samtidig ber om nye sakkyndige brukes sjelden. Dette er en sammensatt gruppe som omhandler flere typer saker. De gangene kommisjonen er uenig med en sakkyndig om det foreligger tvil eller ikke ved en foreløpig undersøkelse er klassifisert under denne gruppen og utgjør hovedandelen av sakene registrert her. En sakkyndig som ikke finner grunnlag for en full rettspsykiatrisk undersøkelse bør ikke bli oppnevnt til å foreta en full rettspsykiatrisk undersøkelse, gitt muligheten for forutinntatthet. Gjennom de siste årene tilhører det sjeldenheten at kommisjonen ber retten vurdere nye sakkyndige oppnevnt ved en full rettspsykiatrisk undersøkelse.

Avviste erklæringer er erklæringer som sendes kommisjonen, men som faller utenfor de erklæringer kommisjonen etter loven skal kvalitetskontrollere.

10.2.5 Gjenopptakelse av straffesaker

Det forekommer at det er uenighet om siktedes tilstand, både mellom de sakkyndige og mellom sakkyndige og faglig ansvarlige i psykisk helsevern. Dette kan handle både om personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg og personer som har fått fengsels- eller forvaringsdom, og kan ha ulike årsaker. Én forklaring kan være at ikke all informasjon om observandens helsetilstand tilkommer de sakkyndige. En ordinær rettssakkyndig undersøkelse innebærer som regel to samtaler med observanden for hver av de sakkyndige. En sakkyndigvurdering gjennomføres ofte i fengsel, og det brukes et begrenset antall timer på direkte kontakt med observanden. Etter straffeprosessloven § 167 kan retten, når de sakkyndige mener at det er nødvendig med en grundigere utredning for å vurdere forhold som er relevante for tilregnelighetsvurderingen, beslutte at en siktet legges inn til judisiell døgnobservasjon for nærmere vurdering av vedkommendes psykiske helsetilstand. Denne muligheten benyttes i noen grad, men er en mer ressurskrevende form. Innleggelse til judisiell døgnobservasjon innebærer også et inngrep i individets frihet, jf. Grunnloven § 94 og EMK artikkel 5 nr. 1 bokstav b, og må begrunnes som slikt.[15]

Gjenopptakelse (gjenåpning) er den sentrale mekanismen når en rettskraftig dom er feil. I praksis vil imidlertid ikke gjenopptakelse være aktuelt i saker hvor en gjerningsperson er frifunnet på grunn av strafferettslig utilregnelighet. For saker der det motsatte er tilfelle – at en person er straffedømt, men der bevisene senere viser at vedkommende var strafferettslig utilregnelig på handlingstidspunktet – kan gjenopptakelse være aktuelt. Dette kan imidlertid være en årelang prosess.

Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker mottok i 2023 i alt 261 begjæringer om gjenåpning av saker, og avsluttet behandlingen av 210 saker, hvorav 52 ikke ble realitetsvurdert. Av de 158 sakene som ble realitetsvurdert, ble 81 saker forkastet av kommisjonen eller leder/nestleder fordi de «åpenbart ikke kunne føre frem», 16 saker ble forkastet og 61 saker ble gjenåpnet. Av alle gjenåpnede saker i 2023, ble 27 saker gjenåpnet fordi det i ettertid er innhentet sakkyndig erklæring som reiser tvil om domfeltes psykiske helsetilstand på handlingstiden.

Tabell 10.3 oppsummerer opplysninger om antall dommer begjært gjenåpnet og utfallet av gjenopptakelseskommisjonens realitetsbehandling av saker for årene 2020–2023.

I kommisjonens årsrapport for 2023 vises det til at en stor andel av sakene som kommisjonen har gjenåpnet har vært begrunnet med at det etter rettskraftig dom har vist seg at den domfelte var

[15] HR-2021-1584-U.

Tabell 10.3 Antall dommer begjært gjenåpnet og utfallet i saker gjenopptakelses-kommisjonens har realitetsbehandlet 2020–2023

	2023	2022	2021	2020
Mottatte saker	261	242	263	200
Avsluttede saker	210	213	223	161
Realitetsbehandlede saker	158	178	178	139
Hvorav:				
Forkastet	81	98	73	82
Ikke tatt til følge	16	36	23	20
Gjenåpnet	61	44	82	37
Hvorav:				
– på grunnlag av at det i ettertid er innhentet sakkyndig erklæring som reiser tvil om domfeltes psykiske helsetilstand på handlingstiden	27	28	31	11
– Andel, prosent	44,3	63,6	37,8	29,7

Kilde: Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker, årsrapporter 2020–2023

utilregnelig på handlingstiden slik at han eller hun ikke kunne idømmes straff (strl. (1902) § 44 og strl. (2005) § 20) eller at vedkommende var lettere psykisk utviklingshemmet slik at det skulle ha vært vurdert å idømme en mildere straffereaksjon (strl. (1902) § 56 c og strl. (2005) § 80). Kommisjonen uttaler:

> Det typiske for disse sakene er at den domfelte er straffedømt tidligere, og at det først i forbindelse med en ny straffesak blir stilt spørsmål ved vedkommendes psykiske helsetilstand. På bakgrunn av dette oppnevnes det rettspsykiatrisk sakkyndige, og konklusjonene til de sakkyndige kan føre til at påtalemyndigheten henlegger saken, eller at den tiltalte frifinnes av retten eller gis straffereduksjon. Det vil da oppstå spørsmål om hvordan vedkommendes psykiske helsetilstand var på handlingstiden for tidligere dommer, og det kan være aktuelt å begjære gjenåpning av denne/disse. Dersom nye sakkyndige erklæringer konkluderer med at domfelte også på handlingstiden for de tidligere dommene manglet skyldevne eller var i en tilstand som kunne gi straffereduksjon, vil dette være en ny omstendighet som kan gi grunnlag for gjenåpning etter straffeprosessloven § 391 nr. 3.

10.3 Voldsrisikovurderinger

10.3.1 Bakgrunn og funksjon

Helt siden før innføringen av sinnssykeloven i 1848 har det vært en oppfatning innen strafferett og rettspsykiatri at personer med alvorlige psykiske lidelser eller funksjonshemninger kan være voldelige og utilregnelige. Sinnssyke voldskriminelle ble innlagt etter sinnssykeloven i de psykiatriske asylene som ble opprettet fra 1850 og utover. Lovene som har regulert psykisk helsevern har helt siden 1848, i tillegg til selve sykdommen, hatt som innleggelseshjemmel at pasienten vil være til fare for seg selv eller andre uten innleggelse. Samfunnsvern er således ikke en ny oppgave innen psykisk helsevern.

Fra 1929 kunne personer som var utilregnelige på handlingstiden også få en sikringsdom.[16] Pasienten var da innlagt i psykisk helsevern både etter helselovgivningen og straffelovgivningen. Dette ble problematisert utover på 1980-tallet, og var noe av bakgrunnen for at Særreksjonsutvalget ble oppnevnt.[17] En annen hovedgrunn var kritikken mot at utilregnelige lovbrytere først måtte sone en straff og deretter forbli i fengsel for å forhindre ny kriminalitet, det såkalte «dobbeltsporede system».

[16] Den historiske utviklingen av reaksjonene beskrives i punkt 7.

[17] NOU 1990: 5.

Effektive medisiner mot psykose, som kom på markedet i slutten av 1950-årene, endret oppfatningen av hvordan psykisk sykdom ble forstått og behandlet. Sikringsinstituttet ble også etter hvert betydelig kritisert. Etter et omfattende utredningsarbeid, ble dagens system med særreaksjoner for dem som var utilregnelige på handlingstidspunktet og forvaring for dem som var tilregnelige, etablert i 2002. Noen typer alvorlige lovbrudd begått av noen i en utilregnelighetstilstand, kan etter dette gi grunnlag for overføring av vedkommende til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg, med helsetjenestene som ansvarlig for både behandling og samfunnsvern.

Etter bestemmelser i straffeloven skal hvilken tilbøyelighet til å begå voldelige handlinger den siktede har, være utslagsgivende for utfallet i en sak. For den som vurderes å ha vært utilregnelig, vil vurdering av fare for nye voldshandlinger være avgjørende for om vedkommende frifinnes, men dømmes til en særreaksjon, jf. straffeloven §§ 62 og 63. I slike saker kreves også vurderinger av rettspsykiatrisk sakkyndige der de sakkyndiges voldsrisikovurderinger er av stor betydning for utfallet i saken. For den som vurderes å ha vært tilregnelig, vil spørsmålet gjelde om forvaring bør idømmes i stedet for alminnelig fengselsstraff. Tilsvarende som for idømmelse av særreksjon må det anses å være fare for nye voldshandlinger for at forvaring skal kunne idømmes, jf. straffeloven § 40, og sakkyndiges voldsrisikovurderinger vil her kunne være sentrale.

Under gjennomføring av særreaksjon eller forvaring står endring i den domfeltes adferd med hensyn til om risikoen for nye voldshandlinger er redusert, sentralt. Etter at en forvaringsdømt har gjennomført minstetid, kan domfelte søke om prøveløslatelse. Når voldsrisikoen for den domfelte er tilstrekkelig redusert, vil det da ikke være hjemmel for å beholde den domfelte i fengsel. En særreaksjonsdømt vil få dommen opphevet dersom samfunnsvernet anses å kunne ivaretas ved den oppfølgningen den domfelte vil få sivilrettslig.

10.3.2 Kort om utviklingen av, og begrensninger ved, instrumenter for vurdering av voldsrisiko

Selv etter at det kom effektive medisiner mot psykose, ble tvangsinnleggelser i psykiatrien ofte opprettholdt på grunn av antakelse om pasientenes voldelighet og mulige kriminelle handlinger. I USA tok en pasient (Johnny Backstrom) saken til retten rundt 1970, og både han og mange andre pasienter fikk gjennomslag for at de kunne kreve seg utskrevet. En oppfølgingsundersøkelse viste at de aller fleste av disse pasientene ikke begikk ny kriminalitet. Dette åpnet for en erkjennelse av at heller ikke psykiatere kunne forutsi hvem som ville begå alvorlig voldskriminalitet.

Utover på 1970-tallet ble det lansert mer systematisk tenkning om hva som kjennetegner lovbrytere som begår ny voldskriminalitet. John Monahan introduserte en liste med variabler som statistisk sett tilsa ny vold. Hans tilnærming bidro til å inspirere mange fagmiljøer, først i USA og Canada, deretter i Europa. Risikovurderingsinstrumenter ble lansert.

Overordnet kan det skilles mellom risikovurderingsinstrumenter som er basert på en aktuarisk tilnærming, og risikovurderingsinstrumenter som er basert på en klinisk tilnærming. Mens en i en aktuarisk risikovurdering benytter statistisk metode og på forhånd bestemte beslutningsregler for å avgjøre sannsynligheten for vold, er en klinisk risikovurdering basert på profesjonell vurdering og erfaring, og gir en bedømmelse basert på kliniske innsikter. Fra 1990-tallet har det blitt utviklet strukturerte risikovurderingsinstrumenter som kombinerer objektive verktøy og en profesjonell vurdering, og som omfatter både historiske og kliniske variabler, og også variabler om mulig håndtering av risiko.

I Helsedirektoratets nasjonale faglige råd om voldsrisikovurderinger anbefales det at helsetjenestene bruker strukturert klinisk vurdering (SKV) av voldsrisiko. Det finnes også en tilsvarende anbefaling i standardmandatet for rettspsykiatriske sakkyndige.[18]

Voldsrisikovurderingsinstrumentet HCR-20 (HCR-20V3) anbefales for omfattende klinisk strukturert voldsrisikovurdering av voksne.[19] Instrumentet består av 20 ledd; 10 for fortid (historiske faktorer), 5 for nåtid (kliniske faktorer) og 5 for fremtid (risikohåndteringsfaktorer). HCR-20V3 gir anvisning på kodene «ja», «delvis» eller «nei» for tilstedeværelse av risikofaktor, og «lav», «moderat» eller «høy» for relevans. Metaanalyser har vist at denne typen tilnærming har god presisjon når det gjelder å skille ut de som har lav risiko, men at det bare er oppnådd moderat til lav treffsikkerhet for de med moderat til høy risiko.

---

[18] Den rettsmedisinske kommisjon. (2020). Vedlegg til nyhetsbrev nr. 27 utgitt i oktober 2020. Mandat for sakkyndig utredning som grunnlag for retten s vurdering av tilregnelighet og fastsetting av straff under minstestraffen eller til en mildere straffart, punkt 5.

[19] Helsedirektoratets nasjonale faglige råd «Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse».

På tvers av de ulike tilnærmingene fremheves det som viktig at instrumentene brukes på den populasjonen de er validert på. Det som kan være beskyttende faktorer i én kontekst, kan være noe annet i en annen kontekst. Det finnes etter hvert mange forskjellige verktøy som omfatter risikofaktorer som er kontekst- og populasjonsspesifikke, slik som verktøy for vold i nære relasjoner, vold hos ungdom, seksuell vold og vold hos personer med psykisk utviklingshemming.

Voldsrisikovurderingsinstrumentene må si noe om tidshorisonten for mulige voldshandlinger. Ved Brøset psykiatriske sykehus i Trondheim er det utviklet et internasjonalt anerkjent voldsrisikovurderingsinstrument, BVC (Brøset Violence Checklist). Det er en 6-punkts sjekkliste som skal bidra til at helsepersonell lettere kan predikere voldelig adferd i et kortsiktig perspektiv (de neste 24 timene), og gjennom dette forhindre og forebygge uønsket og farlig adferd. HCR-20, derimot, omhandler sannsynlighet for residiv til vold i et lengre tidsperspektiv. Generelt må det legges til grunn at jo lengre frem i tid en voldsrisikovurdering er ment å gjelde for, jo mer usikker vil den være.

Selv om det kontinuerlig arbeides for å forbedre risikovurderingsinstrumentene, vil det stadig være uklarheter og dilemmaer knyttet til bruken av dem, ikke minst opp mot samfunnets forventninger om å unngå vold. Voldsrisikoinstrumentene bidrar til systematisering av relevant informasjon i beslutninger om idømmelse og opprettholdelse av strafferettslige reaksjoner. Dermed bidrar de også til transparens om hva som vektlegges av de sakkyndige i en rettssak. Likevel må ikke instrumentene oppfattes å kunne predikere hendelser i fremtiden for den enkelte domfelte.

Begrepene «falskt positive» og «falskt negative» risikovurderinger benyttes gjerne for å beskrive situasjoner der det henholdsvis er vurdert å være høy sannsynlighet for vold, men det ikke ble begått en voldshandling, og situasjoner der det ble vurdert å være lav sannsynlighet for vold, men det ble begått en voldshandling. Begrepsbruken kan gi inntrykk av at bare vurderingsverktøyene – og de som benytter dem – blir «gode nok», vil det være mulig å forutsi med sikkerhet hvem som faktisk vil begå voldshandlinger i fremtiden, og dermed også være mulig å sortere riktig for eksempel for hvilke domfelte en strafferettslig reaksjon bør opphøre, og for hvilke den bør opprettholdes av hensyn til samfunnsvernet. En overdreven frykt for «falskt negative» vurderinger kan bidra til at det godtas mange «falskt positive», uten at det er mulig å etterprøve dette.

Uansett hvor spesialiserte og sofistikerte voldsrisikovurderingsinstrumenter utvikles til å bli, vil beslutninger under usikkerhet alltid innebære at hendelser som vurderes som lite sannsynlige, innimellom vil inntreffe. Det kan dermed være et spenningsforhold mellom kravet om å tilrettelegge for rehabilitering og progresjon, og å sikre seg mot at den domfelte begår ny alvorlig kriminalitet. Det ligger også et dilemma i at så lenge personen som voldsrisikovurderes har en historie med voldsutøvelse bak seg, og historiske variabler inngår i vurderingen av voldsrisikoen, vil personen alltid tilskrives en høyere sannsynlighet for å utøve vold i fremtiden enn en «gjennomsnittsperson». De historiske variablene kan ikke endres. Dermed er det bare variablene for personens kliniske tilstand og risikohåndteringen som kan påvirke vurderingen av voldsrisiko i retning av «lav risiko». Hvis samfunnets toleranse for risiko for ny kriminalitet er svært lav, kan muligheten til utprøving og progresjon bli liten, og mange kan miste sin frihet i lengre tid enn hvis samfunnet aksepterer en noe høyere risiko.

10.3.3 Særlig om risikovurderinger under gjennomføringen av en særreaksjon

Under gjennomføringen av en særreaksjon skal det senest hvert tredje år vurderes om reaksjonen skal opprettholdes, og dermed også hvorvidt voldsrisikoen er redusert. Slike saker belyses vanligvis ved én rettsoppnevnt sakkyndig og vitneforklaring av den faglig ansvarlige for vernet, med fremleggelse av sykejournaler og annen relevant informasjon.

Den sakkyndige må da vurdere domfeltes nåværende tilstand, sammenligne med forholdene ved siste rettskraftige dom, og forklare eventuelle endringer. Det må også utredes hvilken behandling og omsorg den domfelte får, og hva som vil være optimalt (eller godt nok). Mange av de domfelte til tvungent psykisk helsevern bor etter hvert utenfor sykehus, og sakkyndige må nødvendigvis sette seg grundig inn i bosituasjonen i slike tilfeller. Et sentralt spørsmål for vurderingen vil være om det er et realistisk alternativ at domfelte fremover kan få den nødvendige behandlingen og oppfølgingen på sivilrettslig grunnlag. I så fall er det i prinsippet ikke lenger behov for en særreaksjon.

Også på dette stadiet byr vurderingene på skjønn og en viss fare for at noe blir underkommunisert eller «skjevt». For eksempel vil det ikke alltid være så lett for en sakkyndig å påpeke dårlig

oppfølging av den domfelte fra en fagfelle som har vært ansvarlig for den. Sakkyndige kan også ha urealistiske oppfatninger av hva som kan tilbys den domfelte.

Videre vil faglig ansvarlig i psykiatrien i noen tilfeller være uenig i at en pasient i utgangspunktet har vært utilregnelig på handlingstidspunktet, og mene at voldrisiko er koblet til rus og dyssosialitet heller enn til en psykisk lidelse, og at den dømte tar opp plass som sykere pasienter hadde trengt. En slik uenighet kan prege oppfølgingen av pasienten. Tidligere åpnet det norske regelverket for at en domfelt til særreaksjon kunne overføres til et fengsel. Denne adgangen er nå opphevet, jf. punkt 7.6.4. I noen tilfeller kan påtalemyndigheten mene at det er nødvendig å forlenge en særreaksjon primært fordi den domfelte blir voldelig ved rus, selv om den domfeltes psykiske lidelse er godt behandlet.

10.3.4 Særlig om risikovurderinger under gjennomføringen av forvaring

Når en forvaringsdømt ankommer den nasjonale innkomstavdelingen ved Ila fengsel og forvaringsanstalt, utarbeides det en risikovurdering. Vurderingen skal blant annet fungere som en veiledning til den domfelte og til fengselet om hva den dømte bør arbeide med gjennom forvaringstiden for å redusere sin risiko, og på den måten legge grunnlaget for prøveløslatelse eller løslatelse ved forvaringstidens utløp. Det hender at man under slike vurderinger innledningsvis ser at den domfelte kan ha en udiagnostisert psykoselidelse, slik som for eksempel schizofreni.

Under gjennomføring av forvaringsdommer gjøres det mange observasjoner av den domfelte. Når spørsmål om prøveløslatelse eller forlengelse av forvaringen skal vurderes, vil det være en psykiater eller psykolog som skal foreta en ny vurdering av voldsrisikoen knyttet til den domfelte.

Også risikovurderinger av de forvaringsdømte innebærer betydelig skjønn, og det kan være svakheter både knyttet til vurderinger av risiko og av utvikling hos den domfelte. Dette kan skyldes flere omstendigheter, for eksempel at domfelte ikke ønsker å snakke med psykologene som skal utarbeide risikovurderingen. I tillegg vil eventuelle begrensede progresjonsmuligheter for den domfelte medføre at det mangler relevant informasjon om hvordan vedkommende ville fungere i samfunnet.

Kapittel 11
Kort om kommunene og kommuneøkonomien

11.1 Inntektssystemet for kommunene

Generalistkommuneprinsippet innebærer at alle kommunene har den samme juridiske statusen og det samme ansvaret for å ivareta lovfestede oppgaver, uavhengig av innbyggertall, alderssammensetning, bosettingsstruktur, økonomi eller andre kjennetegn. Prinsippet utfordres av en svært uensartet kommunepopulasjon, hvor den største kommunen (Oslo) har et innbyggertall på over 700 000, mens den minste kommunen (Utsira) har et innbyggertall på om lag 200. Om lag halvparten av kommunene har mindre enn 5 000 innbyggere.

Kommunesektoren er rammefinansiert, og de kommunale tjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Frie inntekter består av rammetilskudd fra staten og skatteinntekter, og utgjorde i 2024 om lag 72 prosent av kommunesektorens samlede inntekter. Øremerkede tilskudd, brukerbetaling og momskompensasjon utgjør resten. Innbyggertilskuddet utgjør hoveddelen av rammetilskuddet, og fordeles i utgangspunktet med et likt beløp per innbygger. Innbyggertilskuddet før utjevning (se nedenfor) utgjorde i underkant av 30 000 kroner per innbygger i 2024. Utgiftsbehovet for kommunene ble i 2024 beregnet til samlet om lag 357,8 milliarder kroner, hvilket innebærer et gjennomsnitt på om lag 65 000 kroner per innbygger.

For at kommunene skal kunne gi et likeverdig tjenestetilbud til innbyggerne, inneholder inntektssystemet for kommunene to store utjevningsmekanismer. Ufrivillige kostnadsforskjeller utjevnes fullt ut (utgiftsutjevning), og skatteinntekter utjevnes delvis (inntektsutjevning).

Kommunenes skatteinntekter som utjevnes gjennom inntektsutjevningen, er inntekts- og formuesskatt fra personlige skatteytere og naturressursskatt fra kraftforetak. Kommunene har siden 2005 hatt en symmetrisk inntektsutjevning. Symmetrisk utjevning innebærer at referansenivået i inntektsutjevningen er landsgjennomsnittet for skatt per innbygger, det vil si 100 prosent av landsgjennomsnittet, og at kompensasjons- og trekkgraden er lik. I 2025 er det 62 prosent symmetrisk utjevning. Dette betyr at kommuner med skatteinntekter per innbygger under landsgjennomsnittet blir kompensert for 62 prosent av differansen mellom egen skatteinngang og landsgjennomsnittet. For å ivareta kommuner med ekstra lav skatteinngang blir det, i tillegg til den symmetriske delen, gitt en tilleggskompensasjon til kommuner med skatteinntekter per innbygger under 90 prosent av landsgjennomsnittet. Disse kommunene blir i tillegg til den symmetriske utjevningen kompensert for 35 prosent av differansen mellom egne skatteinntekter per innbygger og 90 prosent av landsgjennomsnittet.[1]

Gjennom utgiftsutjevningsmekanismen får kommunene kompensasjon for ufrivillige kostnads- og etterspørselsforhold. Kommunene skal i prinsippet få full kompensasjon for de kostnadsforskjellene de ikke selv kan påvirke. Dette gjelder for eksempel som følge av kommunens aldersfordeling, og strukturelle og sosiale forhold i kommunen. Kompensasjonen skjer i praksis gjennom kostnadsnøkkelen, som er satt sammen av ulike kriterier med vekter. Det er egne kriterievekter blant annet for *personer med utviklingshemming 16 år* og over og *pasienter med diagnose innen rus og psykisk helse*. Kostnadsnøkkelen er satt sammen av delkostnadsnøkler for grunnskole, pleie og omsorg, sosialhjelp, barnevern, kommunehelsetjeneste, barnehage, landbruk, samt administrasjon og miljø. Kostnadsnøkkelen sørger for å omfordele en andel av rammetilskuddet fra kommuner som er rimeligere å drive enn landsgjennomsnittet, til kommuner som er dyrere å drive enn landsgjennomsnittet. Utgiftsutjevningen er en ren omfordelingsordning; den overfører midler fra kommuner med utgiftsbehov under landsgjennomsnittet til kommuner med utgiftsbehov over landsgjennomsnittet.

Basert på kommunenes rapportering til staten (KOSTRA), er alle landets 357 kommuner kategorisert i én av totalt 17 KOSTRA-grupper, se

[1] Regjeringen.no. *Om inntektssystemet.*

Tabell 11.1 KOSTRA-grupper per 2020

KOSTRA-gruppe	Folkemengde	Bunde kostnader	Frie disponible inntekter (korrigerte inntekter)	Antall kommuner i gruppen
01	2 000 – 9 999	Lave	Lave	40
02	2 000 – 9 999	Lave	Middels	18
03	2 000 – 9 999	Lave	Høye	9
04	2 000 – 9 999	Høye	Lave	39
05	2 000 – 9 999	Høye	Middels	33
06	2 000 – 9 999	Høye	Høye	28
07	10 000 – 19 999	Lave	Lave	38
08	10 000 – 19 999	Lave	Middels eller Høye	13
09	20 000 – 29 999	Lave	Lave eller middels	27
10	30 000 – 44 999	Lave	Lave	13
11	45 000 – 74 999	Lave	Lave	10
12	75 000 – 300 000	Lave	Lave eller middels	11
13	Oslo kommune	Lave		1
14	600 – 1 999	Middels	Lave eller Middels	25
15	600 – 1 999	Middels	Høye	36
16	0 – 599	Middels	Lave, middels eller høye	8
17	De åtte kommunene med høyest skatteinntekter per innbygger	Middels	Høye	8

Kilde: Statistisk sentralbyrå

tabell 11.1. Kommunene er sortert etter hvilke kostnader de står overfor for å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver. Kostnadene varierer mellom kommunene på grunn av ulike demografiske, sosiale og geografiske forhold. Siden driften av små kommuner skiller seg fra driften av store kommuner, er grupperingen av kommunene også gjort avhengig av innbyggertall. Frie disponible inntekter, er de inntektene som er til disposisjon når minstestandarder og lovpålagte oppgaver er dekket. Størrelsen på de frie disponible inntektene gir en antydning om kommunenes økonomiske handlefrihet.

De 17 KOSTRA-gruppene er etter dette basert på kombinasjoner av inndelinger i åtte ulike grupper for størrelse (innbyggertall), graden av bundne kostnader (lave, middels eller høye) og graden av frie disponible inntekter (lave, middels eller høye). Oslo utgjør en egen gruppe. Det samme gjør de åtte kommunene som har høyest skatteinngang per innbygger i kommunen. Formålet med inndelingen er å ordne kommunene i sammenliknbare grupper etter økonomiske rammebetingelser.

Det er en uttalt målsetting at kommunene i hovedsak skal finansieres med frie midler, nettopp for å gi kommunene handlingsrom. Enkelte utgifter er det imidlertid vanskelig å plassere inn med en egnet fordelingsnøkkel i inntektsfordelingsmodellen. En rekke øremerkede tilskudd, understøtter derfor utviklingen av de kommunale tjenestene.

Helsedirektoratet forvalter mange tilskuddsordninger. Kommunesektoren utgjør den største mottakergruppen, med omlag 13,7 milliarder kroner utbetalt i 2022.[2] Av dette beløpet utgjorde tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester toppfinansierings-

[2] Helsedirektoratet. (2023). *Tilskuddsrapport 2022.*

ordningen, om lag 10,8 milliarder kroner, det vil si nesten 80 prosent.

I det følgende omtales kort noen av de tilskuddsordningene som er relevante for de gruppene utvalgets mandat omfatter. Det særskilte tilskuddet som gis til kommuner og fylkeskommuner med fengsler for ivaretakelse av helse- og omsorgstjenester til de innsatte er omtalt i punkt 14.5.3.

11.2 Nærmere om enkelte tilskuddsordninger

11.2.1 Toppfinansieringstilskuddet

Tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester – toppfinansieringtilskuddet – ble innført i 2004. Formålet med ordningen er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet på vegne av Kommunal- og distriktsdepartementet, og er finansiert som en overslagsbevilgning. For 2024 ble det bevilget om lag 13,1 milliarder kroner, som ble utbetalt som delvis refusjon for påløpte kostnader i 2023. Tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester er den største av tilskuddsordningene Helsedirektoratet forvalter.

Tilskuddsordningen innebærer at kommunenes utgifter knyttet til de dyreste brukerne delvis betales av staten. Kommunen blir kompensert for en viss andel av de årlige kostnadene knyttet til en bruker, som overstiger et fastsatt beløp. I 2024 var innslagspunktet om lag 1,6 millioner kroner, og kompensasjonsgraden for utgifter utover dette var 80 prosent. Det gjøres fratrekk for rammetilskuddets andel for kriteriet «personer med utviklingshemming 16 år og over» (i 2024 beregnet til 832 000 kroner), hvilket innebærer at reelt innslagspunkt for denne gruppen i 2024 var om lag 2,4 millioner kroner. En reduksjon i vektingen av kriteriet for antall personer med psykisk utviklingshemming over 16 år i utgiftsutjevningen vil isolert sett gi økte utgifter i toppfinansieringsordningen, mens en økning i vektingen vil gi reduserte utgifter i toppfinansieringsordningen.

Inntil 2008, varierte kompensasjonsgraden i ordningen mellom kommunene ettersom kostnadene per innbygger i kommunen var relativt høye eller lave. Fra og med 2008 er ordningen mottakerbasert, og utgjør dermed en fast andel av utgiftene over innslagspunktet for alle mottakere, uavhengig av kommunetilhørighet. Fra 2021 ble det innført en tilleggskompensasjon for kommuner under 3 200 innbyggere som har høye utgifter til ressurskrevende tjenester, og skatteinntekter under 120 prosent av landsgjennomsnittet de siste tre årene.

Figur 11.1 viser utbetalingene gjennom toppfinansieringsordningen (venstre akse) og gjennomsnittlig utbetalt beløp per mottaker (høyre akse) i perioden fra innføringen av ordningen i 2004 til og med 2022.[3] Antall mottakere i ordningen er mer enn forboblet i perioden, fra om lag 3 400 mottakere i 2004 til nesten 8 000 mottakere i 2022. Samlede utbetalinger har økt fra om lag 1,5 milliarder i 2004 til i underkant av 10,8 milliarder kroner i 2022. Gjennomsnittlig utbetaling per mottaker har også økt, fra om lag 450 000 kroner i 2004 til om lag 1,35 millioner i 2022. det representerer mer enn en tredobling av tilskudd per mottaker i 2022, sammenliknet med i 2004.

Toppfinansieringsordningen har flere avgrensninger. Det er kun lønnsutgifter for personer som arbeider direkte med brukeren som skal tas med, og kun utgifter som hører inn under helse- og omsorgstjenestene, definert ved spesifikke tjenestefunksjoner i KOSTRA. Refusjon gis ikke for personer som er eldre enn 67 år. Det var forutsatt ved innføringen av ordningen at utgifter til sterkt pleietrengende eldre over 67 år skulle finansieres over ordinære midler til eldreomsorgen i kommunene.

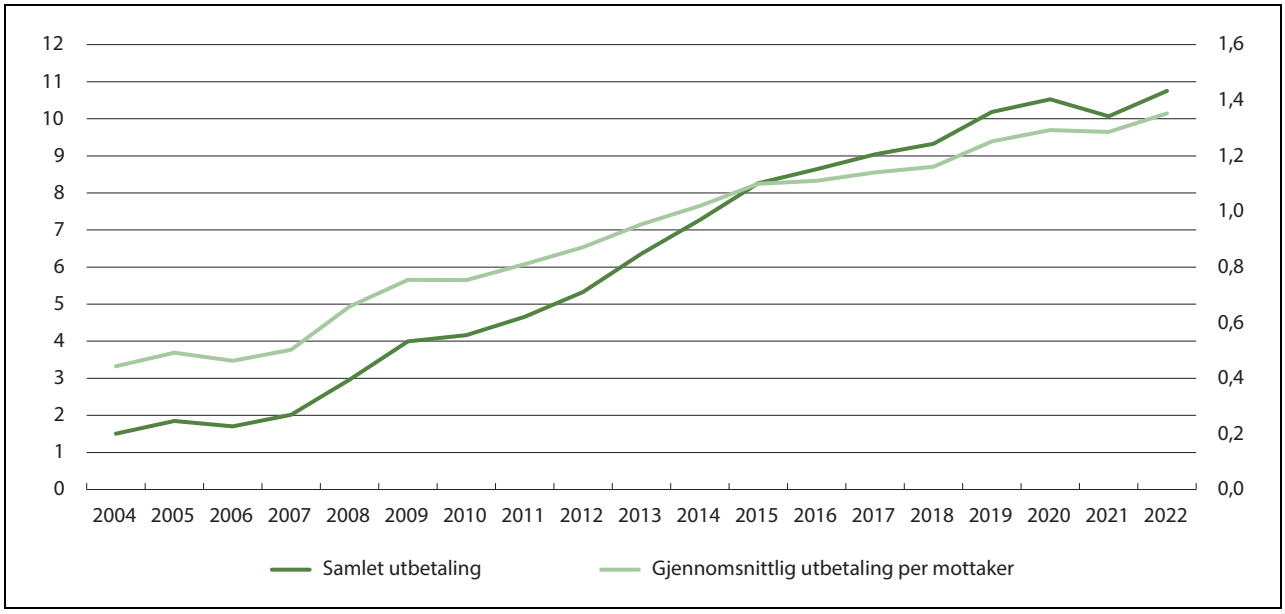
I beregningen av tilskudd til kommunene gjennom toppfinansieringsordningen, fratrekkes videre andre øremerkede statlige tilskudd, herunder tilskudd til ACT- eller FACT-team og vertskommunetilskudd og eventuelle egenandeler, og det tas som nevnt hensyn til om merutgifter er kompensert gjennom kriteriet psykisk utviklingshemmede 16 år og over i rammetilskuddet.

Tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester har vært vurdert en rekke ganger. Fürst og Høverstad fikk i 2009 i oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet å kartlegge årsaker til den sterke økningen i utgiftene i ordningen fra 2007 til 2008. Fürst og Høverstad fant at de viktigste driverne for økningen var en økning i samlet antall brukere på 17,6 prosent, en endring i brukersammensetningen, med størst økning i brukere som ikke var utviklingshemmede, og en økning i kommunenes ressursinnsats per bruker på 7,7 prosent.[4]

---

[3] Helsedirektoratet. (2023). *Tilskuddsrapport 2022*. Helsedirektoratet har opplyst om at det ikke er, eller vil bli, utarbeidet tilskuddsrapport for 2023.

[4] Kommunal- og distriktsdepartementet. (2010). *Årsaker til økning i utgiftene til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester fra 2007 til 2008.*



Figur 11.1 Toppfinansieringstilskudd – samlet utbetaling i milliarder kroner (venstre akse) og gjennomsnittsbeløp per mottaker i millioner kroner (høyre akse). 2004–2022

Kilde: Helsedirektoratet, Tilskuddsrapport 2022

På bakgrunn av et anmodningsvedtak i Stortinget i desember 2017, fikk en arbeidsgruppe med deltakere fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og KS i mandat å utrede forslag til endringer i ordningen for ressurskrevende tjenester.[5] Det fulgte av mandatet at forslagene skulle ivareta mottakerne av ressurskrevende tjenester på en god måte, og gi mer bærekraft og effektivitet i ordningen. Arbeidsgruppen skulle vurdere hvordan dagens utforming av ordningen kunne endres, slik at eventuelle uheldige insentiveffekter ble redusert. Det skulle videre vurderes hvordan ordningen kunne gjøres mer bærekraftig. Arbeidsgruppens forslag skulle holdes innenfor dagjeldende budsjettrammer. Arbeidsgruppen leverte sin rapport i november 2018. I rapporten vurderes flere mulige endringer, herunder en delvis innlemming av ordningen i rammetilskuddet, å gjøre om ordningen fra en overslagsbevilgning til en rammestyrt bevilgning og å innføre trinnvise innslagspunkt med en lavere kompensasjonsgrad (under 80 prosent) for det laveste innslagspunktet og en høyere kompensasjonsgrad (over 80 prosent) for utgifter over det høyeste innslagspunktet.

På bakgrunn av innspill fra KS, ble det i 2020 nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet,[6] Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet og KS for å se på eventuelle hindringer i regelverket for at kommunene kan drive kostnadseffektive ressurskrevende tjenester. I rapporten fra arbeidsgruppen pekes det blant annet på en rekke enkeltregler som oppfattes å hindre kostnadseffektive løsninger i kommunene. Arbeidsgruppen omtaler i denne sammenhengen også toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester. Mandatet for arbeidsgruppen var imidlertid avgrenset mot selve utformingen av toppfinansieringsordningen.[7]

Utvalget som nylig har utredet inntektssystemet for kommunene, mener at innretningen av det øremerkede tilskuddet gitt gjennom toppfinansieringsordningen bør vurderes endret, slik at ordningen i større grad ser på de totale utgiftene for kommunen og innrettes mer i tråd med prinsippene i inntektssystemet.[8] Med en slik endring i ordningen, mener utvalget det også bør vurderes å

5 Innst. 2 S (2017–2018), vedtak 58.

6 Arbeidsgruppe med Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og KS. (2018). *Rapport fra arbeidsgruppe med KMD, FIN, HOD, Hdir og KS om ressurskrevende tjenester*.

7 Arbeidsgruppe med KS, Kommunal- og distriktsdepartementet, Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Rapport fra arbeidsgruppe for gjennomgang av regelverk som hindrer kommuner i å drive kostnadseffektive tjenester*.

8 NOU 2022: 10, s. 19.

innlemme deler av det øremerkede tilskuddet i rammetilskuddet.

I rapporten *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*[9] pekes det på at toppfinansieringsordningen dekker en del av kommunens utgifter til oppfølging av særskilt ressurskrevende helse- og omsorgstjenester, men at tilskuddsordningens utforming er særlig lite treffsikker med hensyn til pasienter med voldsrisiko, herunder domfelte til tvungent psykisk helsevern, som krever mye bemanning. De merkostnadene som påløper som følge av oppfølging av denne målgruppen er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet, og ikke til helse- og omsorgstjenester.

11.2.2 Tilskudd til ambulante ACT/FACT-team

Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning som skal bidra i finansieringen av opprettelsen av team for helhetlige, samtidige og tverrfaglige tjenester fra ulike nivåer og sektorer, såkalte ACT/FACT-team.[10] Teamene skal følge opp voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester. Målgruppen er voksne med alvorlig psykisk helse- eller rusmiddelproblematikk og eventuell samtidig voldsproblematikk, med langvarige og sammensatte behov for behandling, rehabilitering, oppfølging og støtte.

Tilskudd tildeles etter en skjønnsmessig vurdering med grunnlag i forventet måloppnåelse og skal bidra til delfinansiering av ACT/FACT-team. Midlene kan benyttes til drift, inklusive lønnsutgifter, opplæring av teamansatte, evaluering og annen implementeringsstøtte, herunder interne og eksterne kostnader knyttet til kvalitetsmålinger.

Det kan gis tilskudd i inntil fire år til nye tiltak og prosjekter. Det innvilges tilskudd på inntil 500 000 kroner per 100 prosent stillingsressurs de to første årene, deretter trappes tilskuddet ned til 300 000 kroner per 100 prosent stillingsressurs de to neste årene. Det innvilges tilskudd til inntil ti 100 prosent stillingsressurser per ACT- eller FACT-team, maksimalt fem millioner kroner i tilskudd per team per år. Statsforvalter kan innvilge ytterligere midler til opplæringsformål grunnet lokale forhold. Det kan også gis tilskudd til et forprosjekt med inntil én million kroner per år.

Det er forutsatt at tilskuddsmottakers og eventuelle samarbeidspartneres egenfinansiering økes i takt med at tilskuddsmidlene avkortes og at stillinger innarbeides i budsjett og økonomiplan, slik at tiltaket det søkes midler til kan egenfinansieres når tilskuddsperioden er over, og en slik sikrer at kapasiteten i tjenestene blir av varig karakter.

Gjennom tilskuddsordningen kan det også gis et mer begrenset tilskudd med lavere prioritet, til etableringen av andre allerede utprøvde kunnskapsbaserte modeller som for eksempel Housing First, og utprøving og evaluering av nye metoder, arbeidsformer og modeller på psykisk helse-, rus- og voldsfeltet, herunder tiltak som treffer ROP-gruppen, og utprøving av Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT). Det gis maksimalt tilskudd til inntil fem 100 prosent stillingsressurser de to første årene (år 1 og 2), maksimalt 2,5 millioner kroner per år.

De første FACT-teamene i Norge ble etablert i 2013. Per juli 2023 var det etablert omlag 75 ACT/FACT-team. Det er for 2024 satt av om lag 152 millioner kroner i denne tilskuddsordningen.

11.2.3 Vertskommunetilskuddet

Kommuner som er vertskap for beboere som etter ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede på 1990-tallet, valgte å bli boende på institusjon utenfor hjemkommunen, mottar et vertskommunetilskudd som er ment å dekke hele kommunens tjenestetilbud knyttet til aktuelle beboere, herunder helse- og sosialtjenester, bolig og tekniske tjenester, aktivitetstilbud, opplæring, kulturtilbud, administrative kostnader mv.

I 2023 var 31 kommuner omfattet av ordningen og det ble utbetalt totalt nær 922 millioner kroner gjennom denne tilskuddsordningen. Tilskuddet til kommunene i et enkelt år beregnes på bakgrunn av gjennomsnittsbeløp per vertskommunebeboer i kommunene det forutgående år, som prisjusteres og multipliseres med antall gjenværende vertskommunebeboere i kommunen. Ordningen vil fases ut over tid, til det ikke lenger være personer igjen i ordningen. Det innebærer at tilskuddsordningens omfang, og antall kommuner den berører, reduseres gradvis over tid.

Figur 11.2 viser totalt vertskommunetilskudd og tilskudd per mottaker i millioner utbetalt i 2023, fordelt på kommune. Figuren viser også antall mottakere i hver kommune.

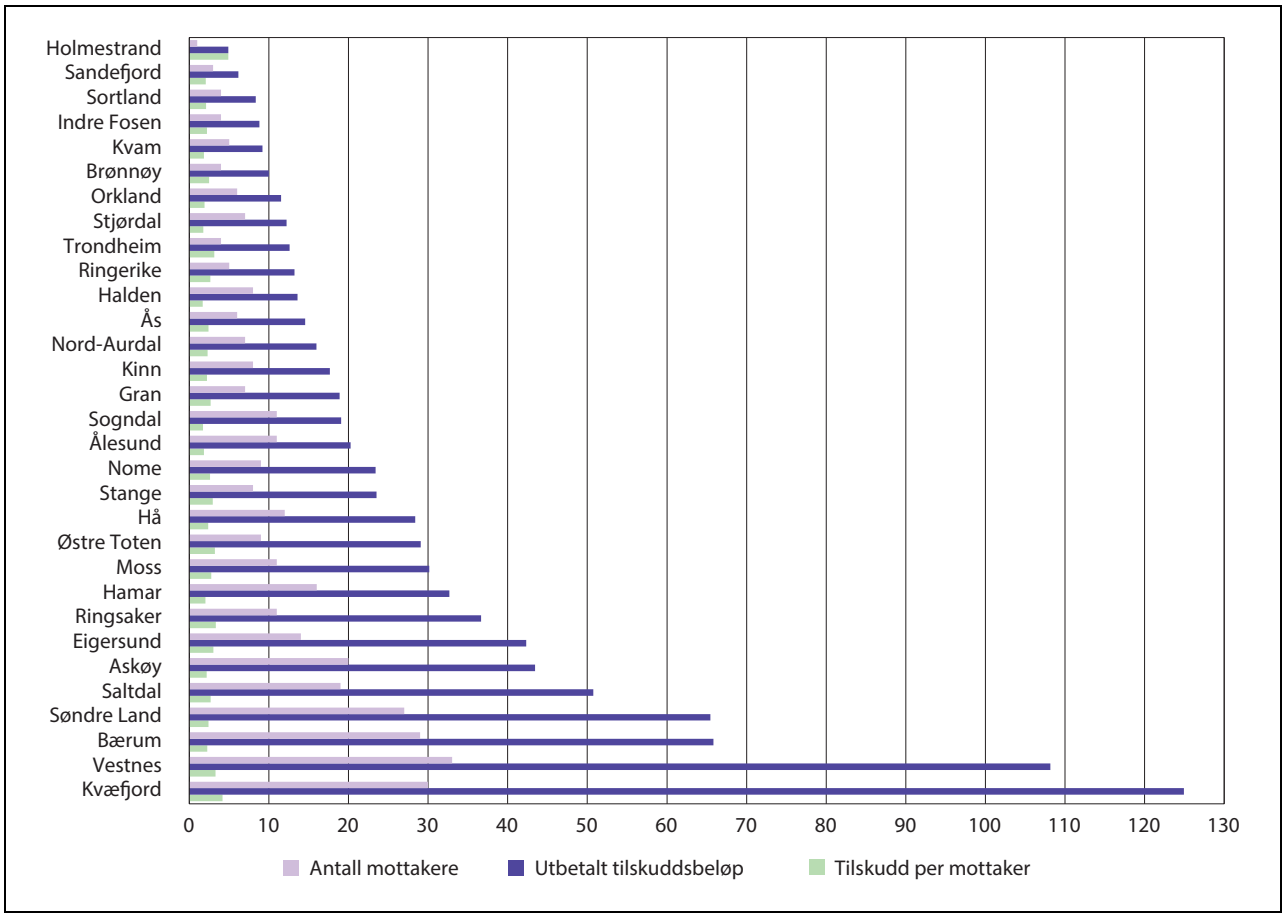
Vertskommunetilskuddet per beboer varierte fra om lag 1,7 millioner kroner til nesten 4,9 millioner kroner i 2023. Det synes ikke å være noen klar

---

9 Fafo. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*, s. 84.

10 Tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT modellen (Assertive Community Treatment) og FACT-modellen (Flexible ACT).

sammenheng mellom antall mottakere og tilskudd per mottaker. Den kommunen som mottok det laveste tilskuddet per beboer, Halden, mottok i 2023 tilskudd for totalt 8 beboere. Kvæfjord kommune mottok vertstilskudd for nest flest beboere, 30 i tallet, men er den kommunen som mottar det nest høyeste tilskuddet per beboer, om lag 4,2 millioner kroner.



Figur 11.2 Vertskommunetilskudd og tilskudd per mottaker i millioner kroner og antall mottakere per kommune. 2023

Kilde: Helsedirektoratet

Del III
Fengsel og forvaring

Kapittel 12
Kriminalomsorgen

12.1 Overordnet om oppgaver og organisering

Kriminalomsorgen er underlagt Justis- og beredskapsdepartementet, og har ansvaret for å gjennomføre de fleste av de reaksjonene som straffeloven definerer som straff. Kriminalomsorgens oppgaver vedrørende straffegjennomføring inkluderer således både alminnelig fengselsstraff og forvaring, og straffereaksjoner som gjennomføres utenfor fengsel, slik som samfunnsstraff. I tillegg gjennomføres varetekt i fengslene. Straffegjennomføring utenfor fengsel hører under friomsorgen i kriminalomsorgen.

Administrativt er kriminalomsorgen organisert i tre nivåer: Kriminalomsorgsdirektoratet, regionalt nivå og det enkelte fengsel eller friomsorgskontor. Direktoratet har ansvaret for den faglige og administrative ledelsen av kriminalomsorgen, og styrer etaten gjennom regionene.

Kriminalomsorgsetaten har fem regioner; region nord (dekker Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark), region vest (dekker Vestland og Møre og Romsdal), region sørvest (dekker Rogaland og Agder), region sør (dekker Buskerud, Vestfold og Telemark) og region øst (dekker Innlandet, Akershus, Østfold og Oslo). Regionene har ansvaret for straffegjennomføringen innenfor regionens grenser, og skal sikre helhetlig ressursutnyttelse og et godt samarbeid med andre regioner.[1]

Hvert enkelt fengsel har ansvaret for den daglige driften av enheten. For tiden består fengselskapasiteten av om lag 32 enheter med høyt sikkerhetsnivå, 23 enheter med lavere sikkerhetsnivå og 8 overgangsboliger.[2] Kapasiteten i fengselsenhetene er for tiden på totalt om lag 3 650 plasser, fordelt på vel 2 550 plasser på høysikkerhetsnivå og omlag 1 100 plasser på lavere sikkerhetsnivå.

Fengselsstraff og forvaring kan gjennomføres i fengsel med høyt sikkerhetsnivå (lukket fengsel), i fengsel med lavere sikkerhetsnivå (åpent fengsel), eller i overgangsbolig. I enkelte fengsler med høyt sikkerhetsnivå finnes det avdelinger med særlig høyt sikkerhetsnivå. I tillegg er det særskilte regler om at straff i noen tilfeller kan gjennomføres i institusjon eller på sykehus eller som prøveløslatt. Videre kan alminnelig fengselsstraff i noen tilfeller gjennomføres på særlige vilkår utenfor fengsel, herunder med elektronisk kontroll.[3]

Fengsel med høyt sikkerhetsnivå har, med få unntak, mur eller høyt gjerde rundt fengselsområdet. Alle dører er i hovedsak låst, men de innsatte skal så langt mulig ha adgang til fellesskap med andre innsatte og et ordinært aktivitetstilbud. Hvert fengsel har sin «alminnelige dagsorden» som blant annet regulerer samværet mellom innsatte. Dagsordenene kan variere betydelig. I noen fengsler er de innsatte innelåst på egen celle utenfor organiserte aktiviteter, mens de i andre fengsler er utlåst og har adgang til fellesskapsarealer store deler av tiden. Fengslene i Norge er av ulik størrelse og bygningsmessig utforming og kvalitet. Noen av fengselsbyggene er fra 1860-tallet, mens andre er av nyere dato, eller rehabilitert i nyere tid. Ikke alle fengslene har tilfredsstillende arealer for fellesskap og aktiviteter. Mangel på slike arealer medfører at innsatte er innelåst på cellen mer enn det som ellers ville vært nødvendig. Fengsel med lavere sikkerhetsnivå har færre fysiske sikkerhetstiltak, men de innsatte har ikke lov til å forlate området uten særskilt tillatelse. Fengselsbygningene er låst om natten, men de innsatte er ikke innlåst på cellene. Overgangsboligene har også kontroll, men er mindre restriktive enn fengslene. Overgangsboligene er først og fremst ledd i en gradvis tilbakeføring til samfunnet.

Mens kriminalomsorgen tidligere i større grad eide fengselsbyggene selv, eies og forvaltes de nå

[1] Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport 2023*, s. 11.

[2] Informasjon tilgjengelig på kriminalomsorgen.no.

[3] Straffegjennomføringsloven §§ 10 og 16 a.

av Statsbygg, med kriminalomsorgen som leietaker. Det er betydelig etterslep på vedlikeholdet av bygningene. Det kan være krevende å gjennomføre vedlikehold, blant annet fordi slikt arbeid kan utfordre sikkerheten i fengselet. I tillegg er noen av bygningene verneverdige, slik at det av den grunn er vanskelig å modernisere dem.

Avgjørelser vedrørende den enkelte innsatte treffes i utgangspunktet av fengselet, med mindre noe annet følger av straffegjennomføringsloven § 6 andre ledd. For innsatte som er idømt fengselsstraff på mer enn 10 år eller forvaring, eller som er innsatt i en avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå, treffes avgjørelser om den enkelte i større grad av regionalt nivå.[4] I situasjoner hvor det blir nødvendig å treffe beslutninger vedrørende en forvaringsdømt umiddelbart, kan fengselet likevel treffe et midlertidig vedtak, som i så tilfelle skal stadfestes av regionalt nivå så snart som mulig.[5]

Friomsorgskontorene har ansvar for gjennomføring av straff i samfunnet, og følger opp domfelte som er løslatt fra fengsel eller forvaring med vilkår om møteplikt. Friomsorgens oppgaver inkluderer også gjennomføring av straff med elektronisk kontroll (fotlenke) utenfor fengsel. Videre utarbeider friomsorgen personundersøkelser av personer som er siktet for straffbare forhold, etter beslutning av påtalemyndigheten og domstolene.[6]

Foruten direktoratsansvaret for straffegjennomføringen, har Kriminalomsorgsdirektoratet ansvaret for Kriminalomsorgens høyskole og utdanningssenter (KRUS). KRUS står for utdanningen og opplæringen av fengselsbetjenter og annet personell i kriminalomsorgen. KRUS tilbyr en toårig høyskoleutdanning i straffegjennomføring (grunnutdanningen for fengselsbetjenter), og er den eneste utdanningsinstitusjonen for fengselsbetjenter i Norge. I tillegg driver KRUS forskning og formidlingsarbeid, etatsrettet utdanning for verksbetjenter, og etter- og videreutdanning for ansatte i kriminalomsorgen og hos samarbeidspartnere.

12.2 Økonomiske rammebetingelser

Kriminalomsorgens virksomhet finansieres over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett. Figur 12.1 viser hvordan regnskap og budsjett under programkategori 06.30 har utviklet seg nominelt siden 2010. Programkategorien omfatter bevilgninger til Kriminalomsorgen (kap. 430), til Kriminalomsorgsdirektoratet (kap. 431), jf. at det fra 2023 bevilges midler over et eget budsjettkapittel til drift av Kriminalomsorgsdirektoratet, og til KRUS (kap. 432). Bevilgninger til Konfliktrådet (kap. 433), som også inngår i denne programkategorien fra og med 2021, er holdt utenfor. Den resterende delen av budsjettet har de siste årene vært fordelt med vel 96 prosent til Kriminalomsorgen og Kriminalomsorgsdirektoratet, og i underkant av 4 prosent til KRUS. For 2025 er det bevilget om lag 6,73 milliarder kroner til Kriminalomsorgen, inkludert til Kriminalomsorgsdirektoratet og KRUS.[7]

Det meste av Kriminalomsorgens utgifter er knyttet til drift av fengsler og friomsorgskontorer. Midler på post 01 (driftsutgifter) og på post 21 (spesielle driftsutgifter) på Kriminalomsorgens budsjett kan overføres til drift av Kriminalomsorgsdirektoratet og vice versa.

I figur 12.2 vises utviklingen i Kriminalomsorgens og Kriminalomsorgsdirektoratets samlede driftsregnskap og -budsjett fra 2010. Beløpene er omregnet til 2023-kroner med endringen i KPI for å gi et bilde av utviklingen i realverdien av disse størrelsene. Det fremgår av figuren at det var positiv realvekst i budsjettene fra 2010 til 2017, mens det har vært negativ realvekst i hvert av årene fra 2018 til 2023, unntatt i 2020. De to siste årene har det igjen vært positiv realvekst i budsjettet, men først i 2025 er realverdien av budsjettbevilgningen tilbake på et tilsvarende nivå som i 2017. Det bemerkes også at prisstigningen de siste årene har vært særlig høy på sentrale innsatsfaktorer for kriminalomsorgen, slik som energi og matvarer. Budsjettsituasjonen i kriminalomsorgen har dermed reelt sett vært enda noe strammere enn det størrelsene korrigert for generell prisvekst gir inntrykk av.

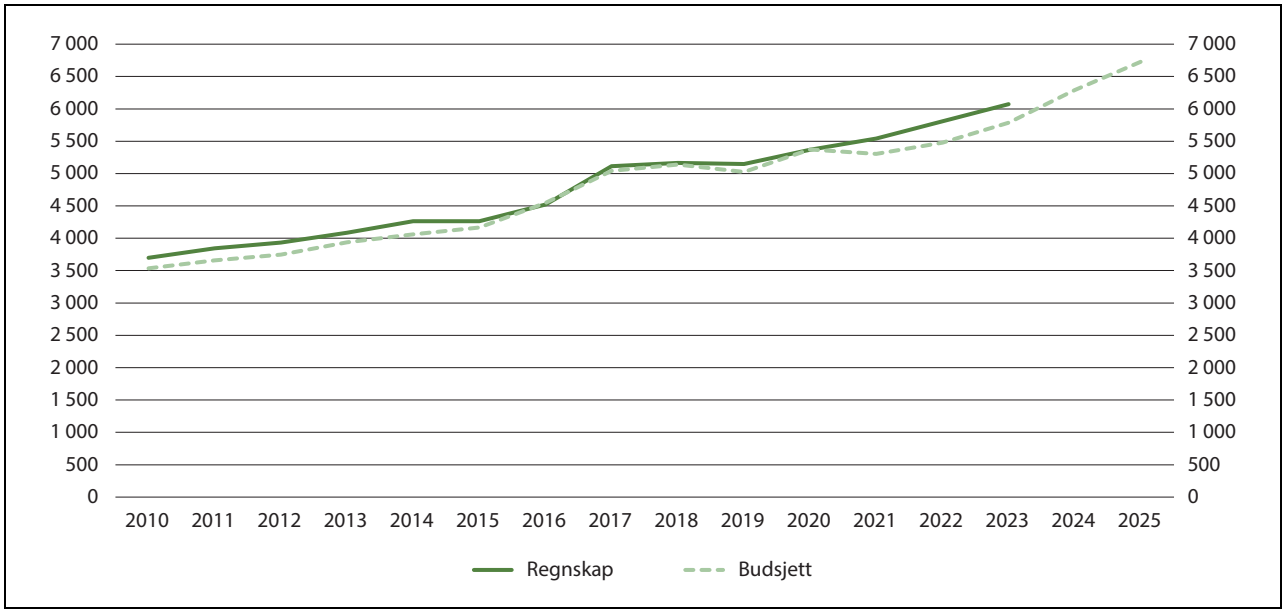
Gjennom den såkalte avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen), ble alle statlige virksomheter med virkning fra og med budsjettåret 2015 forutsatt å ha en viss produktivitetsvekst hvert år (i 2015 satt til 0,5 prosent). Driftsutgiftene ble kuttet tilsvarende. Formålet var å sikre mer effektiv drift i statlige virksomheter og gi budsjettmessig handlingsrom for satsinger på politisk prioriterte områder, ikke totalt sett

4 Se også forvaringsforskriften § 4 første ledd.

5 Forvaringsforskriften § 4 andre ledd

6 Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport 2023*, s. 12

7 Justis- og beredskapsdepartementet kan holde tilbake noe midler til å finansiere for eksempel utredninger. Dette utgjør etter det utvalget har fått opplyst relativt små beløp, i størrelsesorden 5–10 millioner kroner årlig.



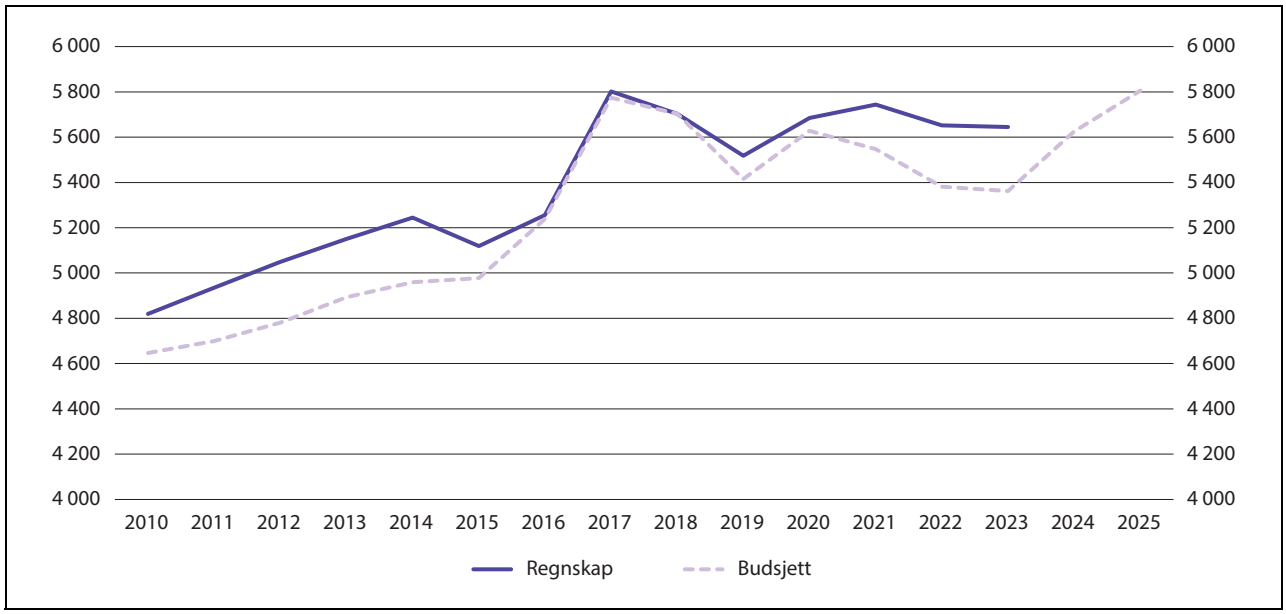
Figur 12.1 Kriminalomsorgens samlede regnskap 2010–2023 og budsjett 2010–2025. Millioner kroner

Kilde: Prop. 1 S (2010–2011)–(2024–2025) for budsjettårene 2011–2025, Justis- og beredskapsdepartementet, programkategori 06.30, unntatt Konfliktrådet.

å redusere driftsbevilgninger fordelt over statsbudsjettet. Reformen pågikk frem til 2022 og innebar i perioden årlige budsjettkutt på mellom 0,5 og 0,8 prosent.

Fafo undersøkte i 2019 hvilke effekter ABE-reformen hadde hatt for ulike deler av statlig virksomhet.[8] Departementene sto i utgangspunktet fritt til å fordele ABE-kuttene mellom virksomheter de er ansvarlige for. I Fafos undersøkelse kommer det imidlertid frem at det i praksis hadde skjedd lite omfordeling av ABE-kuttene i budsjettprosessen, det vil si at alle statlige virksomheter i hovedsak har blitt utsatt for det samme forholds-

[8] Fafo. (2019). *ABE-reformen i staten. Avbyråkratisering og effektivisering gjennom budsjettkutt.*



Figur 12.2 Kriminalomsorgens driftsregnskap og -budsjett, Millioner 2023-kroner[1]

[1] Budsjettforslag- og regnskapstall omregnet til 2023-kroner med årlig vekst i KPI i perioden 2010–2024. Anslag for prisvekst for 2025 fra Nasjonalbudsjettet for 2025.

Kilde: Prop. 1 S (2010–2011)–(2024–2025) for budsjettårene 2011–2025, Justis- og beredskapsdepartementet, Statistisk sentralbyrå, KPI 2010–2024 og Meld. St. 1 (2024–2025) *Nasjonalbudsjettet 2025*

messige budsjettkuttet. Videre ble det pekt på at det er vanskelig å skille effektene av ABE-reformen fra andre reformer som påvirker virksomhetene, men at det likevel var grunnlag for å hevde at ABE-reformen hadde hatt forskjellig virkning i ulike virksomheter. Noen virksomheter opplevde at ABE-kuttene hadde liten innvirkning på driften. I andre virksomheter, gjerne i virksomheter med budsjettmessig begrenset spillerom, enten på grunn av stort omfang av lovpålagte oppgaver eller med behov for høyt spesialisert, vanskelig substituerbar kompetanse, opplevdes ABE-reformen å ha stor innvirkning på driften av virksomheten.

I 2018 gjennomførte Oslo Economics og Agenda Kaupang på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet en analyse av driftssituasjonen i kriminalomsorgen etter innføringen av ABE-reformen.[9] Oppsummert fant de at det under ABE-reformen hadde vært en nedgang i bevilgningene til regionene i kriminalomsorgen, når en ser bort fra rettede midler til spesifikke oppgaver. De fant videre at det var store forskjeller i hvordan driftssituasjonen for fengslene hadde utviklet seg. I perioden 2014–2017 hadde 50 prosent av fengslene hatt en reduksjon i driftsutgiftene per soningsplass. Det ble videre funnet at friomsorgskontorene hadde hatt en økning i totale driftsutgifter og antall årsverk, men at de også hadde fått nye oppgaver i forbindelse med soning med elektronisk kontroll og narkotikaprogram med domstolskontroll.

Analysen avdekket at ABE-kuttene hadde blitt fordelt på samtlige enheter og at det hadde vært opp til den enkelte enhet å vurdere hvilke eventuelle effektiviseringstiltak og innsparinger som var nødvendige. Både regionadministrasjonene og enhetene i kriminalomsorgen pekte på at effektiviseringspotensialet gjennom rene «ostehøvelkutt» på den enkelte enhet etter dette var tatt ut, og at effektiviseringen av kriminalomsorgen fremover måtte fokusere på større, mer strukturelle tiltak som omhandler hvordan man er organisert, enhetsstrukturen og hvordan oppgavene i kriminalomsorgen løses. Samtidig vurderte Kriminalomsorgsdirektoratet at de hadde begrenset myndighet til å beslutte endringer i kriminalomsorgens organisering og enhetsstruktur.

Oslo Economics og Agenda Kaupangs vurderte at ABE-reformen i analyseperioden (2014–2017) ikke hadde hatt vesentlige konsekvenser for sikkerheten og tjenestetilbudet i kriminalomsorgen, men pekte på at det var sannsynlig at kriminalomsorgen i større grad ville måtte gjennomføre innsparinger som også går på bekostning av sikkerhet og tjenestetilbud, dersom ABE-reformen også fremover i stor grad ble overlatt til den enkelte enhet. Oslo Economics og Agenda Kaupang påpekte også at det i kriminalomsorgen ikke var utarbeidet en tiltaks- og effektiviseringsplan for etaten samlet eller på regionalt nivå knyttet til ABE-reformen.

Én effekt av ABE-reformen som gjennomføres ved forholdsmessige kutt i hver virksomhet, er at jo større andel av virksomhetens utgifter som vanskelig kan påvirkes, jo større effektiviseringsgevinst må virksomheten hente ut på andre områder. For kriminalomsorgen representerer husleie, kombinert med en begrenset mulighet til å beslutte endringer i kriminalomsorgens organisering og enhetsstruktur, en slik utgift og begrensning. I 2010 ble fengslene innlemmet i husleieordningen hos Statsbygg. Husleien har siden innlemmingen i ordningen økt årlig med i størrelsesorden 3–4 prosent hvert år. I perioden 2015 til 2021 økte husleien fra 650 millioner kroner til vel 1 000 millioner kroner.

Bevilgningene til Kriminalomsorgen fordeles til de fem regionene etter en budsjettfordelingsmodell. Budsjettfordelingsmodellen skal bidra til å sikre en effektiv og rettferdig fordeling til ulike deler av etaten. Den gjeldende modellen, som har vært i bruk siden 2021, erstattet en mer kompleks modell basert på flere kriterier enn i dag, hvor blant annet bygningsmasse og geografiske avstander inngikk. Fra 2021 er budsjettfordelingsmodellen basert på et basistilskudd for hver enhet, uavhengig av kapasitet, som utgjør 6,6 ganger tildelingen for en «standardplass», samt en komponent for kapasitet, hvor ulike typer soningsplasser har vekter som vist i tabell 12.1.[10]

Vektingen innebærer at det i budsjettfordelingsmodellen implisitt legges til grunn at ressursbehovet knyttet til drift av en plass i et høysikkerhetsfengsel er 50 prosent høyere enn for en plass i et fengsel med lavere sikkerhet, og at ressursbehovet knyttet til drift av en forvaringsplass er vel det dobbelte av ressursbehovet knyttet til drift av en plass i et fengsel med høyt sikkerhetsnivå, alt annet like. Tildelingen for en standardplass blir imidlertid residualt bestemt av det beløpet som faktisk settes av til fordeling gjennom modellen hvert år. Tildelingen for en «standardplass» utgjorde i 2025 om lag 591 300 kroner. Tildelingen

[9] Oslo Economics og Agenda Kaupang. (2018). *Analyse av driftssituasjonen i kriminalomsorgen etter innføringen av ABE-reformen.*

[10] Oslo Economics. (2024).

Tabell 12.1 Vekter for ulike soningsplasser i KDIs budsjettstyringsmodell[1]

Type soningsplass	Vekt
Forvaringsplass	3,6
Plass i fengsel med høyt sikkerhetsnivå	1,5
Plass i fengsel med lavere sikkerhetsnivå	1,0
Plass i rusmestringsenhet i fengsel med høyt sikkerhetsnivå	2,1
Plass i rusmestringsenhet i fengsel med lavere sikkerhetsnivå	1,6

[1] Fra og med 2024 inngår soningsplasser for kvinner i modellen med vekter som for rusmestringsenhetene på henholdsvis høyt og lavere sikkerhetsnivå.

Kilde: Oslo Economics (2024)

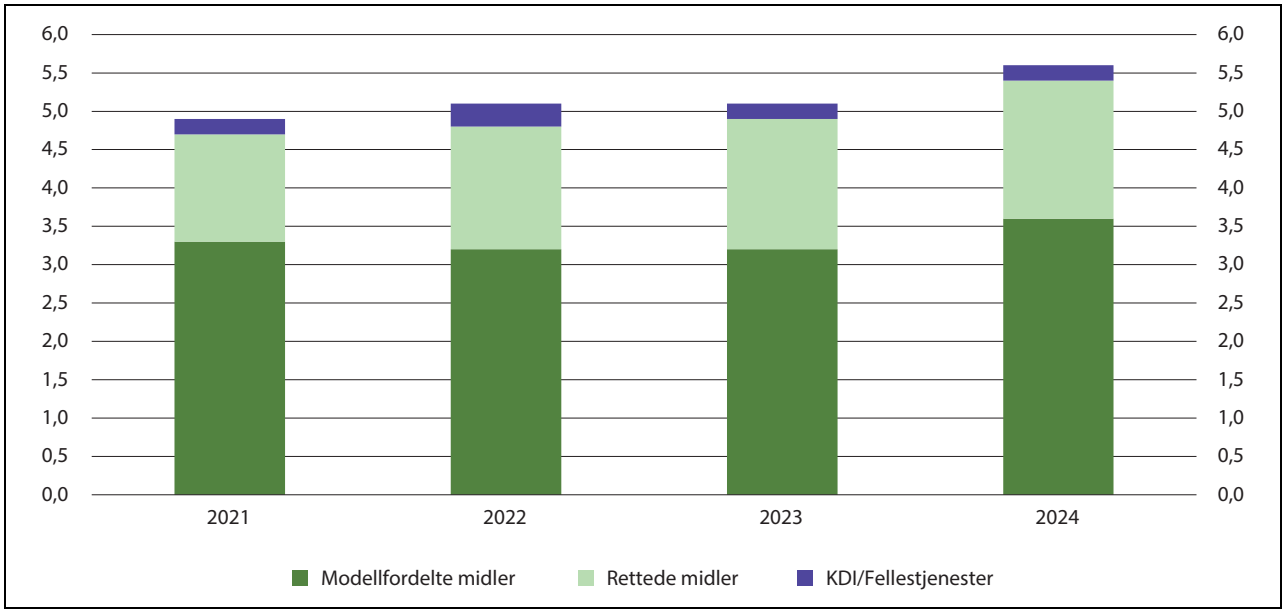
innebærer at hver enhet i 2025 har fått en grunnbevilgning på om lag 3,9 millioner kroner, uansett hvilken kapasitet og hvilke typer plasser enheten stiller til disposisjon. Til sammenlikning var tildelingen per standardplass i 2021 – det året den gjeldende budsjettfordelingsmodellen ble innført – om lag 540 000 kroner. Det bemerkes at dersom tildelingen for en standardplass hadde fulgt den generelle prisstigningen (veksten i KPI) hvert år siden 2021, ville den i 2025 ha utgjort vel 640 000 kroner. Utviklingen i tildelingen per standardplass gir naturligvis ikke et totalbilde av de økonomiske rammene for kriminalomsorgen. Størrelsen er likevel grunnelementet i det som hvert år fordeles gjennom budsjettfordelingsmodellen, basert på en vektet kapasitet ved den enkelte fengselsenhet, og som bestemmer en form for «basis driftsbudsjett» for enhetene. Beløpene som fordeles bestemmer hvor mye midler fengslene har til rådighet for innhold/sikkerhet og oppfølging av innsatte, i motsetning til rettede midler som har særskilte formål.

Noen av de midlene som bevilges til kriminalomsorgen fordeles ikke gjennom budsjettfordelingsmodellen, men gis som rettede midler til regionene for ivaretakelse av diverse tiltak og funksjoner som fordelingsmodellen ikke fanger opp. En del avsettes også til drift av Kriminalomsorgsdirektoratet og fellestjenester. Figur 12.3 viser hvordan de tildelte midlene over post 01 (driftsmidler) på statsbudsjettets kapittel 430 har vært fordelt de siste årene. Det fremgår at størstedelen av midlene, rundt 65 prosent, fordeles gjennom budsjettfordelingsmodellen. En betydelig andel, vel 30 prosent, fordeles likevel som rettede midler, og andelen har økt noe de siste årene.

Budsjettfordelingsmodellen ble evaluert av Oslo Economics i 2024. Mandatet for evalueringen omfattet blant annet å vurdere om den modellen som ble innført i 2021 har virket etter intensjonen, om det er behov for flere kriterier i modellen og bruken av rettede midler.

Evalueringen viser at budsjettfordelingsmodellen i hovedsak har virket etter hensikten, i den forstand at analyser bekrefter at det gjeldende kriteriet for kapasitet fanger opp mye av variasjonen i kostnader mellom fengsler. Oslo Economics vurderte behovet for å tilføye kriterier for bygg, geografi, kvinner, plasser i særavdelinger og bemanning. Det pekes på at det generelt er vanskelig å finne egnede mål for de ulike kriteriene, og at det, foruten i enheter med kvinneplasser, ikke synes å være noen systematikk i at enheter med bestemte kjennetegn kommer dårligere ut enn andre enheter. Oslo Economics peker imidlertid på at åpningen av Agder fengsel har tydeliggjort at *størrelsen* på fengslet har betydning for driftskostnadene. Avdelingen i Froland med 200 plasser har vist seg å være vesentlig billigere å drifte (per plass) enn avdelingen i Mandal med 100 plasser. Samtidig pekes det på at det i grunnlaget også finnes eksempler på en rekke mindre fengsler i Norge som driftes til lave kostnader. Det pekes på at dette kan ha sammenheng med kvaliteten på tilbudet som gis i de mindre fengslene, men at det neppe er hele forklaringen.

Når det gjelder spørsmål om å inkludere kriterier for bemanning – for å belønne enheter som ansetter flere for å heve kvaliteten – og plasser i særavdelinger, pekes det på at det ikke ville gitt mer penger til fordeling, bare en annen fordeling av rammen. Det pekes videre på at det ikke er åpenbart hvordan bemanning kan modelleres for å gi en mer «rettferdig» fordeling av midlene enn i dag. Ut fra analysene som er foretatt, er det heller ikke åpenbart at det er fengsler med innsatte med store utfordringer som kommer «dårlig» ut av modellen.



Figur 12.3 Fordelingen av kriminalomsorgens budsjett 2021–2024. Milliarder kroner

Kilde: Oslo Economics (2024), basert på tall fra Kriminalomsorgsdirektoratet

I evalueringsrapporten anbefales det etter dette ikke å føye til flere kriterier i modellen, utover å gjøre den vektingen for kvinner i kapasitetskriteriet som er innført fra 2024, permanent. Det synes å være en systematikk i at kvinneplasser er dyrere å drifte enn plasser for menn. Oslo Economics har ikke sett nærmere på hvorfor det er mer kostbart å drifte et fengsel for kvinner enn for menn, men antar at svaret henger sammen med at den gjennomsnittlige kvinnelige innsatte har større psykiske og fysiske utfordringer, og at dette gjør at det behøves flere ansatte for å gi kvinnene et godt sysselsetting- og aktiviseringstilbud. Som et ytterligere argument for ikke å gjeninnføre flere kriterier, pekes det også på at det generelt er en fordel at modellen er enkel og oversiktlig, slik at konsekvenser av endringer er lett å overskue.

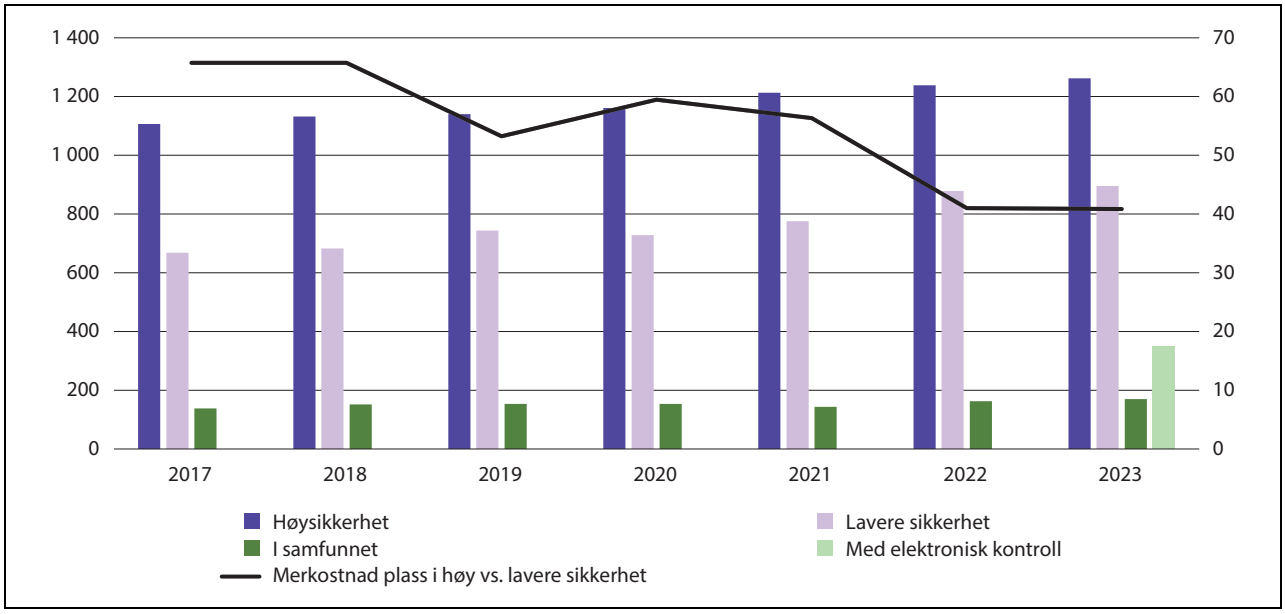
Modellen hviler på en forutsetning om at regionene står overfor mange av de samme utfordringene, med krevende bygg og innsatte med store utfordringer, og at disse utfordringene fordeler seg noenlunde jevnt mellom regionene. Regionene vil da også ha enheter som er relativt billigere å drifte, og kan så velge å gjøre interne omprioriteringer av ressursene de blir tildelt, for å fange opp mulige kostnadsforskjeller som ikke hensyntas i modellen. Om et fengsel har noe unikt ved seg som gjør det særlig krevende å drifte, utover det som kan omtales som generelle kostnadsdrivere, bør denne særegenheten altså kompenseres gjennom omfordelinger internt i regionen. Hvordan regionene faktisk fordeler midler videre til sine fengsler og friomsorgskontorer, virker å variere noe mellom regionene. I alle regionene finnes det eksempler på enheter som gradvis har fått rammer som i større grad er tilpasset budsjettfordelingsmodellen. Samtidig finnes det i alle regionene også eksempler på enheter som over tid får mer eller mindre enn hva budsjettfordelingsmodellen anvendt på den enkelte enhet skulle tilsi.[11]

I evalueringen anbefales det også å redusere bruken av rettede midler betydelig, da dette forstyrrer måten modellen er ment å virke, særlig i perioder hvor kapasitet fases inn og ut av modellen. Det pekes også på at Kriminalomsorgsdirektoratet i større grad bør være bevisst på, og synliggjøre, konsekvensene ved bruk av rettede midler.

Den faktiske kostnaden for drift av en fengselsplass vil variere mellom enheter og mellom type plasser. I Kriminalomsorgsdirektoratets årsrapport for 2023 oppgis tall for utviklingen av den gjennomsnittlige årlige driftskostnaden for ulike plasser i og utenfor fengsel, jf. figur 12.4.

Det går frem av figuren at driftskostnaden for en plass i et høysikkerhetsfengsel i 2023 var om lag 1,25 millioner kroner. Den gjennomsnittlige prosentvise «merkostnaden» for drift av en plass i høysikkerhetsfengsel, sammenliknet med kostnaden for drift av en plass i fengsel på lavere sikkerhet, var i 2023 om lag 40 prosent. Denne «mer-

[11] Oslo Economics. (2024). *Evaluering av kriminalomsorgens budsjettfordelingsmodell*, s. 7–8, jf. tabell 2-2.



Figur 12.4 Kostnader til drift av ulike plasser i kriminalomsorgen i 1 000 kroner (venstre akse) og merkostnad for drift av plass på høyt sammenliknet med lavere sikkerhetsnivå i prosent (høyre akse). 2017–2023

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratets årsrapport 2023

kostnaden» for drift av en plass i fengsel med høyt sikkerhetsnivå, sammenliknet med for drift av en plass i fengsel med lavere sikkerhetsnivå, har tilsynelatende falt over tid.

I kontakt med Justis- og beredskapsdepartementet har Kriminalomsorgsdirektoratet opplyst at en forvaringsplass er omtrent dobbelt så dyr i drift som en ordinær plass i høysikkerhetsfengsel. Ut fra denne opplysningen kan det antas at den faktiske driftskostnaden ved en forvaringsplass i 2023 var i gjennomsnitt om lag 2,5 millioner kroner.

12.3 De ansatte og de innsatte

I 2023 var det totalt 4 425 årsverk i kriminalomsorgen, hvorav 3 555 årsverk i fengslene og 491 årsverk i friomsorgskontorene. Det har vært en nedgang i antall årsverk i kriminalomsorgen totalt sett på vel 4 prosent fra 2021 til 2023. Nedgangen i antall årsverk har vært høyest i fengslene, med en nedgang på vel 5 prosent fra 2021 til 2023, mens nedgangen i antall årsverk i friomsorgskontorene har vært i underkant av 3 prosent. Det har samtidig vært en oppgang i antall årsverk knyttet til administrasjon, ledelse og fellestjenester på om lag 3 prosent. Årsverk i fengsel utgjorde i 2023 vel 80 prosent av totalt antall årsverk i kriminalomsorgen.

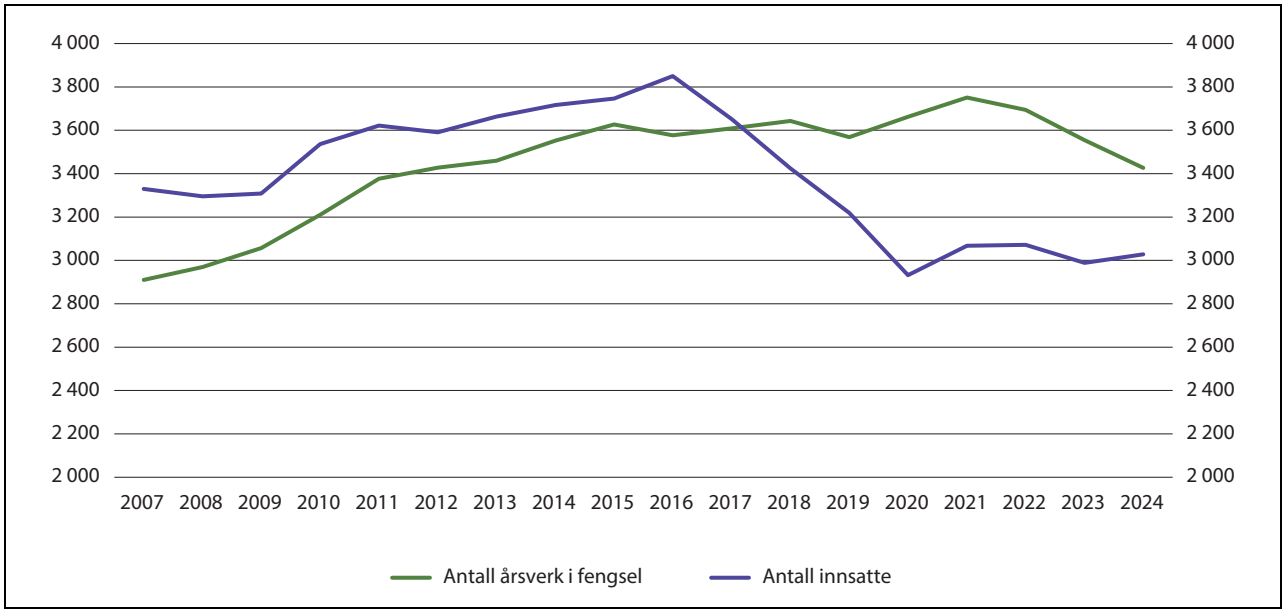
I et lengre perspektiv har antall årsverk i fengsel vært relativt stabilt, mens antall innsatte er redusert. Figur 12.5 viser antall ansatte (årsverk) og antall innsatte i fengsel hvert år i perioden 2007–2024. Det fremgår at antall ansatte årsverk i 2024 er om lag det samme som for ti år siden, samtidig som antall innsatte er redusert med i underkant av 20 prosent. Forholdet mellom antall

Tabell 12.2 Antall årsverk i kriminalomsorgen 2021–2023

	2021	2022	2023
Antall årsverk – fengsel	3 751	3 694	3 555
Antall årsverk – friomsorgskontor	505	502	491
Antall årsverk – administrasjon, ledelse og fellestjenester[1]	368	355	379
Antall årsverk totalt	4 624	4 551	4 425

[1] KDI, IKT, regionadministrasjoner, hundetjenesten, dokumentsenteret, transporttjenesten

Kilde: Kriminalomsorgens årsrapport for 2023



Figur 12.5 Antall ansatte (årsverk) og antall innsatte i fengsel 2007–2024

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

ansattårsverk i fengsel og antall innsatte er dermed noe høyere i 2024 enn det var for ti år siden.

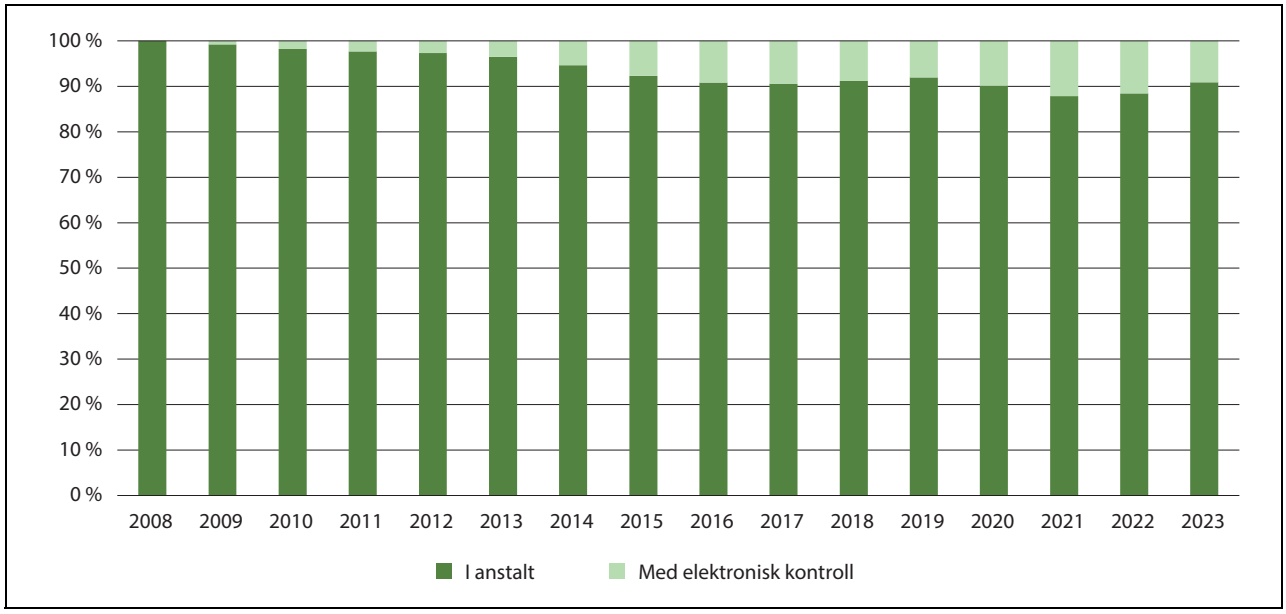
Nedgangen i antall innsatte har blant annet sammenheng med at det fra 2009 gradvis er åpnet for å gjennomføre fengselsdom med elektronisk kontroll utenfor fengsel. Figur 12.6 viser fordelingen av alle med fengselsdom per 1. januar hvert år i perioden 2008–2023, ettersom de gjennomførte fengselsdommen i anstalt eller utenfor fengsel, med elektronisk kontroll. Det fremgår at over tid har andelen som gjennomfører fengselsdom med elektronisk kontroll økt. Av de vel 2 600 personene som per 1. januar 2023 gjennomførte en fengselsdom, gjennomførte om lag 9 prosent (237 personer) fengselsdommen med elektronisk kontroll. Det er fengselsdømte med kortere dommer, for mindre alvorlige forhold, som gjennomfører fengselsdom utenfor fengsel. Det har blitt påpekt fra en rekke hold at denne utviklingen har bidratt til at de som gjennomfører dom i fengsel i dag som gruppe er mer krevende enn for 10–15 år siden. Omfanget av registrerte volds- og trusselhendelser i fengslene, særlig mot ansatte, og økningen i forekomsten av registrerte selvmordsforsøk og hendelser med selvskadinger, kan være en indikasjon på at så er tilfellet. Det vises til nærmere omtale i punkt 13.3.4.

Det bør i denne sammenhengen også tas i betraktning at det i løpet av denne perioden er kanalisert betydelige midler til særskilte formål. Det er blant annet opprettet to ungdomsenheter – Bjørgvin i 2009 og Eidsvoll i 2010. For ungdomsenhetene er det stilt særskilte krav til bemanningen.[12] Håndtering av enkelte innsatte kan også kreve ekstra bemanning med fengselsfaglig bakgrunn.[13] I 2020 ble det opprettet en nasjonal forsterket fellesskapsavdeling (NFFA), som ble satt i drift fra 2023 i forbindelse med gjenåpningen av Ila fengsel og forvaringsanstalt, og i 2025 vil en tilsvarende avdeling for kvinner bli satt i drift ved Skien fengsel. Over tid er det også opprettet til sammen tolv aktiviserings- og ressursteam rettet mot sårbare innsatte som ikke kan delta i fellesskap med andre eller benytte seg av det ordinære aktivitetstilbudet.

Når det opprettes enheter og avdelinger hvor bemanningstettheten er forutsatt å være på et noe høyere nivå enn i den «vanlige» fengselsdriften, kan dette samtidig bidra til at bemanningstettheten i fengslene for øvrig reduseres. Den samme effekten kan til dels opprettelsen av aktiviserings- og ressursteam rettet mot sårbare innsatte ha. Foreløpig er omfanget begrenset, og særskilte tiltak har gjerne vært finansiert med rettede midler. I sum, og over tid, kan tiltak rettet mot særskilte grupper legge beslag på en høyere andel av antall årsverk i kriminalomsorgen totalt sett, samtidig som de gruppene innsatte tiltakene ivaretar utgjør en relativt liten andel av totalt antall innsatte.

[12] Forskrift om straffegjennomføring § 3-1a første ledd.

[13] Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 10a, punkt 3.1.



Figur 12.6 Gjennomføring av fengselsdom i anstalt og med elektronisk kontroll. Prosentvis fordeling 1. januar 2008–2023

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10530

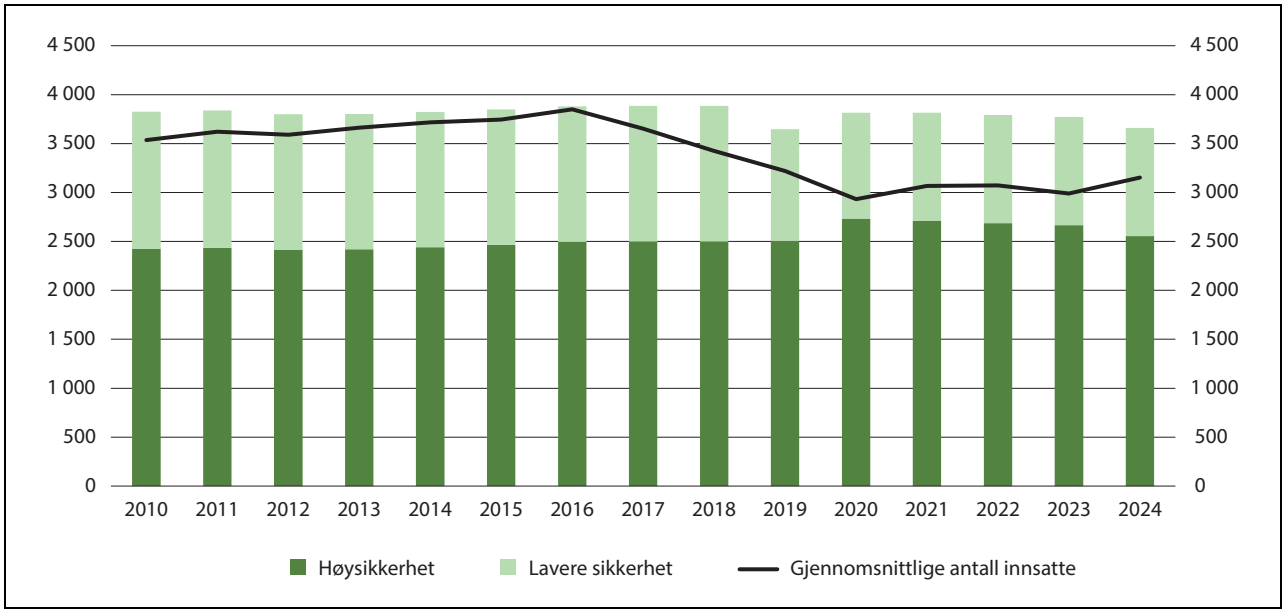
Samtidig som antall årsverk i fengsel er relativt stabilt over siste ti år, selv om det altså har vært en nedgang på om lag 5 prosent de siste tre årene, har det også skjedd en betydelig endring i fordelingen av antall plasser i fengsel med henholdsvis høyt og lavere sikkerhetsnivå, se figur 12.7. Det fremgår at mens det har vært en nedgang på vel 4 prosent i totalt antall plasser i perioden fra 2010 til 2024 sett under ett, har antall plasser i høysikkerhetsfengsler økt med vel 5 prosent, mens antall plasser i fengsler med lavere sikkerhetsnivå er redusert med over 21 prosent. Totalt antall plasser var i 2024 om lag 3 650, fordelt med vel 2 550 plasser i enheter med høyt sikkerhetsnivå og omlag 1 100 plasser i enheter med lavere sikkerhetsnivå. Mens andelen plasser i enheter med lavere sikkerhetsnivå utgjorde nesten 37 prosent av totalt antall plasser i 2010, utgjorde antall plasser i enheter med lavere sikkerhetsnivå vel 30 prosent i 2024. Det bemerkes også at forholdet mellom gjennomsnittlig antall innsatte og total kapasitet – en indikator for kapasitetsutnyttelsen – ser ut til å ha gått noe ned over tid.

En endret fordeling mellom plasser i fengselsenheter med høy og fengselsenheter med lavere sikkerhet påvirker også allokeringen av bemanningsressursene i kriminalomsorgen.

Figur 12.8 viser antall årsverk i fengsel, fordelt på årsverk knyttet til straffegjennomføring inkludert blant annet sikkerhet og fellestjenester (venstre akse) og årsverk knyttet til arbeidsdrift (høyre akse) i perioden 2014–2024. Arbeidsdrift i kriminalomsorgen refererer til de ulike arbeids- og aktivitetstilbudene som tilbys de innsatte i fengslene, og er en sentral del av kriminalomsorgens arbeid for å rehabilitere innsatte og forberede innsatte på et kriminalitetsfritt liv etter løslatelse. Arbeidsdriften inkluderer blant annet arbeid i produksjonsverksteder, daglige aktiviteter som arbeid på kjøkken eller i vaskeri, og utdanning og opplæring i samarbeid med utdannings-/opplæringsinstitusjoner. I noen tilfeller kan innsatte også arbeide utenfor fengselet ved frigang. I løpet av perioden 2014–2024 har antall årsverk knyttet til straffegjennomføring vært ganske stabilt, mens antall årsverk knyttet til arbeidsdriften er redusert med om lag 14 prosent.

Utfordringer knyttet til bemanning i fengslene er ikke kun et spørsmål om begrensninger i budsjett. I følge kriminalomsorgen er det stadig mer utfordrende å erstatte ansatte som slutter. Mellom 2022 og 2023 var det totalt 225 fengselsbetjenter som sluttet i kriminalomsorgen og bare 158 nye fengselsbetjenter som ble ansatt. Dette er første gangen siden Kriminalomsorgsdirektoratet begynte med denne målingen i 2014 at antallet avganger har vært høyere enn antallet ansettelser, selv om det til dels har sammenheng med en omlegging av utdanningen ved KRUS.[14] I følge

[14] Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport 2023,* s. 16.



Figur 12.7 Antall plasser i fengselsenheter med høy og lavere sikkerhet per 1. januar og gjennomsnittlig antall innsatte 2010–2024[1]

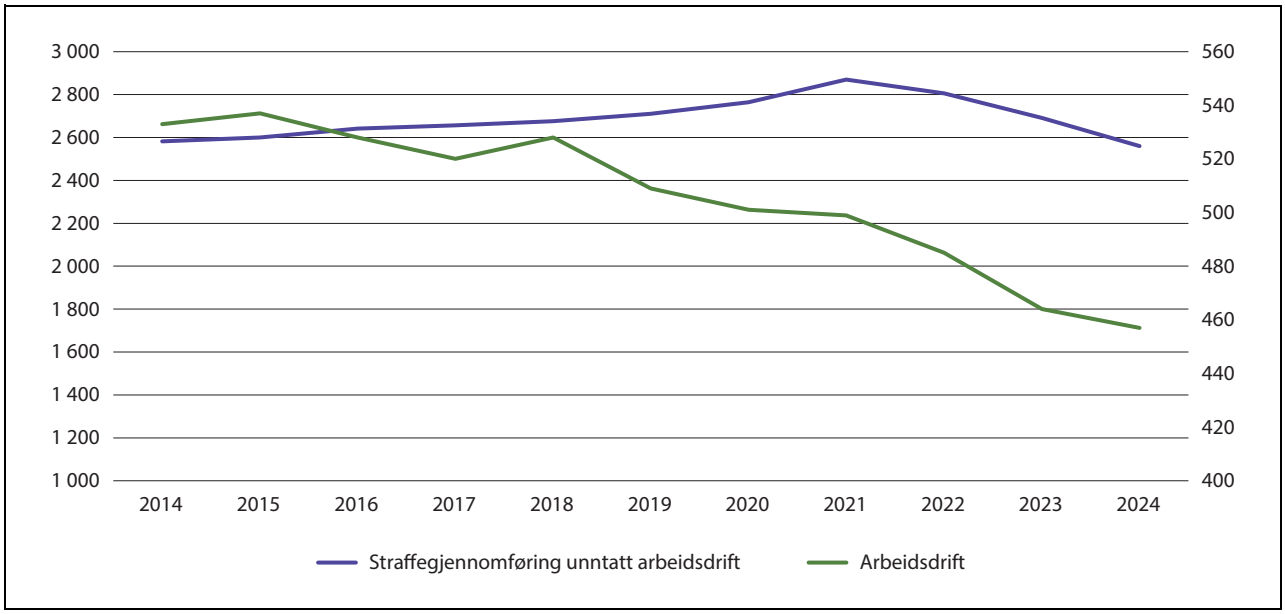
[1] Per november 2024

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

Kriminalomsorgsdirektoratet er det også særlig personer i de yngre aldersgruppene som slutter.

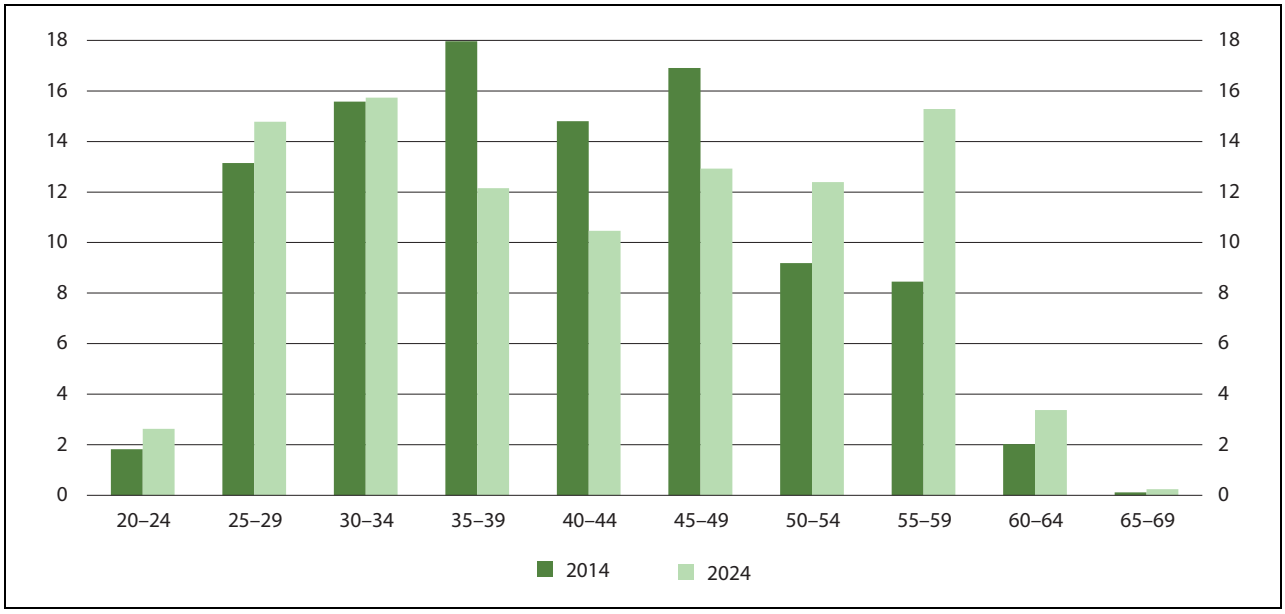
Figur 12.9 viser aldersfordelingen blant fengselsbetjentene i 2014 og 2024. Det fremgår at andelene av fengselsbetjentene i de eldste aldersgruppene er langt høyere i 2024 enn de var i 2014. I 2014 var i underkant av 20 prosent av fengselsbetjentene 50 år og eldre. I 2024 var denne andelen vel 31 prosent.

I Kriminalomsorgsdirektoratets årsrapport for 2023 opplyses det også om at sykefraværet har økt. Siden januar 2022 har det helårlige glidende gjennomsnittet vært på over 10 prosent. Det er særlig langtidsfraværet som har økt. I 2023 lå



Figur 12.8 Antall årsverk straffegjennomføring unntatt arbeidsdriften (venstre akse) og arbeidsdriften (høyre akse). 2014–2024

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet



Figur 12.9 Aldersfordelingen blant fengselsbetjenter. Antall i 5-årige aldersgrupper i prosent av alle ansatte i 2014 og 2024

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

dette i gjennomsnitt på 6,9 prosent, mot 6,1 prosent i 2022.[15]

Det kan settes spesielle krav til utdanningen for å bli ansatt i kriminalomsorgen, jf. straffegjennomføringsloven § 8. Det må ikke være noe å utsette på vandelen til ansatte der, eller til arbeidstakere som utfører arbeid i kriminalomsorgen som ledd i forvaltningssamarbeidet. For å kontrollere om vandelskravet er oppfylt, skal kriminalomsorgen kreve fremlagt uttømmende politiattest. Uttømmende politiattest kan også kreves fremlagt for andre som utfører arbeid for kriminalomsorgen.

For å bli fast ansatt som fengselsbetjent kreves det at personen har gjennomgått og bestått en nærmere definert utdanning som fengselsbetjent, jf. forskrift om straffegjennomføring § 2-2. Det er Kriminalomsorgsdirektoratet som gir forskrift om opptak av aspiranter og om innholdet i fengselsbetjentutdanningen, herunder om avleggelse og gjennomføring av eksamen og prøver.[16] Videre fastsetter direktoratet en rammeplan for utdanningen, som blant annet gir overordnede rammer for utdanningens omfang og innhold, mål for hva utdanningen skal kvalifisere til, arbeidsformer og vurderinger.[17]

12.4 Samarbeid med offentlige etater og frivillige organisasjoner

Både alminnelig fengselsstraff og forvaring har som mål å forebygge framtidig kriminalitet. Innsatte som gjennomfører dom, skal få tilbud om rehabilitering, oppfølging og behandling ut fra individuelle forutsetninger og behov. Dette krever helhetlig oppfølging på tvers av ulike tjenester.

Innsatte i fengsel har rett til helsehjelp, utdanning, trygdeytelser og sosialhjelp på linje med andre, med enkelte modifikasjoner som følge av frihetsberøvelsen. Norsk kriminalomsorg er basert på en importmodell som innebærer at fengselsinnsatte skal motta tjenester fra det samme ordinære tjenesteapparatet som andre innbyggere får slike tjenester fra. Importmodellen skal blant annet sikre at tjenestene til innsatte kvalitetsmessig er på linje med det som andre deler av befolkningen får. Det følger av importmodellen at kriminalomsorgen vanligvis ikke skal utvikle egne tiltak for funksjoner som andre offentlige tjenesteytere står ansvarlige for. Eventuelle særordninger i regi av kriminalomsorgen vil være begrunnet i at eksisterende tjenester av sikkerhetsmessige grunner ikke kan benyttes, eller at de er utilgjengelige.[18]

[15] Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport 2023*, s. 16.

[16] Forskrift om straffegjennomføring § 2-2.

[17] KRUS. (2020). *Rammeplanen for fengselsbetjentutdanningen.*

[18] Meld. St. 39 (2020–2021).

Straffegjennomføringsloven § 4 slår fast at kriminalomsorgen, gjennom samarbeid med andre offentlige etater, skal legge til rette for at innsatte i fengsel får de tjenestene som lovgivningen gir dem krav på. Samarbeidet skal bidra til en samordnet innsats for å dekke den enkeltes behov, og fremme deres tilpasning til samfunnet. Ordningen med forvaltningssamarbeid om offentlige tjenester til innsatte understreker at det er et felles ansvar for flere sektorer og forvaltningsnivåer å forebygge kriminalitet. Foruten å skulle sikre at fengselsinnsatte mottar kvalitetsmessig likeverdige tjenester, bidrar importmodellen blant annet til en åpnere fengselshverdag, ved at ulike profesjoner er til stede og arbeider i fengslene, og til å ivareta normalitetsprinsippet.[19]

Frivillige og ideelle organisasjoner representerer også en viktig samarbeidspart for kriminalomsorgen, både under straffegjennomføringen og i tiden etter løslatelse. De frivillige organisasjonene tilbyr aktivisering for innsatte i fengslene, gjennom blant annet samtalegrupper, kulturtilbud og besøkstjeneste. Organisasjonene spiller også en viktig rolle når det gjelder tilbakeføring til samfunnet, og tilbyr sosiale nettverk, ulike aktiviteter og kan bidra til at innsatte får bolig og kommer i arbeid eller utdanning. Enkelte frivillige organisasjoner har også et tilbud til pårørende av innsatte.

For å bidra til at brukerkompetanse blir benyttet som grunnlag for planlegging, gjennomføring og evaluering av kriminalomsorgen ble det i 2022 etablert et nasjonalt brukerråd i kriminalomsorgen med representanter fra bruker-, offer- og pårørendeorganisasjoner.

De frivillige organisasjonene kan søke tilskudd gjennom *Tilskuddsordning for frivillige og ideelle organisasjoner aktive på kriminalomsorgens virksomhetsområde, post 70-midlene*, som disponeres av Kriminalomsorgsdirektoratet på vegne av Justis- og beredskapsdepartementet. I 2024 fikk 48 organisasjoner tildelt totalt 41 361 402 kroner.

De frivillige organisasjonene skal være et supplement til kriminalomsorgen, og skal ikke være en erstatning for det offentlige ansvaret. I et av innspillsmøtene utvalget arrangerte, nevnte flere organisasjoner at de har opplevd en økende etterspørsel fra kriminalomsorgen i takt med at kriminalomsorgens aktivitetstilbud til innsatte de siste årene har blitt redusert.

[19] Meld. St. 39 (2020–2021).

Kapittel 13
Innsettelse og opphold i fengsel

13.1 Innledning

Straff skal gjennomføres på en måte som tar hensyn til formålet med straffen, som motvirker nye straffbare handlinger, som er betryggende for samfunnet, og som innenfor disse rammene sikrer de innsatte tilfredsstillende forhold.[1] Virksomheten i kriminalomsorgen bygger på de fem pilarene: lovgivers uttalte formål med straffen, et humanistisk menneskesyn, prinsippet om rettssikkerhet og likebehandling, prinsippet om at domfelte har gjort opp for seg når straffen er sonet, og normalitetsprinsippet. Både i utforming av regelverk og i praktisk arbeid skal kriminalomsorgen tilstrebe at målene ikke bare eksisterer på papiret, men fullt ut preger straffegjennomføringen i praksis.[2] Ivaretakelse av sikkerhet og rehabilitering av den innsatte står sentralt i straffegjennomføringen i fengsel.

Straffegjennomføringsloven og tilhørende forskriftsverk gir regler om hvordan forholdene skal være i et fengsel. Reguleringen gjenspeiler ikke fullt ut de krav som ligger i EMK og andre konvensjoner med relevans for straffegjennomføringen. Derfor har også konvensjonene en sentral plass i regelverket på området.

I tillegg til det formelle regelverket, foreligger det ulike internasjonale standarder for hvordan innsatte i fengsel skal ha det. Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene er blant disse. Slike standarder og anbefalinger er ikke rettslig bindende, men de er likevel sentrale, og domstolene ser i noen grad hen til dem i den dømmende virksomheten.

I det følgende beskrives kort noen sentrale elementer i regelverket og praksis om innsettelse og opphold i fengsel. Formålet med beskrivelsen er at den bidrar til å belyse hvilke livsbetingelser innsatte i fengsel har.

[1] Straffegjennomføringsloven § 2.
[2] St.meld. nr. 37 (2007–2008), s. 7.

13.2 Innsettelse i fengsel

13.2.1 Generelt

Livet i fengsel er ganske forskjellig, avhengig av hvilket sikkerhetsnivå fengselet har. Fengsel med høyt sikkerhetsnivå (og avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå) preges av låste dører og liten frihet til å bevege seg fritt rundt, mens fengsel med lavere sikkerhet har mer åpne dører og et mindre institusjonelt preg. Straffegjennomføringsloven med forskrifter gir regler om hvilken type fengsel den enkelte skal innsettes i.

Både domfelte og varetektsinnsatte skal som hovedregel settes inn i fengsel med høyt sikkerhetsnivå.[3] For varetektsinnsatte gjelder dette med mindre påtalemyndigheten eller domstolen bestemmer noe annet.[4]

Hovedregelen om at domfelte skal settes inn i fengsel med høyt sikkerhetsnivå, har praktiske viktige nyanser. Hvis dommen ikke overstiger to år, skal kriminalomsorgen vurdere om den domfelte kan settes direkte inn på lavere sikkerhetsnivå. Dette krever en konkret vurdering av om vedkommende vil klare å gjennomføre straffen der, uten å begå ny kriminalitet, unndra seg straffegjennomføringen eller på annen måte bryte de reglene som gjelder for oppholdet. Vurderingen er ikke helt «fri», siden regelverket sier at det ikke skal besluttes innsettelse på lavere sikkerhetsnivå dersom allmennpreventive hensyn eller hensynet til den alminnelige rettsoppfatning taler imot det.[5] Og selv om dommen og den domfelte i seg selv oppfyller vilkårene for direkte innsettelse i fengsel med lavere sikkerhetsnivå, kan det hende at det ikke er plass der, slik at løsningen likevel må bli innsettelse i fengsel med høyt sikkerhetsnivå.

Når det foreligger særlige og vektige grunner, åpner regelverket for innsettelse på lavere sikker-

[3] Straffegjennomføringsloven § 11 første ledd.
[4] Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 47, punkt 47.1.
[5] Forskrift om straffegjennomføring § 3-4.

hetsnivå også når den idømte straffen er på mer enn to år.[6] Dette kan være aktuelt blant annet for unge domfelte som er i gang med utdanning eller andre positive tiltak som det vil være uheldig å avbryte. Det samme gjelder når det foreligger tungtveiende velferdshensyn, for eksempel at domfeltes barn har et ekstraordinært behov for kontakt, eller den domfelte har en helsemessig utfordring som det vil være vanskelig å ivareta i et fengsel med høyt sikkerhetsnivå. Samtidig sier retningslinjene at det også skal ses hen til om innsettelse på lavere sikkerhetsnivå er forsvarlig ut fra allmennpreventive hensyn og den alminnelige rettsoppfatning.[7]

Domfelte til forvaring settes alltid inn i fengsel med høyt sikkerhetsnivå eller i avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå. Etter forvaringsforskriften § 6 skal gjennomføring av forvaring påbegynnes i en avdeling som er tilrettelagt for forvaringsdømte. Som det beskrives senere i utredningen, er det i dag en utfordring at det er flere forvaringsdømte innsatte enn det er forvaringsplasser.

Det er nedfelt i loven at domfelte, så langt det er praktisk mulig og formålstjenlig, bør plasseres i nærheten av hjemsted.[8] Hensikten er særlig å legge til rette sitt for at den domfelte kan opprettholde kontakt med familie og nærmiljø. Samtidig kan det være andre forhold som får større betydning enn geografisk avstand, for eksempel at menn og kvinner ikke skal være i samme fengselsavdeling, eller at det ikke er plass i et fengsel nærmere hjemstedet.[9] I praksis har dette nærhetsprinsippet derfor begrenset gjennomslagskraft.

13.2.2 Særlig om innsettelse av barn

Barnekonvensjonen gir barn et særskilt vern, og stadfester grunnleggende prinsipper om barnets beste. Barnekonvensjonen artikkel 37 bokstavene b–d regulerer frihetsberøvelse av barn. Barn som har brutt loven, skal ikke utsettes for straff som kan være skadelig. Fengsel skal bare brukes som en siste utvei, og for et kortest mulig tidsrom, og barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn.[10] Barnekonvensjonen gjelder som norsk rett, og de sentrale prinsippene er inntatt også i Grunnloven.

Spørsmålet om en person under 18 år skal dømmes til ubetinget fengselsstraff, vurderes konkret ut fra lovbruddets art og alminnelige prinsipper for straffutmåling, herunder de særskilte reglene og føringene som gjelder for barn. Dersom andre reaksjonsformer er tilstrekkelige og hensiktsmessige, skal disse reaksjonene brukes. Gjelder saken en alvorlig straffbar handling, kan det unntaksvis idømmes ubetinget fengsel også for barn som ikke er straffet tidligere.[11]

Rettspraksis gir flere eksempler på at det er idømt lange tidsbestemte fengselsstraffer for forsettlige eller overlagte drap som er begått av personer under 18 år.[12] Selv om det er utmålt lange fengselsstraffer i disse sakene, er det i alle sakene lagt vekt på lovbryterens alder. For eksempel uttaler førstvoterende i avgjørelsen i Rt. 1992 s. 833 (HR-1992-68-A) at:

> hadde disse forbrytelsene vært begått av voksne mennesker uten at det hadde forligget spesielt formildende omstendigheter, ville det utvilsomt vært aktuelt å anvende lovens strengeste straff. Ut fra forholdene i saken – særlig de domfeltes ungdom, og for piken hennes bakgrunn i hjemmet – må straffen settes lavere.

Barn er ikke ferdig utviklet, og trenger omsorg og nære relasjoner. Når personer under 18 år unntaksvis skal innsettes i fengsel, skal de derfor innsettes i en ungdomsenhet, med mindre barnets behov blir bedre ivaretatt i en annen fengselsavdeling, og dette alternativet vil være til barnets beste.[13] Dersom det vurderes innsettelse av et barn andre steder enn i en ungdomsenhet, skal det innhentes en uttalelse fra det tverretatlige teamet ved en av ungdomsenhetene. Hvis det ikke er mulig å sette barnet i en ungdomsenhet, for eksempel fordi det ikke er plass der, og barnet derfor må innsettes et annet sted, skal den aktuelle fengselsavdelingen så snart som mulig innrettes i tråd med barnets behov og rettigheter.

Kriminalomsorgen har i dag to ungdomsenheter for innsatte – Ungdomsenhet Vest ved Bjørgvin fengsel med fire plasser og Ungdomsenhet Øst ved Romerike fengsel med seks plasser.[14] I til-

---

6 Straffegjennomføringsloven § 11 fjerde ledd.

7 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 11, punkt 11.1.5.

8 Straffegjennomføringsloven § 11 første ledd.

9 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 11, punkt 11.1.1.

10 Barnekonvensjonen artikkel 3.

11 Ot.prp. nr. 90 (2003–2004), s. 435.

12 Rt. 1986 s. 852, Rt. 1992 s. 10, HR-1992-68-A og Rt. 1992 s. 1317.

13 Forskrift om straffegjennomføring § 3-4.

14 Tall per 2024.

legg er det opprettet tre plasser ved Indre Østfold fengsel, Eidsberg avdeling for mindreårige, som kan benyttes i påvente av plass i en ungdomsenhet.[15] Ungdomsenhetene har en tverrfaglig basisbemanning, hvor omtrent halvparten er ansatte med fengselsfaglig bakgrunn og halvparten er tilsatte med miljøterapeutisk, barnefaglig eller annen relevant sosialfaglig bakgrunn.[16] I tillegg til basisbemanningen, etableres et tverretatlig team for å sikre involvering av andre relevante forvaltningsmyndigheter. Oppfølgingen fra et tverretatlige team består blant annet i å sørge for barna får oppfylt sine rettigheter etter opplæringsloven, barneloven og helselovgivningen, og å være pådriver og kontaktpunkt for ulike andre tjenester av betydning under eller etter fengselsoppholdet.

Ungdomsenhetenes funksjon er ikke begrenset til de fysiske ungdomsenhetene. Ved behov kan teamene der bistå øvrige fengsler med veiledning og tilrettelegging når barn unntaksvis skal innsettes i et ordinært fengsel. Slike fengsler vil i utgangspunktet ikke ha den bemanningen og flerfaglige tilnærmingen som barn i fengsel trenger. Statens forpliktelser til å verne om barnets personlige integritet og utvikling består imidlertid uavhengig av om barnet innsettes i en ungdomsenhet eller et ordinært fengsel.

Ungdomsenhetene er i utgangspunktet forbeholdt innsatte inntil 18 år. Samtidig kan overgangen til et ordinært fengsel ved fylte 18 år være svært krevende for så unge innsatte. Etter en konkret vurdering kan derfor også ungdom inntil 20 år være i ungdomsenheten hvis det er et særlig behov, og kapasiteten i enheten tillater det.

13.2.3 Særlig om innsettelse av kvinner

Kvinner i fengsel skal være adskilt fra mannlige innsatte. Begrunnelsen for dette er særlig å redusere risikoen for at noen utsettes for uønsket seksuell oppmerksomhet eller press om å selge seksuelle tjenester, utnytting, trakassering eller vold. Det tilstrebes at kvinner skal være i egne fengsler, men av kapasitetsgrunner har noen fengsler både kvinnelige og mannlige innsatte.

I dag er Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, og Telemark fengsel Skien avdeling, fengsler med høyt sikkerhetsnivå bare for kvinner. På grunn av bygningsmessige svakheter er avdelingen på Bredtveit med høyt sikkerhetsnivå for tiden flyttet til Romerike fengsel Ullersmo avdeling, hvor det er etablert en egen post for kvinnelige innsatte adskilt fra mannlige innsatte.[17] Bredtveit fengsel avdeling B2 og Ravneberget fengsel er fengsler med lavere sikkerhetsnivå, kun for kvinner. I tillegg finnes det tilrettelagte boenheter og overgangsboliger med lavere sikkerhetsnivå, dels bare for kvinner og dels for både kvinner og menn.

De to nevnte ungdomsenhetene tar imot innsatte under 18 år uavhengig av kjønn.

13.2.4 Overføring mellom fengsler

Straffegjennomføringsloven § 14 gir regler for overføring av innsatte mellom fengsler. Både forhold ved den enkelte og mer praktiske forhold (ombygginger mv.) kan begrunne overføring fra et fengsel til et annet. Som hovedregel skal domfelte ikke overføres til et mer restriktivt fengsel enn det som er nødvendig. Også den domfeltes eget ønske kan danne grunnlag for en overføring.

Ett av idealene for straffegjennomføringen er at den domfelte gradvis skal få mer frihet, slik at overgangen mellom fengsel og frihet ikke blir større enn nødvendig. Med en gradvis prosess kan den domfelte bli bedre forberedt på å takle de mulighetene og utfordringene som vil ligge der etter løslatelsen, og risikoen for ny kriminalitet reduseres. Domfelte i fengsel med høyt sikkerhetsnivå som har gjennomført en del av straffen, kan derfor etter nærmere regler overføres til et fengsel med lavere sikkerhetsnivå. Siden tilværelsen er langt friere i et fengsel med lavere sikkerhetsnivå, vil sikkerhetsmessige betraktninger stå sentralt i vurderingen. Kriminalomsorgen skal vurdere overføring til fengsel med lavere sikkerhetsnivå når det gjenstår ett år til innsatte kan løslates på prøve. Forvaringsforskriften kapittel 3 har egne regler om overføring av forvaringsdømte til andre fengsler eller mindre restriktive gjennomføringsformer.

13.3 Opphold i fengsel

13.3.1 Statisk og dynamisk sikkerhet

Kriminalomsorgen skal sørge for sikkerheten ved fengselsdriften. Dette har mange aspekter. For det første skal opphold i fengsel beskytte resten av samfunnet mot nye lovbrudd fra de innsattes side. Kriminalomsorgen må derfor sørge for at de innsatte ikke forlater fengselet uten at det er gitt tillatelse til det. Videre skal de innsatte beskyttes mot hverandre, og ansatte skal beskyttes mot de

[15] Kriminalomsorgen. (2024). *Ungdomsfengsel*.
[16] Forskrift om straffegjennomføring § 3-1a første ledd.
[17] Kriminalomsorgen. (2024). *Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt.*

innsatte. I tillegg skal både innsatte og ansatte beskyttes også mot personer utenfra som kan ønske å angripe eller påvirke fengselsdriften, enten alene eller i samarbeid med innsatte. Det finnes også ytterligere risikofaktorer som kriminalomsorgen må ivareta, herunder å sikre at innsatte ikke utsettes for maktmisbruk fra ansatte, og at innsatte i noen situasjoner må beskyttes mot seg selv.

Sikkerheten i et fengsel ivaretas gjennom både statiske og dynamiske sikkerhetstiltak. Statisk sikkerhet er fysiske sikkerhetstiltak i form av mur og gjerder, låste dører, gitter, kamera med videre, og undersøkelser av arealer og personer. Dynamisk sikkerhet er den sikkerhetsmessige gevinsten som oppnås ved at det er kontakt, samhandling og mellommenneskelige relasjoner mellom innsatte og ansatte i fengselet. Samtaler og felles måltider for ansatte og innsatte er eksempel på rutiner som bidrar til den dynamiske sikkerheten.

Straffegjennomføringsloven har en rekke bestemmelser om sikkerhetsmessige tiltak. De senere årene har det særlig vært oppmerksomhet mot lovens § 28, som sier at kriminalomsorgen kan «undersøke innsatte, deres rom og eiendeler for å forebygge uorden eller straffbar handling. Undersøkelsen kan skje ved bruk av teknisk utstyr eller hund, visitasjon eller kroppsvisitasjon». På bakgrunn av denne bestemmelsen gjennomførte kriminalomsorgen tidligere rutinemessig kroppsvisitasjon av innsatte i fengsel med høyt sikkerhetsnivå. Kroppsvisitasjon ble gjennomført før og etter besøk og utganger fra fengselet, og gikk ut på at den innsatte måtte kle av seg og sette seg ned i dyp knebøy, slik at anus ble eksponert. Denne praksisen ble tema i rettssaker om varetektsfradrag. I mars 2024 avsa Høyesterett i storkammer en dom som konstaterer at kroppsvisitasjoner med dyp knebøy er særlig inngripende, og den praksis man hadde hatt for slike visitasjoner innebar en overtredelse av EMK artikkel 3.[18] På dette tidspunktet hadde kriminalomsorgen endret sin praksis – det skjedde etter at Gulating lagmannsrett i 2020 kom til at den var rettsstridig.[19]

13.3.2 Aktivitet

Kriminalomsorgen skal legge forholdene til rette for at den domfelte skal kunne gjøre en egen innsats for å motvirke nye straffbare handlinger.[20] For domfelte skal innholdet i fengselsoppholdet bygge på den enkeltes individuelle behov og forutsetninger. Domfelte skal motiveres til å arbeide målrettet for å gjennomføre straffen på en måte som reduserer faren for tilbakefall til kriminalitet.[21] Så vidt mulig, skal det det være en gradvis overgang fra fengsel til full frihet for den enkelte.

Straffegjennomføring bygger på et normalitetsprinsipp. Dette betyr at hverdagen i fengsel så langt mulig skal tilsvare hverdagen ellers i samfunnet. Domfelte har aktivitetsplikt, og aktiviteten kan bestå i ulike former for arbeid, opplæring, program eller andre tiltak som er egnet til å motvirke ny kriminalitet. Domfelte kan ikke pålegges å delta i opplæring, programmer eller behandling mot sin vilje – alternativet er å arbeide.[22] Innholdet i aktiviteten kan endres hvis det blir nødvendig, for eksempel av sikkerhetsmessige eller bemanningsmessige grunner. Under sykdom eller uførhet kan aktivitetsplikten falle bort.[23]

Varetektsinnsatte har ikke en tilsvarende aktivitetsplikt, men skal etter regelverket få tilbud om aktiviteter så langt det er forenlig med grunnlaget for fengslingen. Aktivitetene skal søkes lagt til rette etter den innsattes forutsetninger.[24]

Kriminalomsorgen bruker et særskilt verktøy – BRIK (Behov- og ressurskartlegging i kriminalomsorgen) – for å kartlegge domfeltes situasjon og behov. Ved behov for utdanning eller andre typer velferdstjenester, skal kriminalomsorgen videreformidle behovet til de tjenestene som har ansvar for den aktuelle typen tjenester (forvaltningssamarbeidspartnere). I tillegg til aktiviteter på dagtid, skal kriminalomsorgen legge til rette for at innsatte får mulighet til å delta i aktiviteter på fritiden, herunder mulighet for fysisk aktivitet og kulturell virksomhet.

Det er omfattende restriksjoner for bruk av mobiltelefon og andre digitale kommunikasjonsverktøy i fengsel, og særlig i fengsel med høyt sikkerhetsnivå. Slikt utstyr kan i utgangspunktet bare brukes i forbindelse med arbeid, undervisning eller lignende når dette vurderes som ubetenkelig og formålstjenlig ut fra lokale forhold. I fengsel med høyt sikkerhetsnivå er mulighetene av sikkerhetsmessige grunner mer begrenset enn i fengsel med lavere sikkerhetsnivå.

---

18 HR-2024-551-S. Helt konkret gjaldt saken praksis i Bergen fengsel.

19 LG-2019-161767.

20 Straffegjennomføringsloven § 3 første ledd.

21 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 3, punkt 3.2.

22 Forskrift om straffegjennomføring § 3-12 første ledd.

23 Straffegjennomføringsloven § 3 tredje ledd.

24 Forskrift om straffegjennomføring § 1-4.

13.3.3 Innsattes kontakt med pårørende og andre utenfor fengselet

Innsattes måte å ha kontakt med omverdenen på mens de er inne i fengselet, er gjennom postsending, telefonkontakt og besøk. Hovedregelen er at innsatte skal kunne sende og motta post, ringe og motta besøk mens de er i fengsel. De senere årene er det også lagt til rette for at innsatte i noen grad kan ha videosamtaler med personer utenfor fengselet. For varetektsinnsatte kan retten ha besluttet restriksjoner i den innsattes adgang til å ha kontakt med andre.

Adgangen til å sende og motta post, ringe og motta besøk er regulert i straffegjennomføringsloven §§ 30 følgende og forskrifter. Graden av restriksjoner og kontroll varierer blant annet med fengselets sikkerhetsnivå. Det er et viktig prinsipp at innsattes samtaler med en advokat eller offentlig myndighetsrepresentant ikke kan avlyttes eller tas opp.[25]

Innsattes adgang til å ringe til noen utenfor fengselet er regulert i straffegjennomføringsloven § 32. Den slår for det første fast at innsatte skal kunne telefonere hvis ikke annet følger av bestemmelsen. Innsatte i fengsel med høyt sikkerhetsnivå har som hovedregel adgang til å ringe inntil 30 minutter per uke.[26] I fengsel med lavere sikkerhetsnivå og overgangsboliger gjelder ikke den samme tidsbegrensningen.[27]

Videre gir straffegjennomføringsloven § 32 regler om kontroll av innsattes telefonsamtaler. Blant annet angir bestemmelsen at telefonsamtaler til og fra innsatte i fengsel med høyt sikkerhetsnivå skal kontrolleres, men at kontroll kan unnlates dersom sikkerhetsmessige grunner ikke taler imot det. Etter en undersøkelse av hvordan kriminalomsorgen praktiserer reglene om telefonkontroll, kom Sivilombudet i en uttalelse i 2022 til at praksis med rutinemessig kontroll av samtaler til og fra de aller fleste innsatte ikke var i samsvar med innsattes rettigheter etter EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102, og at lovens bestemmelse om telefonkontroll ikke oppfyller kravet til hvordan en hjemmel for kontrollordningen må være utformet. I februar 2023 ga Justis- og beredskapsdepartementet nye, midlertidige føringer om telefonkontroll. I disse føringene ble det fastsatt at for personer som er innsatt for mer enn tre måneder siden, skal telefonkontroll bare finne sted når dette er nødvendig og forholdsmessig.[28] Senere har Høyesterett vurdert spørsmålet om straffegjennomføringsloven § 32 som hjemmel for telefonkontroll annerledes enn det Sivilombudet gjorde i 2022.[29] Når et arbeid med å endre kriminalomsorgens retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 32 er fullført, vil departementet oppheve de midlertidige føringene for telefonkontroll.[30]

Etter loven skal innsatte også kunne motta besøk. «Normalen» er ett besøk av én times varighet per uke, men det varierer noe mellom fengslene hvor langvarige besøkene kan være. Besøkene gjennomføres vanligvis på egne besøksrom, og noen fengsler har også egne besøkshus eller leiligheter hvor familiemedlemmer kan være sammen over litt tid, for eksempel en helg dersom den innsatte er under 18 år.

Barns rett til samvær med sine foreldre skal vektlegges særskilt under gjennomføringen av fengselsstraff og forvaring, jf. straffegjennomføringsloven § 3 andre ledd. Fengselet skal legge forholdene til rette for at besøk av barn kan gjennomføres på en skånsom måte.[31] Når innsatte har barn skal utvidet besøkslengde og -hyppighet vurderes dersom besøk er til barnets beste.[32] Det kan også innvilges utvidet telefontid for å opprettholde kontakten med barn.[33] Kriminalomsorgen skal ha en barneansvarlig ved alle enheter.[34] Denne skal koordinere kriminalomsorgens arbeid overfor pårørende som er under 18 år, og sikre barneperspektivet.

Selv om innsatte i utgangspunktet skal settes inn i fengsel så nært hjemstedet som mulig, vil pårørende i mange tilfeller ha lang reisevei til fengselet. For innsatte i ungdomsenhetene innvilges det reisestøtte for besøkende, men det er ikke etablert noen tilsvarende ordning for innsatte andre steder. Dette betyr at det er pårørende som dekker utgiftene til reise og eventuelt opphold, uansett hvor langt unna hjemstedet den innsatte plasseres. For noen kan dette begrense muligheten til å opprettholde kontakt.

---

25 Straffegjennomføringsloven § 32 sjette ledd.

26 Innsatte med barn innvilges noe mer kontakt enn andre.

27 Forskrift om straffegjennomføring § 3-29 andre ledd.

28 Brev av 1. februar 2023 fra Justis- og beredskapsdepartementet til Kriminalomsorgsdirektoratet.

29 HR-2024-775-A.

30 Brev av 9. oktober 2024 fra Justis- og beredskapsdepartementet til Kriminalomsorgsdirektoratet.

31 Straffegjennomføringsloven § 31 syvende ledd.

32 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 31, punkt 31.10.

33 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 32, punkt 32.7.

34 Forskrift om straffegjennomføring § 1-3.

13.3.4 Tilgang til fellesskap i fengselet. Utelukkelse og bruk av tvangsmidler

Så langt det er praktisk mulig og sikkerhetsmessig forsvarlig, skal innsatte ha tilgang til fellesskap med andre innsatte under arbeid, opplæring, program eller andre tiltak, og i fritiden.[35] Om natten skal alle innsatte være i enerom hvis ikke helsemessige forhold eller plassmangel er til hinder for det.[36]

Etter nærmere angitte vilkår kan innsatte i noen tilfeller utelukkes fra fellesskap. Utelukkelse kan være aktuelt enten på grunn av forhold ved den innsatte, eller på grunn av bygnings- eller bemanningsmessige forhold i fengselet. Forhold ved den innsatte kan være at den innsatte utøver vold eller opptrer truende i fellesskapet, og at utelukkelse derfor anses nødvendig av sikkerhetsmessige grunner. Utelukkelse krever et formelt vedtak, og tiltaket må være nødvendig.[37] Loven oppstiller også øvrige krav, blant annet om tilsyn med innsatte som er helt utelukket, og til overprøving av utelukkelser som går over tid. Den angir også en særskilt høy terskel for å utelukke innsatte under 18 år fra fellesskap. For øvrig har loven egne regler om begrensninger i fellesskapet for innsatte i en særskilt tilrettelagt avdeling, herunder forvaringsavdelinger.[38]

Det norske regelverket definerer ikke hvor mye fellesskap innsatte skal ha, «hvor lite» fellesskap innsatte kan ha før vedkommende skal anses som utelukket, eller et minimum for hvor mye mellommenneskelig kontakt innsatte må få tilgang til. I praksis beror spørsmålet om når en innsatt anses utelukket fra fellesskapet, i noen grad på hva som er «normalt» (dagsorden) i det aktuelle fengselet eller den aktuelle fengselsavdelingen. Straffegjennomføringsloven nevner «isolasjon» i enkelte bestemmelser, men den definerer ikke nærmere hva isolasjon i denne lovens forstand er. At en innsatt er utelukket fra fellesskap med andre innsatte, medfører ikke nødvendigvis at vedkommende er isolert, i betydningen uten meningsfylt menneskelig kontakt med andre mennesker. Også kontakt med ansatte og besøk kan være meningsfylt menneskelig kontakt. I praksis vil imidlertid utelukkelse fra fellesskap med andre innsatte innebære en ekstra risiko for at den innsatte får lite kontakt med andre mennesker.

Etter omstendighetene kan isolasjon og fravær av fellesskap innebære brudd på menneskerettighetene. Uavhengig av hva som ligger i straffegjennomføringsloven, må innsatte sikres tilstrekkelig meningsfylt kontakt med andre mennesker til at forholdene ikke innebærer tortur eller annen umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff.

Internasjonale standarder anbefaler at innsatte skal kunne tilbringe minst åtte timer utenfor cella hver dag.[39] Mandela-reglene definerer isolasjon som det å være innelåst i en fengselscelle mer enn 22 timer i døgnet uten meningsfylt menneskelig kontakt. Etter denne standarden skal isolasjon kun skje i ekstraordinære tilfeller som en siste utvei, og ikke utover 15 sammenhengende dager.

I motsetning til det norske regelverket, setter danske og svenske regler begrensninger for hvor lang innlåsingsperioden i fengselet kan være, og for når fengselet kan settes i nattstilling. Både i svenske og danske fengsler må innlåsingsperioden være innenfor et nærmere angitt tidsrom. Ved fengsler med høyt sikkerhetsnivå kan ikke innlåsingen vare mer enn 14 timer i svenske fengsler, og ikke mer enn 12 timer i danske fengsler. Ved fengsler med lavere sikkerhetsnivå kan innlåsingen ikke vare mer enn 11 timer i både svenske og danske fengsler.

I 2019 fremla Sivilombudet (den gangen Sivilombudsmannen) en særskilt melding om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler.[40] Meldingen ble avgitt på bakgrunn av en rekke besøk til fengsler med høyt sikkerhetsnivå i perioden 2014 til 2018. I den særskilte meldingen påpekte Sivilombudet blant annet at:

- Det er store svakheter ved myndighetenes styring av fengslenes bruk av isolasjon, og alvorlig svikt i kvaliteten på styringsinformasjonen.
- At omfanget av isolasjon i fengslene er omfattende.
- Svak oppfølging av innsatte som blir isolert.
- Innsatte med store psykiske helseutfordringer sitter isolert under kritikkverdige forhold i uker, måneder, og i noen tilfeller flere år.
- Det mangler lovgivning og sentrale føringer om ansattes oppfølging av og tilsyn med isolerte innsatte, og om helsepersonells oppfølging av isolerte innsatte

---

35 Straffegjennomføringsloven § 17 og forvaringsforskriften § 13.

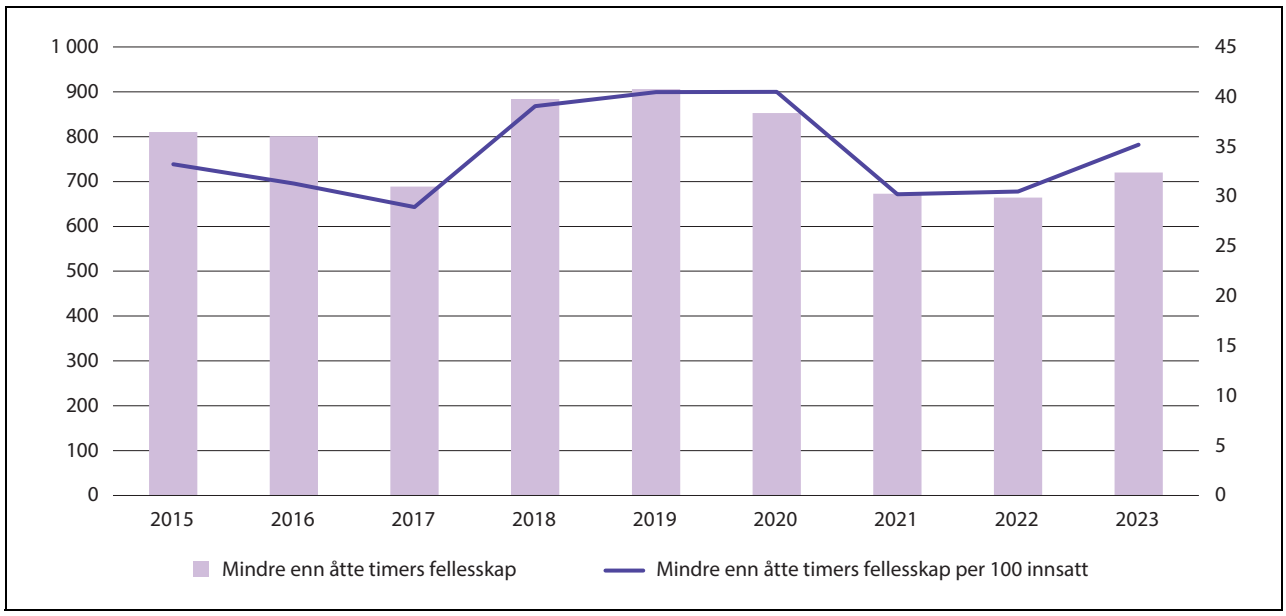
36 Straffegjennomføringsloven § 17 første ledd.

37 Straffegjennomføringsloven § 37 er den sentrale bestemmelsen om utelukkelse fra fellesskap. Utelukkelse etter §§ 39 og 40 har mindre betydning i praksis, og er foreslått opphevet i et høringsnotat av februar 2023 fra Justis- og beredskapsdepartementet.

38 Straffegjennomføringsloven § 17 andre ledd.

39 Anbefaling blant annet fra Europarådets torturforebyggingskomité (CPT).

40 Sivilombudet. (2019). *Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler.*



Figur 13.1 Innsatte i fengsler med høyt sikkerhetsnivå som har mindre enn åtte timer utenfor cellen. Antall (venstre akse). Rate per 100 (høyre akse) 2015–2023

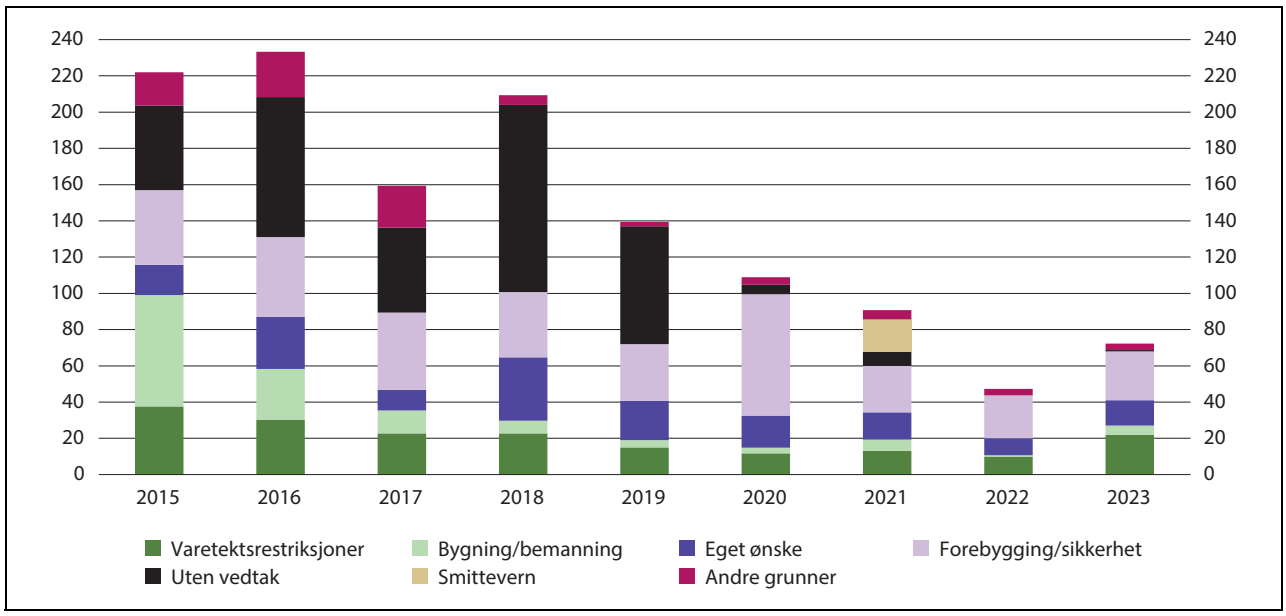
[1] Basert på tre dagsmålinger gjennom året i fengsler med høyt sikkerhetsnivå
Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

- Det er også klare mangler i helsepersonells kompetanse om skadevirkninger av mangel på menneskelig kontakt, og manglende kompetanse om oppfølging for å forebygge eller avhjelpe slike skader.
- De eksisterende ordningene for myndighetenes kontroll med bruken av isolasjon har store svakheter. Særlig nevnes at tilsynsrådene ikke har et tilstrekkelig klart mandat, ressurser eller kompetanse til å sikre et systematisk og jevnlig tilsyn for å kunne ivareta innsattes rettssikkerhet.

Avslutningsvis i den særskilte meldingen bemerket Sivilombudet at de funnene som ble presentert i meldingen tegner et alvorlig bilde av bruken av isolasjon i norske fengsler, og at det er en betydelig risiko for at isolerte blir utsatt for umenneskelig og nedverdigende behandling. Sivilombudet anbefalte blant annet at det sikres pålitelige og offentlig tilgjengelige data over omfanget av isolasjon, at det etableres en norsk standard som sikrer at innsatte hver dag har mulighet til å tilbringe minst åtte timer i sosialt fellesskap med meningsfylte aktiviteter, at straffegjennomføringsloven får nye regler med mer konkrete begrensninger for hvor lenge en innsatt kan være isolert, at tilsynsordningen styrkes, at det etableres faglige retningslinjer for å sikre en forsvarlig oppfølging av innsatte som er isolerte, revidere den nasjonale veilederen for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, lovfeste helsetjenestens ansvar for å følge opp isolerte, og at det utarbeides en plan for nedstenging eller tilpassing av alle fengselsavdelinger som ikke er tilrettelagt for fellesskap.

Senere er det vedtatt nye regler om et nasjonalt tilsynsråd for kriminalomsorgen, og departementer og direktorater har arbeidet med ulike elementer i anbefalingene fra Sivilombudet. I 2023 hadde Justis- og beredskapsdepartementet på høring et forslag til endringer i reglene om fellesskap, utelukkelse og bruk av tvangsmidler i kriminalomsorgen, men foreløpig er det ikke fremmet forslag til lovendringer om dette. Kriminalomsorgen har gjennomført tiltak for å styrke tilgangen til fellesskap og meningsfylt menneskelig kontakt. Blant annet er det etablert aktiviserings- og ressursteam som skal sørge for at innsatte som i utgangspunktet har lite kontakt med andre, får et visst minimum av sosial aktivisering.

Kriminalomsorgen gjennomfører dagsmålinger for status for utelukkelse og innsattes tilgang til fellesskap. Figur 13.1 viser antall innsatte i fengsler med høyt sikkerhetsnivå med mindre enn åtte timer utenfor cellen hver dag. Figuren er basert på tre dagsmålinger gjennom året. I 2022 hadde i gjennomsnitt 664 innsatte mindre enn åtte timer utenfor cellen. I 2023 var antallet økt til 720.



Figur 13.2 Innsatte med tilgang til fellesskap mindre enn to timer i døgnet – omfang og grunnlag 2015–2023[1]

[1] Basert på tre dagsmålinger gjennom året i fengsler med høyt sikkerhetsnivå
Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

Figur 13.2, som også er basert på dagsmålinger i fengsel med høyt sikkerhetsnivå, viser antall innsatte som på måletidspunktene hadde tilgang til fellesskap med andre innsatte i mindre enn to timer i døgnet. Basert på tre slike dagsmålinger i 2023, gjaldt dette i gjennomsnitt 72 innsatte. Dette var en økning fra 2022, da det i gjennomsnitt var 47 innsatte som hadde mindre enn to timers fellesskap med andre innsatte i døgnet. Det fremgår også at en vesentlig årsak til den totale økningen i antall innsatte som var utelukket fra fellesskapet fra 2022 til 2023, var at flere varetektsinnsatte ble ilagt restriksjoner av retten.

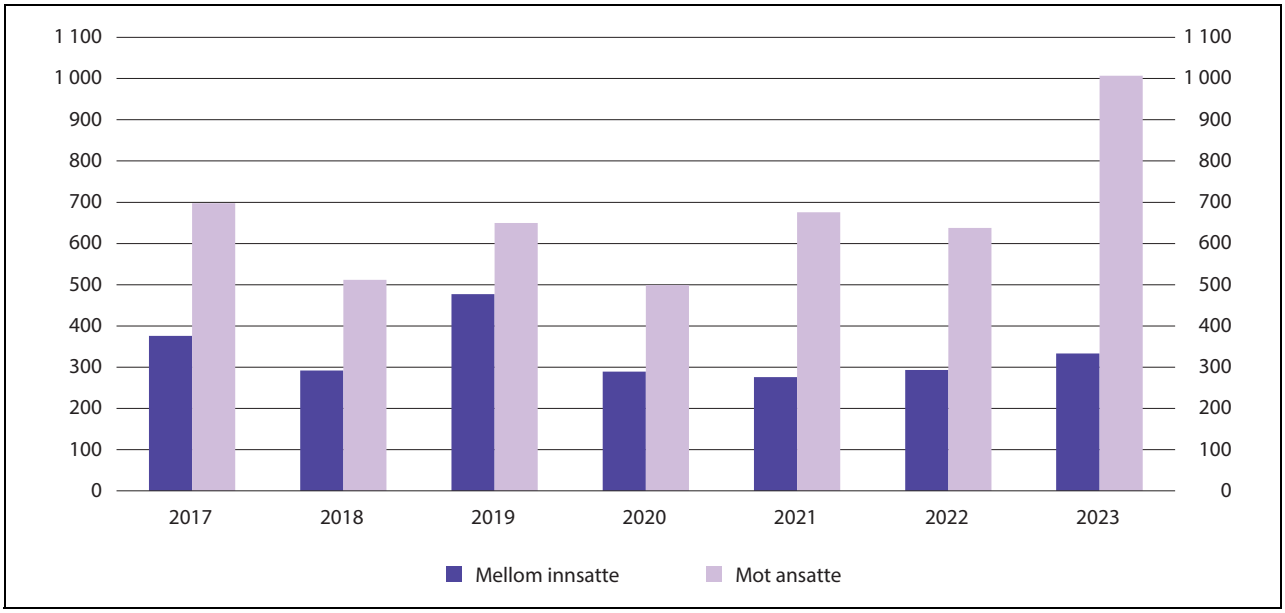
Det har også vært en liten økning i antall innsatte som er utelukket fra fellesskapet for å ivareta sikkerheten. Dette tallet omfatter både utelukkelser for å forebygge skade mv., og utelukkelser med bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetsseng. Bygnings- og bemanningsmessige forhold ligger bak en liten del av de tilfellene av utelukkelse som er registrert i målingene. Perioden fra 2015 til 2023 sett under ett, har det vært en betydelig nedgang i antall innsatte som har vært utelukket fra fellesskapet etter denne definisjonen. En stor del av nedgangen skyldes at utelukkelser uten vedtak er redusert.

Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) gjennomførte i mai 2024 besøk til et utvalg norske fengsler og andre institusjoner hvor mennesker som er frihetsberøvet opphol-

der seg. I CPTs rapport fra dette besøket, uttales det blant annet:[41]

> As during previous visits, as concerns prisons, no allegations of physical ill-treatment of prisoners by staff were received by the CPT. On the contrary, the Norwegian prison system continued to benefit from generally skillful and motivated staff, who appear to know the prisoners, following the principles of dynamic security. The material conditions in the prisons visited were mostly excellent, as was the case during previous visits. Most of the prisoners, by far, had work or followed education. However, the CPT noted that the pressure on the prison system resulting from a decreasing budget and difficulties to attract and to retain staff, created difficulties in offering a meaningful regime: in several prisons visited work schedules became irregular and subject to unexpected interruptions and there was economising on education. As to prisoners excluded from company or under court-ordered isolation, they still spend up to 22 hours alone in their cells, as documented in reports on previous CPT visits. Although in the prisons visited 'activity teams' had been appointed to engage with these prisoners,

[41] Europarådets torturforebyggingskomité. (2024). *Report to the Norwegian government om the CPT visit to Norway carried out from 21 to 31 May 2024*, datert 3. desember 2024.



Figur 13.3 Volds- og trusselhendelser i fengsel. 2017–2023

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

> which is a positive development appreciated by the prisoners, in the Committee's view, the regime of prisoners subjected to exclusion or court-ordered isolation remained too restrictive and without sufficient meaningful human contact. There remains a considerable prevalence of self-harm in Norwegian prisons, exacerbated by limited access to mental health facilities and a lack of appropriate facilities within Norwegian prisons.

Det kan være en gjensidig sammenheng mellom de generelle forholdene i fengselet, og behovet for å utelukke innsatte eller benytte tvangsmidler. For eksempel kan volds- og trusselhendelser medføre at enkelte innsatte må utelukkes fra fellesskapet, samtidig som mye utelukkelse kan medføre aggresjon, som i sin tur resulterer i nye volds- og trusselhendelser.

Figur 13.3 viser utviklingen i registrerte volds- og trusselhendelser i fengslene, både mellom innsatte og mot ansatte, fra 2017 til 2023. Det fremgår at antall volds- og trusselhendelser mot ansatte i 2023 var over 40 prosent høyere enn i 2017, mens antall volds- og trusselhendelser mellom innsatte i 2023 var om lag 10 prosent lavere enn i 2017.

Figur 13.4 viser årlig antall selvmord og selvmordsforsøk (venstre akse) og tilfeller av selvskading (høyre akse) registrert i norske fengsler i perioden 2018–2023. Det fremgår at antall registrerte selvmordsforsøk er om lag tredoblet, og antall registrerte selvskadinger om lag firedoblet fra 2018 til 2023. Antall selvmord hvert år, har variert. Gjennomsnittlig ble det i perioden 2018–2023 begått 5 selvmord i norske fengsler hvert år.

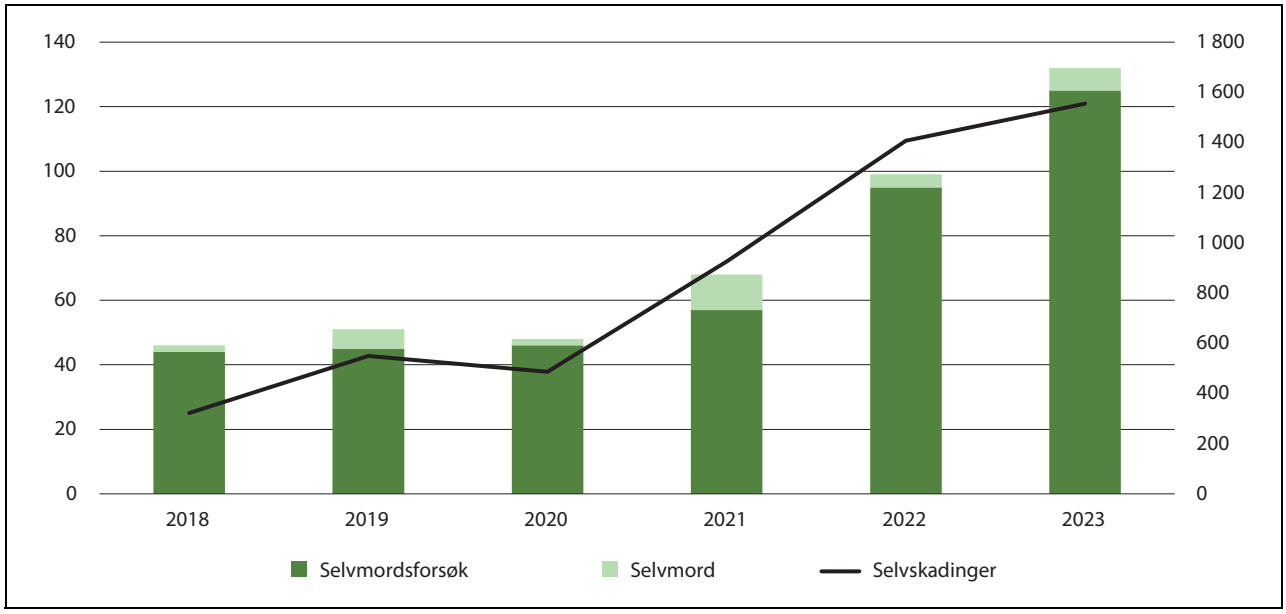
I situasjoner med fare for alvorlige angrep eller skade på person eller eiendom, kan kriminalomsorgen etter nærmere vilkår sette en innsatt i sikkerhetscelle eller legge vedkommende i sikkerhetsseng (belteseng).[42] I så tilfelle vil innsatte både utelukkes fra fellesskapet og utsettes for en av tvangsmidlene.

Figur 13.5 viser årlig antall rapporterte tilfeller av bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetsseng i perioden 2014–2023. Figuren viser at bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetsseng varierer noe fra år til år, men lå i 2023 om lag på samme nivå som gjennomsnittet i 10-årsperioden. Bruken av sikkerhetsseng var betydelig større i 2022 og 2023 enn i årene før.

13.3.5 Særlig om fengselsopphold for innsatte under 18 år

Personer under 18 år som må i fengsel, skal i utgangspunktet settes inn i en av kriminalomsorgens ungdomsenheter. Hvis barnet må innsettes i et annet fengsel, skal forholdene der tilrettelegges slik at barnets behov og rettigheter blir ivaretatt. Hvis det foreligger en personundersøkelse, skal innholdet der ha betydning for vurderingen av hva som trengs. Det tverretatlige teamet ved en ung-

[42] Straffegjennomføringsloven § 38.



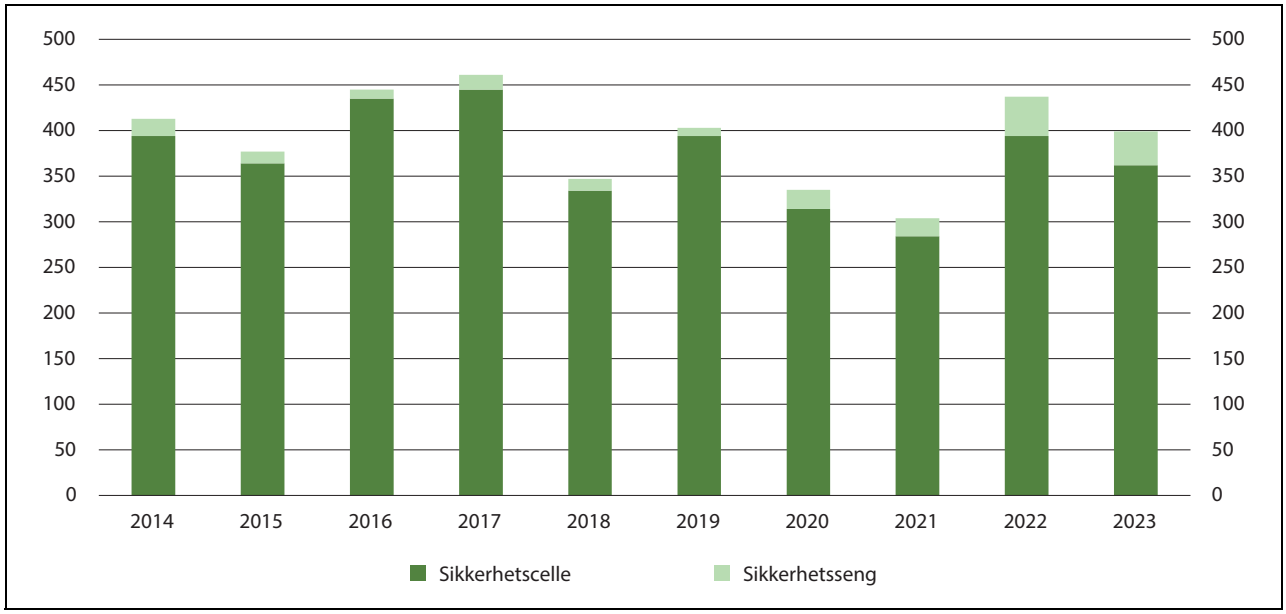
Figur 13.4 Antall selvmord, selvmordsforsøk (venstre akse) og selvskadinger (høyre akse) registrert i norske fengsler. 2018–2023

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

domsenhet skal kontaktes for å bistå med tilretteleggingen.[43]

Ungdomsenhetene skal samarbeide nært med andre relevante tjenester. Det følger av barnevernsloven § 15-10 andre ledd at når barn under 18 år sitter i varetekt eller gjennomfører fengselsstraff, skal barnevernstjenesten holde jevnlig kontakt med kriminalomsorgen og barnet. Barnevernstjenesten skal også delta i planleggingen og tilretteleggelsen av tiltak etter endt opphold. Kriminalomsorgen har utformet egne retningslinjer om fengselsopphold for mindreårige innsatte. Denne kategorien innsatte har noe videre rammer for å ha telefonkontakt og få besøk utenfra enn det som gjelder for andre innsatte.

[43] Forskrift om straffegjennomføring § 3-1 b andre ledd.



Figur 13.5 Bruk av sikkerhetsseng og sikkerhetscelle registrert i fengslene 2014–2023. Antall

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

13.3.6 Fremstillinger, permisjoner og frigang

Domfelte til fengsel eller forvaring kan i prinsippet ha tre typer utgang fra fengselet; fremstilling, permisjon og frigang. Varetektsinnsatte kan bare innvilges fremstilling, og spørsmålet om fremstilling for disse hører under påtalemyndigheten.[44]

Fremstilling av domfelte innebærer at innsatte forlater fengselet i følge med ansatte fra kriminalomsorgen.[45] Fremstillingen kan være enten for én innsatt, eller for en gruppe innsatte. Fremstilling forutsetter at den innsatte har et behov, som for eksempel kan være å møte til en behandlingstime hos helsetjenesten utenfor fengselet. Det er et krav for fremstilling at utgangen vurderes å være sikkerhetsmessig forsvarlig. I praksis begrenses muligheten for fremstilling særlig av at kriminalomsorgen har for liten bemanning til at noen kan følge den innsatte ut.

Straffegjennomføringsloven § 33 åpner for at domfelte kan innvilges *permisjon* fra fengselet. Det finnes tre ulike permisjonstyper; velferdspermisjon, ordinær permisjon og kortidspermisjon.[46] Velferdspermisjon kan være aktuelt på et hvert tidspunkt under straffegjennomføringen før permisjonstiden er oppnådd, typisk i forbindelse med hendelser eller situasjoner som gjelder den innsattes nærmeste familie. Velferdspermisjon kan innvilges for eksempel for å kunne delta i en begravelse, eller dersom det har oppstått noe akutt i situasjonen for den innsattes barn. Videre kan det innvilges ordinær permisjon og korttidspermisjon etter at en del av straffen er gjennomført. Spørsmål om permisjon krever en vurdering blant annet av risikoen for at den innsatte vil begå en ny straffbar handling eller unndra seg straffegjennomføringen. Det er en forutsetning for permisjon at den domfelte ikke begår en ny straffbar handling under permisjonen, at han eller hun oppholder seg på oppgitt adresse, møter tilbake til fengselet i upåvirket tilstand til fastsatt tid, og for øvrig overholder de vilkårene som kriminalomsorgen har fastsatt.[47] Korttidspermisjon er en permisjon av normalt inntil fem timers varighet, som kan innvilges når det anses nødvendig for innsattes rehabilitering, som for eksempel besøk hos ekstern lege, offentlig kontor eller oppfølging av barn. Slike permisjoner gir mulighet til å ivareta formål som av ulike årsaker ikke kan ivaretas ved en ordinær permisjon.[48]

Også forvaringsdømte kan innvilges permisjon dersom hensyn til sikkerhet og den alminnelige rettsoppfatningen ikke er til hinder for det. Hvis retten har fastsatt en minstetid for forvaringen, kan ikke den domfelte få ordinær permisjon eller korttidspermisjon før minst to tredeler av minstetiden er gjennomført. Er det ikke fastsatt en minstetid, må den domfelte ha gjennomført en del av straffen, og permisjonen må ses som et hensiktsmessig ledd i en planlagt progresjon fram mot løslatelse.[49] I disse sakene ligger beslutningsmyndigheten hos regionen.[50]

Domfelte kan innvilges *frigang* for å delta i arbeid, opplæring, program eller andre tiltak utenfor fengsel dersom sikkerhetsmessige grunner ikke taler mot det, og det ikke er grunn til å anta at innsatte vil unndra seg gjennomføringen av straffen.[51] For domfelte til fengsel kan frigang først gis etter fire måneders sammenhengende frihetsberøvelse. I tillegg må minst en tredel av straffetiden være gjennomført.[52] Som et ledd i en planlagt progresjon fram mot prøveløslatelse, kan frigang være aktuelt også for forvaringsdømte, men ikke før minst to tredeler av en idømt minstetid for forvaringen er gjennomført.

13.3.7 Prøveløslatelse fra alminnelig fengselsstraff

Kriminalomsorgen skal forberede og bidra til at forholdene legges til rette for prøveløslatelse. Etter loven skal det i nødvendig grad tas kontakt med offentlige myndigheter, organisasjoner eller privatpersoner som kan yte bistand for å oppnå ordnede boligforhold, arbeid, opplæring eller andre tiltak som kan bidra til en lovlydig livsførsel etter løslatelse.[53]

Kriminalomsorgen kan løslate domfelte på prøve når vedkommende har gjennomført to tredeler av straffen, og minst 60 dager (inkludert eventuelt opphold i varetekt). Dersom det foreligger «særlige grunner», kan det også innvilges prøveløslatelse når halvdelen av fengselsstraffen og minst 60 dager fengsel er gjennomført. Hvis den gjenstående straffetiden ved prøveløslatelse

---

44 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 34, punkt 34.4.

45 Straffegjennomføringsloven § 34.

46 Forskrift om straffegjennomføring § 3-30.

47 Straffegjennomføringsloven § 36.

48 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 33, punkt 33.2.2.

49 Forvaringsforskriften § 11.

50 Forvaringsforskriften § 4 første ledd.

51 Straffegjennomføringsloven § 20.

52 Forskrift om straffegjennomføring § 3-14 første ledd.

53 Straffegjennomføringsloven § 41.

vil bli mindre enn 14 dager, skal det bare innvilges prøveløslatelse dersom tungtveiende grunner taler for det. Samtidig åpner loven for at kriminalomsorgen kan løslate en domfelt kort tid før løslatelse ellers skulle skje.[54]

Det gjelder særskilte regler for domfelte som er dømt til en langvarig straff i utlandet, og for domfelte som ikke lenger er fengslet, men som fyller vilkårene for prøveløslatelse.[55]

Kriminalomsorgen skal ikke beslutte prøveløslatelse dersom omstendighetene etter en totalvurdering gjør løslatelse utilrådelig. Domfeltes atferd under straffegjennomføringen, og risiko for at domfelte vil begå nye straffbare handlinger i prøvetiden, skal være sentrale faktorer i vurderingen.

Dersom det er av betydning for fornærmede eller etterlatte i straffesaken å få kjennskap til tidspunktet og vilkårene for prøveløslatelse, skal kriminalomsorgen varsle om dette.[56]

Prøvetiden utløper på det tidspunktet fengselsstraffen ville vært gjennomført i sin helhet (ved endt straffetid).[57]

13.3.8 Vilkår for prøveløslatelse fra fengselsstraff

Det er en forutsetning for prøveløslatelse at den prøveløslatte ikke begår en ny straffbar handling i prøvetiden.[58] Dersom det fremstår som nødvendig for å oppnå en forsvarlig prøveløslatelse, skal kriminalomsorgen sette som vilkår at den prøveløslatte i en periode møter for kriminalomsorgen i upåvirket tilstand. Om nødvendig, kan kriminalomsorgen for samme periode også bestemme at den som prøveløslates skal overholde særskilte bestemmelser om bosted, møte i upåvirket tilstand hos offentlig myndighet, person eller organisasjon etter kriminalomsorgens anvisning, overholde bestemmelser om behandling, oppholdssted, arbeid eller opplæring, eller unngå kontakt med bestemte personer.[59] Perioden med møteplikt kan forlenges innen prøvetidens utløp, og det kan også fastsettes nye vilkår i løpet av perioden.[60]

Domfelte og fornærmede skal tilbys en gjenopprettende prosess. Dersom disse blir enige om begrensninger for den som prøveløslates, skal kriminalomsorgen ta hensyn til denne avtalen ved fastsettelse av vilkår for prøveløslatelse, forutsatt at den ikke blir urimelig for noen av partene.[61]

Hvis vilkårene for en prøveløslatelse brytes, kan kriminalomsorgen pålegge den prøveløslatte å møte til samtale for å få innskjerpet vilkårene, og eventuelt fastsette nye vilkår.[62] Ved gjentatte vilkårsbrudd kan regionalt nivå i kriminalomsorgen bringe saken inn for tingretten med begjæring om gjeninnsettelse i fengsel for hel eller delvis fullbyrding av reststraffen. Det samme gjelder dersom den prøveløslatte unnlater å møte til innskjerpingssamtale. Dersom regionalt nivå bringer saken inn for tingretten, avbrytes gjennomføringen av straffen fra det tidspunktet begjæringen er oversendt retten.[63]

13.4 Noen statistiske opplysninger om de innsatte i fengslene

Per 1. januar 2023 var det totalt 3 187 innsatte i norske fengsler. Figur 13.6 viser fordelingen mellom varetektsinnsatte, domfelte til ubetinget fengsel og domfelte til forvaring på dette tidspunktet.[64]

Per 1. januar 2023 utgjorde kvinner 8 prosent av de varetektsinnsatte, nær 6 prosent av de domfelte til ubetinget fengsel, og vel 4 prosent av de forvaringsinnsatte.[65]

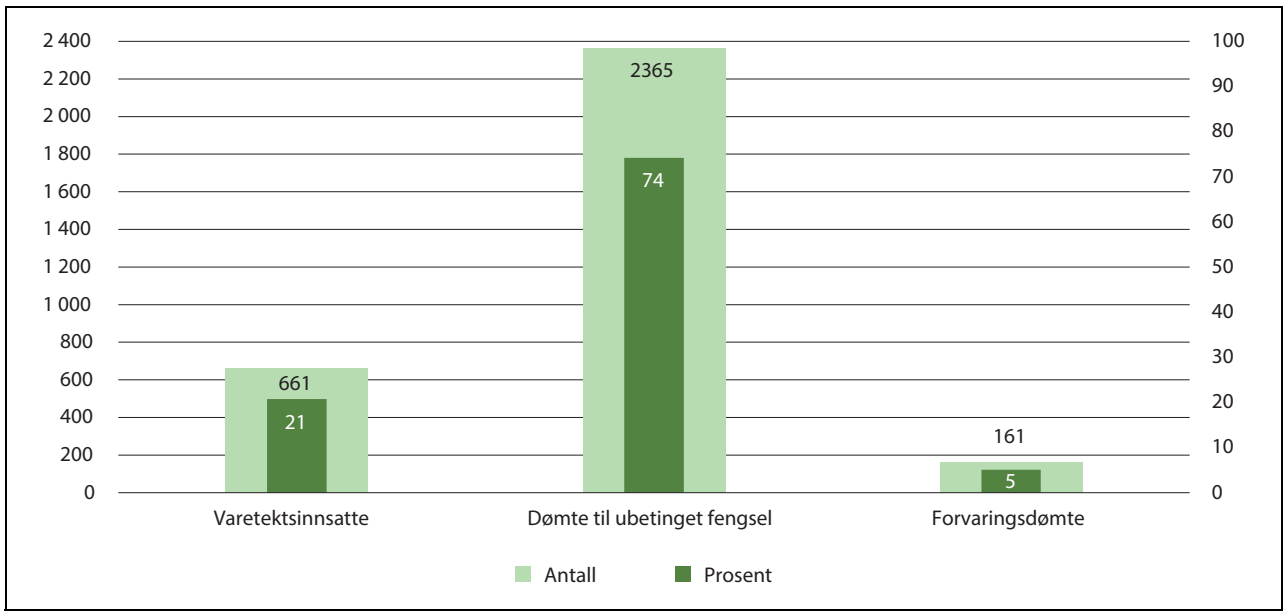
Barn og unge til og med 24 år utgjorde omlag 16 prosent av de varetektsinnsatte, 10 prosent av de domfelte til ubetinget fengsel, og i underkant av 4 prosent av de forvaringsdømte. Figur 13.7 viser aldersfordelingen blant de innsatte i varetekt, ubetinget fengsel og forvaring per 1. januar 2023.

Figur 13.8 viser hvilken type lovbrudd de innsatte per 1. januar 2023 var domfelt eller siktet for (hovedlovbrudd).

Fordelingen på ulike kategorier av innsatte endres løpende. I følge kriminalomsorgen var det 3 052 innsatte i fengsel per 4. september 2024, hvorav 766 personer (25 prosent) i varetekt, 140 (4,6 prosent) kvinner, 142 i forvaring (135 menn og 7 kvinner) og 14 personer under 18 år.[66]

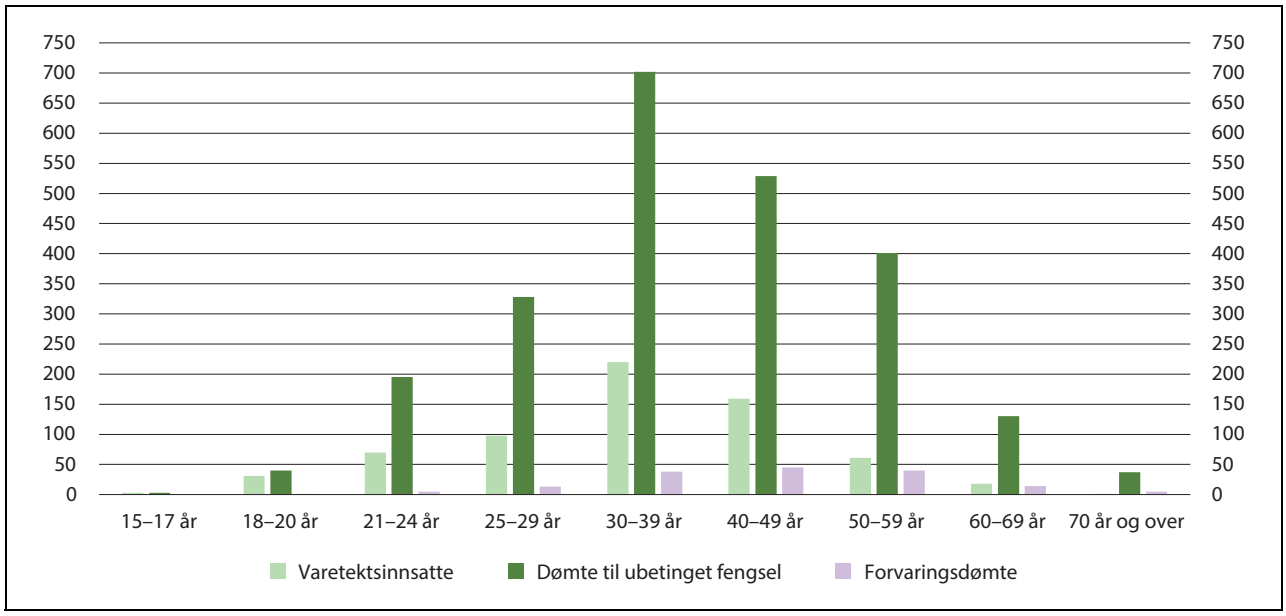
---

54 Straffegjennomføringsloven § 42 tredje og fjerde ledd.
55 Straffegjennomføringsloven § 42 første og andre ledd.
56 Straffegjennomføringsloven § 42 sjette og syvende ledd.
57 Straffegjennomføringsloven § 42 åttende ledd.
58 Straffegjennomføringsloven § 43 første ledd.
59 Straffegjennomføringsloven § 43 andre ledd.
60 Straffegjennomføringsloven § 43 tredje og fjerde ledd.
61 Straffegjennomføringsloven § 43 femte ledd.
62 Straffegjennomføringsloven § 44 første ledd.
63 Straffegjennomføringsloven § 44 andre og tredje ledd.
64 Statistisk sentralbyrås statistikk for fengslinger omfatter også «bøtesoning» (8 personer) og «fengselsdom med EK» (237 personer). Disse kategoriene er utelatt her.
65 Statistisk sentralbyrå. Tabell 10532 Innsatte, etter type fengsling, hovedlovbruddsgruppe, type hovedlovbrudd og kjønn.



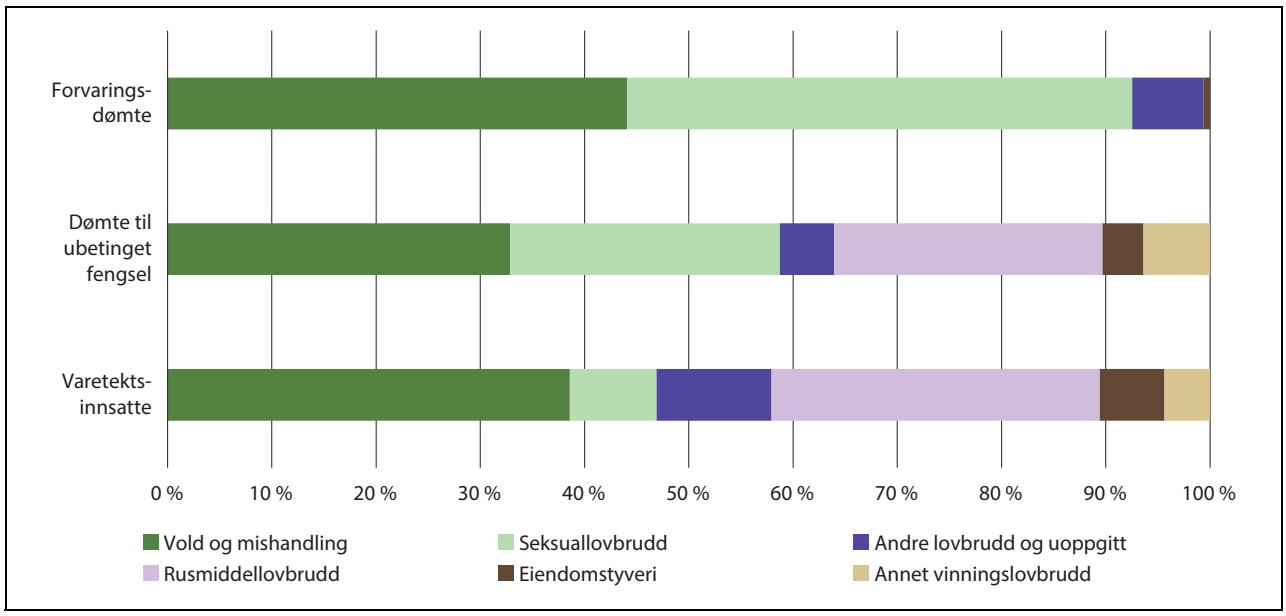
Figur 13.6 Grupper av innsatte i fengsel per 1. januar 2023. Antall (venstre akse) og prosent (høyre akse)

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10531



Figur 13.7 Innsatte i fengsel etter alderskategori per 1. januar 2023. Antall

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10530



Figur 13.8 Fordeling av innsatte i fengsel etter hovedlovbruddskategori per 1. januar 2023. Prosent

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10532

66 Nøkkeltall fra Kriminalomsorgen, august 2024.

Kapittel 14
Ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel

14.1 Innledning

Etter Grunnloven og internasjonale konvensjoner er staten forpliktet til å sikre innbyggerne enkelte grunnleggende rettigheter eller goder. Blant det som er beskyttet på denne måten, er retten til liv, og til ikke å bli utsatt for tortur og annen umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff.[1] Videre har innbyggerne rett til oppfyllelse av høyest mulige helsestandard, jf. konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12. Enkelte grupper i befolkningen, slik som barn og personer med nedsatt funksjonsevne, har et særskilt vern.

Statens forpliktelser gjelder overfor alle innbyggere, men har en særskilt relevans og aktualitet for personer som er fratatt friheten og er under statens kontroll, slik som ved innsettelse i fengsel. Mennesker i en slik situasjon har færre muligheter enn andre til å påvirke sin egen livssituasjon – de er prisgitt livsbetingelsene der hvor de er plassert. Ved at de er i statens varetekt, har staten dessuten i prinsippet oversikt over, og ansvar for, deres situasjon.

Kriminalomsorgen og helsetjenestene lykkes ikke alltid med å ivareta helsen til innsatte i fengsel. Én av årsakene til dette kan være at importmodellen er organisert på en måte som gjør at ingen har totalansvaret for innsattes helse. Dette illustreres blant annet i Den europeiske menneskerettsdomstolens dom fra oktober 2024, hvor domstolen kom til at det forelå brudd på EMK artikkel 2 og 13, etter at en psykisk syk innsatt hadde begått selvmord i varetekt.[2] I saken fant retten at den innsatte ikke hadde fått tilstrekkelig helsehjelp, og at det var svakheter i koordineringen og kommunikasjonen mellom de ulike helsemyndighetene som var involvert. I Riksrevisjonens rapport fra 2022 om helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte, er det påpekt at innsatte med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser ikke får fullgod tilgang til helsetjenester.[3]

14.2 Ulike behov for ulike grupper av innsatte

Mennesker har en del grunnleggende behov, slik som å få tilstrekkelig mat, søvn og fysisk aktivitet, kjenne seg trygg for ikke å bli utsatt for fysiske eller psykiske overgrep, og å ha tilgang til kontakt med andre mennesker som gir anerkjennelse og respons på det man sier og gjør. Hvis ikke de grunnleggende behovene dekkes, vil det over tid gå ut over helsen – fysisk, psykisk eller begge deler. Hva som skal til for å opprettholde (og helst styrke) helsen ved innsettelse i fengsel, avhenger av den enkeltes utgangspunkt, personlighet og erfaringer. Generelt vil tilgang til meningsfylte aktiviteter og fysisk utfoldelse, kontakt med ansatte, andre innsatte, egne barn og andre pårørende, forutsigbarhet om egen situasjon, og fengselets fysiske utforming, være sentrale faktorer av betydning for innsattes trivsel og utvikling i fengselet. For innsatte med behov for helsehjelp, vil det dessuten være vesentlig at de får adekvat helsehjelp.

De innsatte er på ingen måte en homogen gruppe, og det varierer mye hvilke behov de har. For en slags oversikt, beskrives de i det følgende likevel i grupper. Noen kan tilhøre flere av gruppene.

En første gruppe, er innsatte som er fysisk friske, og som har få eller bare moderate psykiske plager. Mange av de yngste voksne innsatte tilhører denne gruppen. De fungerer greit i fengselshverdagen, uten vanskeligheter med å delta i aktiviteter eller fellesskap med andre innsatte, og har i utgangspunktet ingen særlige behov utover de behovene enhver person har, i hvert fall når de ikke er i rus, i den grad rusproblematikk er aktu-

[1] Grunnloven § 93 og EMK artikkel 2 og 3.
[2] *Haugen mot Norge* [C], no. 59476/21, (2024).
[3] Riksrevisjonen. (2022). *Helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel* (Dokument 3:4 (2022–2023).

elt. En god utvikling vil likevel være avhengig av at de får tilstrekkelig stimulans i form av meningsfylte aktiviteter, sosialt fellesskap og fysisk utfoldelse. Svikter dette, øker potensialet for psykiske lidelser og vold. For ivaretakelse av denne gruppen er det derfor særlig viktig med tilstrekkelig aktivitet, fellesskap og treningsmuligheter, og mulighet for å ha kontakt med familie og annet nettverk.

En annen gruppe innsatte, er de som avstår fra fellesskap og isolerer seg på sin egen celle. Det kan være ulike årsaker til slik selvisolering. Den innsatte kan være fysisk eller psykisk syk, oppleve fellesskapet som utrygt, eller av andre grunner ønske avstand til andre innsatte. Domfelte innsatte har aktivitetsplikt, men utover det å delta i organiserte aktiviteter, kan ikke innsatte tvinges til fellesskap. På kort sikt trenger selvisolering heller ikke å være et stort problem. Over tid vil likevel lite kontakt med andre kunne være uheldig for den psykiske helsen og rehabiliteringen, uavhengig av om situasjonen er «selvvalgt» eller ikke. Det kan kreve omfattende innsats fra kriminalomsorgen å integrere i fellesskapet en innsatt som ønsker å isolere seg. I relasjon til denne gruppen er det derfor særlig viktig at kriminalomsorgen har tilstrekkelig ansattressurser til å jobbe med den innsattes innstilling, og å utforme fellesskapet på en måte som gir den nødvendige tryggheten. Ved omfattende selvisolering kan det dessuten være behov for helsemessig oppfølgning.

Ett av utviklingstrekkene den senere tid, er at det er flere eldre innsatte enn tidligere. Med økende alder blir det også en større, *tredje gruppe* innsatte med fysiske sykdommer eller behov for omsorgstjenester. Med flere slike innsatte, øker også behov for helsetjenester, særlig helse- og omsorgstjenester fra kommunen, samt oppfølging og tilrettelegging fra kriminalomsorgen.

En fjerde gruppe er innsatte som utøver fysisk vold eller utviser annen utfordrende atferd, overfor enten andre innsatte eller ansatte, og i en grad som gjør det uforenlig å ha dem i fellesskap med andre innsatte. Det kan være ulike faktorer som bidrar til slike handlingsmønstre, for eksempel kognitive vansker, personlighetsforstyrrelser eller andre utfordringer. Fordi de representerer en særlig sikkerhetsrisiko, kan det være nødvendig periodevis å utelukke innsatte med slike vansker eller utagerende atferd fra fellesskapet. Samtidig kan mye utelukkelse i sin tur bidra til å forsterke den utfordrende atferden, og er lite konstruktivt for den enkeltes sosiale ferdigheter. For ivaretakelse av denne gruppen er det derfor særlig viktig at kriminalomsorgen har mulighet til å jobbe med integreringen av den enkelte i fellesskapet, slik at man unngår en «ond sirkel» med utelukkelse og stadig mer utagering og eventuelt vold. Dette krever blant annet at kriminalomsorgen har tilstrekkelig mange ansatte og nødvendig kompetanse om ulike psykiske lidelser til å jobbe med denne gruppen innsatte. I tillegg er det viktig at kriminalomsorgen gjør den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppmerksom på innsatte med slik atferd, slik at helsepersonell kan vurdere innsattes behov for helsehjelp og/eller mulige tiltak.

En femte gruppe er innsatte med et lavere funksjonsnivå og svært utagerende atferd. Innsatte i denne gruppen vil ofte kjennetegnes ved at de

- har liten evne til å samhandle med andre,
- utøver vold mot ansatte eller innsatte, og/eller bedriver selvskading eller er suicidale,
- knuser inventar,
- er impulsstyrt, og har sterkt nedsatt evne til å reflektere over hvorfor de er i fengsel, hvordan de bør oppføre seg der, og hvordan de kan unngå kognitive og emosjonelle «sammenbrudd» i en stresset situasjon, og
- har hatt store problemer med å fungere også utenfor fengsel.

Noen i denne gruppen kan være personer med psykisk utviklingshemming eller en IQ i nedre del av normalområdet, eller de kan ha en autismespekterlidelse. Andre kan ha mange ulike psykiatriske diagnoser som samlet gir en svært dårlig fungering. Noen har forestillinger om forhold utenfor dem selv, eller om egen kropp, som det ikke er grunnlag for, men uten at helheten ved dem tilsier at de primært er psykotiske.

Med et lavt fungeringsnivå vil innsatte i denne gruppen ofte ikke kunne delta i organiserte aktiviteter og fellesskap med andre innsatte. Atferden kan være forankret i én eller flere alvorlige psykiske lidelser, men uten at det dermed er gitt hvilken oppfølgning som vil være mest adekvat. Ved alvorlig utagering eller selvskading har kriminalomsorgen i mange tilfeller ikke andre tilgjengelige ressurser eller metoder enn å bruke tvangsmidler, selv om man med dette ikke oppnår mer enn å avverge en akutt fare for liv, og for øvrig kanskje bare forverrer den innsattes tilstand. For innsatte i denne gruppen er situasjonen først og fremst en stor belastning for den innsatte selv, men belastende også for andre innsatte som ufrivillig blir vitne til opprivende hendelser. I tillegg utgjør ansvaret for denne gruppen innsatte en stor arbeidsmiljøbelastning for ansatte i kriminalomsorgen og helsetjenestene, og den legger beslag på mye ressurser. For at kriminalomsorgen også

skal kunne ivareta denne gruppen innsatte på en forsvarlig måte uten bruk av inngripende tvangsmidler, må det være tilstrekkelig personell tilgjengelig med nødvendig fagkompetanse.

14.3 Kriminalomsorgens ansvar for å legge til rette for helsetjenester til innsatte

Gjennom samarbeid med andre offentlige etater skal kriminalomsorgen legge til rette for at innsatte i fengsel får de tjenestene som de har lovmessig krav på (forvaltningssamarbeidet). Forvaltningssamarbeidet skal sørge for at innsattes behov dekkes, og samtidig fremme deres tilpasning til samfunnet, jf. straffegjennomføringsloven § 4. Denne lovbestemmelsen forplikter til samarbeid, men gir ikke innsatte rettigheter utover det som følger av andre bestemmelser. Samarbeidet har flere sider. Den ene siden er å samordne ressurser og synliggjøre behov i forbindelse med planleggings- og budsjettprosesser. En annen side er at kriminalomsorgen skal formidle den enkelte innsattes behov til andre etater og tjenester, slik som til helse- og omsorgstjenestene, NAV og undervisningsetatene.[4]

Det hører under kriminalomsorgens ansvar å legge til rette for at innsatte får nødvendig helsehjelp i det enkelte tilfellet. I dette ligger blant annet å etablere rammer for at helse- og omsorgspersonell i praksis får tilgang til de innsatte, melde inn de behov for tjenester som kriminalomsorgen observerer, bistå den kommunale helse- og omsorgstjenesten med å utlevere foreskrevne legemidler, og legge til rette for at den enkelte innsatte kan komme til time hos helsepersonell, enten helsehjelpen skal ytes i eller utenfor fengselet. Ved fremstilling til helsehjelp utenfor fengselet, har kriminalomsorgen ansvar for transport og sikkerhet. Politiet har et tilsvarende ansvar for varetektsfengslede. Helsedirektoratet har utgitt en veileder om helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.[5] Denne gir føringer blant annet for samarbeidet mellom kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenestene. Veilederen er for tiden under revisjon.

Kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenestene styres av ulike regelverk, som gir etatene svært ulike roller. Helsepersonells funksjon er å hjelpe, mens kriminalomsorgens funksjon dypest sett er å gjennomføre den tvangen som ligger i å gjennomføre straffen i fengsel, herunder å sørge for sikkerhet både mellom innsatte, mellom innsatte og ansatte, og for samfunnet utenfor fengselet, og tilrettelegge for rehabilitering. Helsepersonell vil gjerne oppleve det som viktig for å kunne fylle sin funksjon, og oppnå den tilliten som er nødvendig for å kunne komme i posisjon til å yte hjelp, at det ikke skapes usikkerhet rundt funksjonen som hjelper. Samtidig arbeider særlig de stedlige helsetjenestene innenfor det regimet med sikkerhet og tvang som et fengsel er og har.

Kriminalomsorgens personell på sin side er generelt svært bevisst på at de utøver tvang, men også på at det ikke trenger å være en motsetning mellom tvang og hjelp. Kriminalomsorgens rolle er i stor grad nettopp å hjelpe innsatte, og det finnes mange eksempler på at tvangen i fengsel har opplevdes som nyttig for innsatte som del av prosessen for å finne sin vei videre. I mange tilfeller vil et godt samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene være preget av et felles ønske om å ville hjelpe innsatte. Men det kan også oppstå uenigheter mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene om når, hvor og hvordan helsehjelpen til innsatte skal ytes. Dette illustreres blant annet ved at den nevnte veilederen fra Helsedirektoratet har et eget punkt om håndtering av uenighet mellom helse- og omsorgstjenesten i fengsel og kriminalomsorgen.[6] Selv om etatene ikke står i noe over- eller underordningsforhold til hverandre, kan det nok være at kriminalomsorgen, gjennom sin myndighet til å treffe beslutninger om virksomheten i fengslene, oppleves som «den mektigste».

14.4 Soningsutsettelse, straffavbrudd og andre mekanismer av betydning for ivaretakelsen av innsattes helse

14.4.1 Innledning

Personer med helsemessige tilstander eller behov som ikke er forenlige med opphold i fengsel, skal heller ikke være i fengsel. Derfor har loven enkelte regler (eller «mekanismer») som skal sørge for at så ikke skjer. Disse mekanismene er sentrale komponenter i det systemet som skal sikre ivaretakelsen av domfeltes eller innsattes helse, og gjennomgås derfor i det følgende.

---

4 Ot.prp. nr. 5 (2000–2001), s. 150.

5 Helsedirektoratet. (2013). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*. Veileder IS-1971.

6 Helsedirektoratet. (2013). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*. Veileder IS-1971.

Reglene om soningsutsettelse og straffavbrudd skal bidra til at alvorlig syke ikke er i fengsel. Det fremgår av beskrivelsen ovenfor at det likevel er en gruppe innsatte som er svært lavt fungerende, og som utagerer i form av omfattende selvskading, selvmordsforsøk og voldsutøvelse. «Forklaringen» på dette er at vilkårene for soningsutsettelse og straffavbrudd er strenge, og både tallmateriale og andre inntrykk tyder på at regelverket også praktiseres slik. På dette området synes hensynet til samfunnsvernet dermed godt ivaretatt. Resultatet av dette er imidlertid også at det finnes en gruppe innsatte som har det svært vanskelig i fengsel, og som ofte utsettes for tunge tvangstiltak som sikkerhetscelle og sikkerhetsseng. Videre kan forvaringsdømte ikke innvilges straffavbrudd. Menneskerettighetene stiller krav til ivaretakelse av innbyggerne, både i relasjon til statens maktbruk og i relasjon til andre innbyggere (samfunnsvernet), og det er en kontinuerlig oppgave for staten å vurdere om hensynene er riktig avveid i de reglene vi har om soningsutsettelse og straffavbrudd.

14.4.2 Soningsutsettelse

En straffedom skal fullbyrdes så snart den er rettskraftig, med mindre annet er bestemt.[7] Det er kriminalomsorgen som iverksetter fullbyrding av ubetinget fengselsstraff og forvaring.[8] Prosessen starter med at påtalemyndigheten sender en rettskraftig dom til kriminalomsorgen for fullbyrding. Domfelte som er på frifot innkalles til straffegjennomføring, med angivelse av tid og sted for oppmøte. Det er regionalt nivå i kriminalomsorgen som beslutter i hvilket fengsel den domfelte skal gjennomføre sin straff, mens innkallingen sendes ut fra fengselet.[9]

Innen straffegjennomføringen skal starte, kan det ha skjedd endringer i domfeltes helsetilstand, enten fysisk eller psykisk, som medfører at han eller hun ikke regnes som soningsdyktig. Så lenge straffegjennomføringen ikke er påbegynt, kan den domfelte søke om utsettelse av straffegjennomføringen (soningsutsettelse, regulert i straffeprosessloven § 459). Innsatte som er varetektsfengslet og domfelles, skal overføres til straffegjennomføring umiddelbart etter at dommen er rettskraftig.[10] I forbindelse med varetektsfengsling vil det i prinsippet være en del av domstolens vurdering av forholdsmessigheten ved inngrepet å vurdere om den siktede er frisk nok til å være i fengsel. Men varetektsinnsatte kan naturligvis bli – eller vise seg å være – syke mens de er i fengsel. Personer som dømmes til forvaring vil ofte være i varetekt mens de venter på dom, slik at det i praksis sjelden vil være aktuelt med soningsutsettelse for dem.

For å kunne kreve soningsutsettelse, følger det av straffeprosessloven § 459 første ledd at domfelte må ha blitt «utilregnelig på grunn av sterkt avvikende sinnstilstand», eller helsetilstanden ellers må være slik at fullbyrding er «utilrådelig». Både psykiske og somatiske tilstander omfattes av bestemmelsen. Domfelte må fremlegge dokumentasjon og sannsynliggjøre at det foreligger en slik situasjon.[11] Ordlyden i bestemmelsens første ledd korresponderer med straffelovens bestemmelse om utilregnelighet (straffeloven § 20), men spørsmålet om soningsutsettelse vil innebære en bredere vurdering enn av om domfelte er utilregnelig. Vilkårene for å oppnå soningsutsettelse er strenge, men er vilkårene i første ledd først oppfylt, må det innvilges soningsutsettelse.[12] Spørsmål om straffegjennomføringen skal anses «utilrådelig», beror på en helhetsvurdering av det konkrete tilfelle, hvor både domfeltes helse og mulighetene for tilrettelagt straffegjennomføring skal vurderes. Det må dokumenteres å være en risiko for at straffegjennomføringen kan føre til forverring av helsetilstanden, eller at mulighetene for helbredelse vesentlig reduseres.[13] Ved siden av vilkårene etter § 459 første ledd er det en viss, mer skjønnsmessig utformet adgang til å innvilge soningsutsettelse etter straffeprosessloven § 459 andre ledd.

I utgangspunktet er det kriminalomsorgen som avgjør spørsmål om soningsutsettelse. Med de unntak som følger av straffegjennomføringsloven § 7, skal søknader om soningsutsettelse behandles etter forvaltningsloven.[14] Kriminalomsorgen har mulighet til å justere tidspunktet for oppstart av gjennomføringen inntil én måned uten at det er søkt om soningsutsettelse.[15] Søknader om soningsutsettelse for inntil seks måneder avgjøres av lokalt nivå i kriminalomsorgen (fengsler og friomsorgskontorer som har fått myndighet til å ta slike avgjørelser). Avgjørelse om soningsut-

7 Straffeprosessloven § 452 første ledd.

8 Straffeprosessloven § 455 annet ledd.

9 Retningslinjer til forskrift om fullbyrding av straff § 2.

10 Retningslinjer til forskrift om fullbyrding av straff § 1.

11 Rt. 1999 s. 1863 og HR-2019-653-A avsnitt 47.

12 Den domfelte er på frifot i denne situasjonen, og dermed forutsetningsvis ikke funnet å true samfunnsvernet.

13 Rundskriv G-2/2010, s. 10.

14 Straffeprosessloven § 459 fjerde ledd.

15 Retningslinjer til forskrift om fullbyrding av straff § 2.

settelse er et enkeltvedtak, og avslag kan påklages til overordnet organ.[16] Domfelte kan også gå til søksmål etter tvistelovens regler, og – hvis uenigheten gjelder anvendelsen av straffeprosessloven § 459 første ledd – bringe saken inn for domstolene etter særlige regler i straffeprosessloven.[17] Kriminalomsorgen har møterett for domstolene i saker om soningsutsettelse.[18] [19]

Det finnes ikke en lett tilgjengelig oversikt over omfanget av soningsutsettelse.

14.4.3 Straffavbrudd

I noen tilfeller oppstår (eller oppdages) det sykdom etter at straffegjennomføringen er påbegynt. Blant annet for slike situasjoner har loven regler om straffavbrudd. Etter straffegjennomføringsloven kan straff avbrytes når domfeltes helsetilstand tilsier det, eller det foreligger «andre særlig tungtveiende grunner som ikke kan avhjelpes på annen måte».[20] Straffavbrudd er et tidsbegrenset avbrudd i gjennomføringen av straffen.[21] Avbruddstiden inngår ikke i straffetiden, og skal tas igjen etter at avbruddstiden er utløpt. Domfelte til forvaring kan ikke innvilges avbrudd i straffegjennomføringen.[22]

Ved vurdering av om straffavbrudd kan innvilges, foretas det en skjønnsmessig vurdering av den domfeltes situasjon. For å få innvilget straffavbrudd, må behovet ikke kunne avhjelpes på en annen måte. Foruten at lovens vilkår må være oppfylt, krever forskrift om straffegjennomføring at avbruddet må anses å være sikkerhetsmessig forsvarlig.[23]

Når det søkes om straffavbrudd på grunn av helsemessige forhold, må helsetilstanden dokumenteres, og tilstanden må være av en slik karakter at straffavbrudd vil avhjelpe problemet. Kan de aktuelle helsemessige utfordringene ivaretas i fengselet, skal avbrudd ikke gis. Det skal også vurderes om innsattes helsetilstand kan ivaretas ved overføring til et annet fengsel, eller til gjennomføring av straff i institusjon eller sykehus. Straffavbrudd kan være aktuelt for eksempel i perioder hvor en domfelt skal være på sykehus på dagtid eller mottar poliklinisk behandling. Slik behandling kvalifiserer ikke til å kunne ses som straffegjennomføring, dermed kan straffavbrudd bli særlig aktuelt.[24]

Ved vurdering av om det i et tilfelle er sikkerhetsmessig forsvarlig å innvilge straffavbrudd på grunn av helsemessige utfordringer, skal hensynet til innsattes helse veies opp mot hensynet til samfunnsvernet.[25] De sikkerhetsmessige forholdene skal vurderes særlig grundig dersom den innsatte er dømt for alvorlige forhold.[26] Av den grunn er det ikke adgang for å innvilge straffavbrudd for forvaringsdømte. Den klare hovedregel er at det ikke skal innvilges straffavbrudd dersom dette anses ikke å være sikkerhetsmessig forsvarlig, men det kan være unntak ved alvorlig sykdom som gjør fortsatt opphold i fengsel uforsvarlig. I slike tilfeller vil det forventes at kriminalomsorgen inngår samarbeid med andre etater for å sørge for sikre rammer for avbruddet.[27]

Straffegjennomføringsloven har ikke særregler om straffavbrudd for barn. Som i andre saker om barn, skal kriminalomsorgen likevel legge vekt på hensynet til barnets beste.[28]

Det hører under kriminalomsorgen å beslutte straffavbrudd. I forbindelse med vurdering av om straffavbrudd er sikkerhetsmessig forsvarlig, vurderer kriminalomsorgen om det er nødvendig å ta kontakt med politiet.[29] Både lokalt og regionalt nivå i kriminalomsorgen avgjør søknader om straffavbrudd. Som for søknader om soningsutsettelse, skal søknader om straffavbrudd behandles etter forvaltningslovens regler, med de unntak som følger av straffegjennomføringsloven § 7.[30]

Figur 14.1 viser omfanget av straffavbrudd hvert år i perioden 2012–2024. Både antall straffavbrudd og antall personer som er innvilget straffavbrudd (venstre akse) er mer enn halvert fra 2012 til 2024. Også andelen av de innsatte som har fått innvilget straffavbrudd (høyre akse) er mer enn halvert i perioden, fra om lag 3,7 prosent av de innsatte i 2012 til om lag 1,6 prosent av de innsatte i 2024. Den kraftige økningen i 2020 skyldtes

16 Forvaltningsloven § 28.

17 Straffeprosessloven § 459 fjerde ledd fjerde punktum, jf. § 462.

18 Straffeprosessloven § 462, jf. § 76 femte ledd bokstav e.

19 Påtalemyndighetens innflytelse på om en person skal være på frifot, vil være gjennom reglene om varetektsfengsling i straffeprosessloven.

20 Straffegjennomføringsloven § 35.

21 Forskrift om straffegjennomføring § 3-33 annet ledd.

22 Forvaringsforskriften § 11 syvende ledd.

23 Forskrift om straffegjennomføring § 3-33 første ledd.

24 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 35, punkt 35.4.

25 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 35, punkt 35.2.

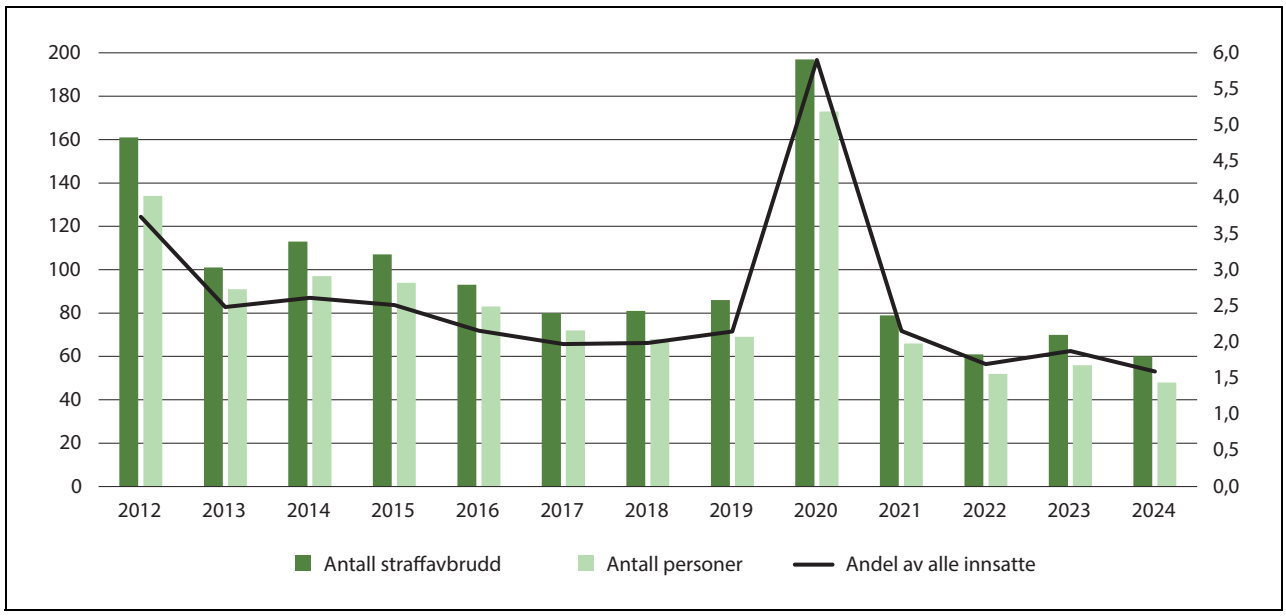
26 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven, del Alminnelige prinsipper for sikkerhetsvurdering.

27 Ot.prp. nr. 5 (2000–2001), s. 240.

28 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 10a, punkt 8.8.

29 Alminnelige prinsipper for sikkerhetsvurdering.

30 Ot.prp. nr. 34 (2007–2008), s. 10.



Figur 14.1 Straffavbrudd 2012–2024[1]. Antall tilfeller og personer (venstre akse) og andel av fengselspopulasjonen[2] (høyre akse)

[1] T.o.m. 1. halvår 2024. Som estimat for hele året er tall for 1. halvår doblet

[2] Gjennomsnittlig antall innsatte i det aktuelle året

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

innføringen av særskilte bestemmelser for straffegjennomføring under koronapandemien.[31] Det vites ikke noe om fordelingen på ulik årsaker til straffavbrudd ut over dette.

14.4.4 Overføring til heldøgnsopphold i sykehus eller i institusjon

Som alle andre, kan innsatte i fengsel få behov for helsetjenester. For innsatte som gjennomfører dom, er det helse- og omsorgstjenesten i den kommunen som fengselet ligger i, som skal yte helse- og omsorgstjenester til innsatte. Varetektsinnsatte har rett til å benytte egen lege eller behandler istedenfor legen i fengselet dersom det er rimelig grunn til det. Behandlingen skal da normalt skje i fengselet. Ved akutte behov for innsatte kan legevakten i vertskommunen for fengselet tilkalles.

I noen tilfeller kommer innsatte i en helsemessig situasjon som medfører at vedkommende ikke lenger kan ivaretas på forsvarlig vis i fengselet. Foruten regler om straffavbrudd, åpner straffegjennomføringsloven for at den innsatte i slike tilfeller kan overføres til heldøgnsopphold i sykehus, forutsatt at behandling av sykdommen gjør det nødvendig, og ikke kan gis under ordinær gjennomføring av straffen.[32] Videre åpner loven for at domfelte kan overføres til heldøgnsopphold i en institusjon for gjennomføring av straff forutsatt at det ikke er sikkerhetsmessige grunner som taler imot, eller det er grunn til å anta at den domfelte vil unndra seg gjennomføringen.[33] Med «institusjoner» etter straffegjennomføringsloven § 12 menes institusjoner som ikke er godkjent som sykehus etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-1, for eksempel rusbehandlingsinstitusjoner, sykehjem, omsorgsinstitusjoner, barnevernsinstitusjoner eller lignende.

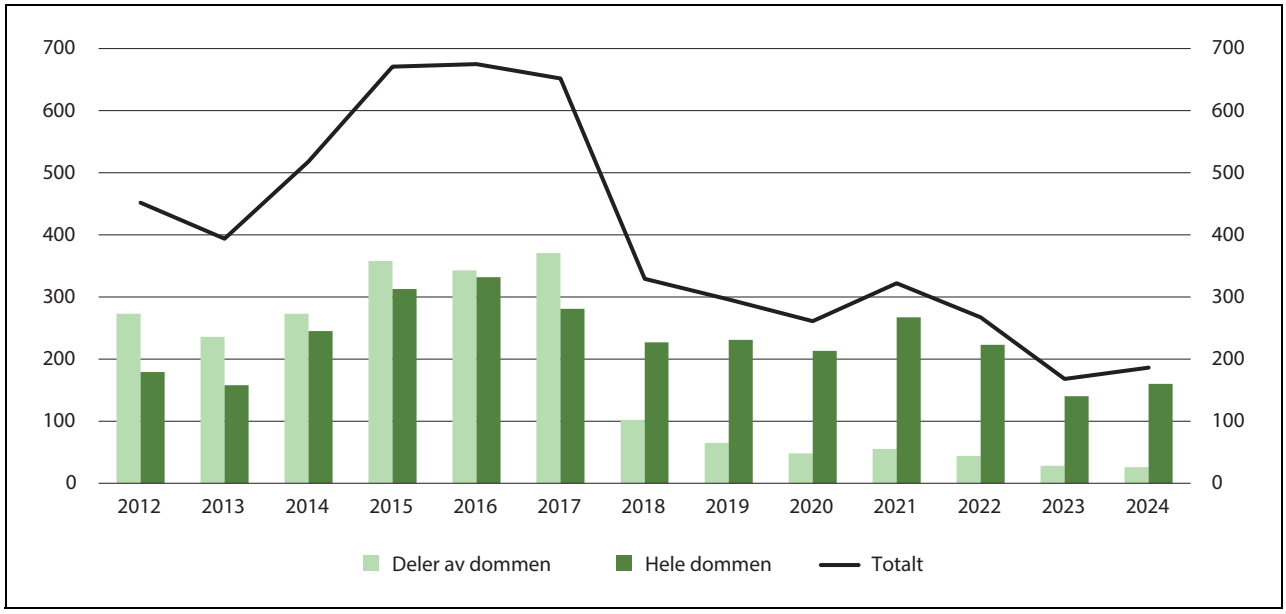
Muligheten for overføring til sykehus gjelder både domfelte og varetektsinnsatte, mens overføring til institusjon kun gjelder for domfelte.[34] Muligheten til å overføre til sykehus eller institusjon ligger i prinsippet til kriminalomsorgen, men er ikke supplert med en adgang for kriminalomsorgen til å rekvirere plass i sykehus eller institusjon. I praksis vil det derfor måtte være kontakt mellom de ulike etatene for å etablere en overføring, og mellom kriminalomsorgen og politiet/påtalemyndigheten dersom overføringen gjelder en varetektsinnsatt. I motsetning til ved straffavbrudd, medfører ikke overføring til sykehus eller institusjon at straffegjennomføringen avbrytes. Forut for en eventuell overføring til sykehus vil en

[31] Straffegjennomføringsloven kapittel 3 A.

[32] Straffegjennomføringsloven § 13.

[33] Straffegjennomføringsloven § 12.

[34] Straffegjennomføringsloven § 13, jf. § 52. Bestemmelsen gjør seg også gjeldende for varetektsinnsatte.



Figur 14.2 Gjennomføring av dom i institusjon. 2012–2024

[1] T.o.m. 1. halvår 2024. Som estimat for hele året er tall for 1. halvår doblet
Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

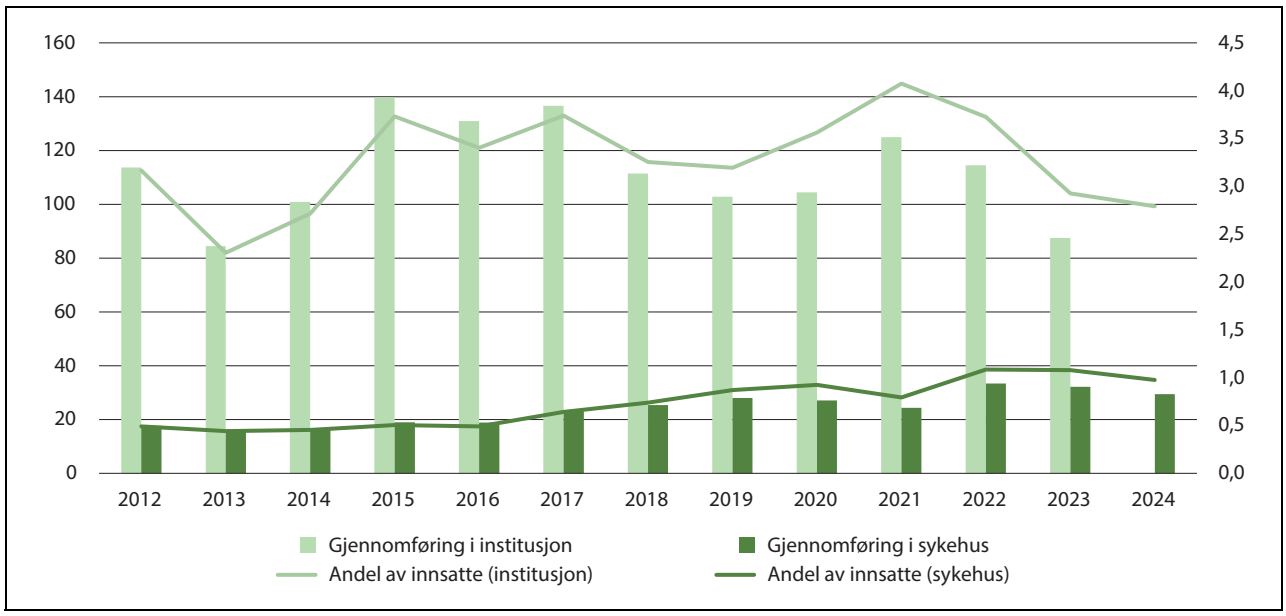
lege eller en psykolog undersøke den innsatte og vurdere tilstanden, herunder om behov for helsetjenester kan gis i fengslet.

Dersom en innsatt antas å være psykisk syk og selv ikke søker helsehjelp, har «offentlig myndighet» en plikt til å sørge for at innsatte blir undersøkt av en lege. Med offentlig myndighet menes blant annet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, påtalemyndigheten og kriminalomsorgen.[35] Legen som foretar undersøkelsen må vurdere om lovens vilkår for en tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven §§ 3-2 eller 3-3 er oppfylt, og avgi en uttalelse om dette.[36] Tvangsinnleggelse krever en slik legeundersøkelse. Dersom vilkårene for tvangsinnleggelse er oppfylt, henviser legen til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Påtalemyndigheten eller fengselsleder har også anledning til å fremme begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern på bakgrunn av uttalelsen fra lege. Den offentlig myndighet som fremsetter begjæring gis klageadgang til kontrollkommisjonen på vedtak om etablering, ikke-etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon.

Figur 14.2 viser antall nye iverksatte saker om gjennomføring av dom i institusjon hvert år i perioden 2012–2024. Det er skilt mellom om hele eller deler av dommen er gjennomført i institusjon. At deler av dommen er gjennomført i institusjon innebærer gjennomføringen har startet i fengsel, og at det har skjedd en overføring til institusjon i det aktuelle året. At hele dommen er gjennomført i institusjon innebærer at det er gjort en vurdering i forkant, slik at gjennomføringen har startet direkte i en institusjon. Totalt er omfanget av iverksatte saker om gjennomføring i institusjon kraftig redusert etter 2017. Reduksjonen har vært sterkest for saker som gjelder overføring fra fengsel til institusjon, der deler av straffen gjennomføres i institusjon.

Figur 14.3 viser total varighet (målt i antall år) for dom som er gjennomført i institusjon og dom eller varetekt som er gjennomført i sykehus (venstre akse), hvert år i perioden fra og med 2012 til og med første halvår 2024, og hvor stor andel i prosent dette utgjør av den gjennomsnittlige fengselspopulasjonen hvert år (høyre akse). I gjennomsnitt tilsvarte gjennomføring i institusjon i perioden hvert år 110 helårsplasser, mens gjennomføring i sykehus i gjennomsnitt tilsvarte 24 helårsplasser hvert år. Omfanget av gjennomføring i institusjon har variert en del i perioden, mens gjennomføring i sykehus har økt i omfang. Gjennomføring i sykehus hvert år har om lag doblet seg fra 2012 til 2024. Relativt til fengselspopulasjonen (inkludert innsatte i varetekt), utgjorde gjennomføring i sykehus 0,5 prosent i 2012 og 1 prosent i 2024.

[35] Psykisk helsevernloven § 3-6 første ledd, jf. psykisk helsevernforskriften § 7.
[36] Psykisk helsevernloven § 3-1 første ledd.



Figur 14.3 Gjennomføring av dom i institusjon og dom eller varetekt i sykehus 2012–2024[1]. Total varighet i antall år[2] (venstre akse) og som andel av fengselspopulasjonen[3] i prosent (høyre akse)

1 T.o.m. 1. halvår 2024. Som estimat for hele året er tall for 1. halvår doblet
2 Omregnet til antall år på basis av informasjon om antall døgn hvert år
3 Gjennomsnittlig antall fengselsinnsatte i det aktuelle året
Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

14.5 Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte

14.5.1 Kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 at kommunen skal ha et tilbud om helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Det er kommunen der fengslet ligger, som har ansvaret for tjenestetilbudet til de innsatte (oppholdsprinsippet). Lovbestemmelsen er bare en presisering av kommunenes mer generelle ansvar etter samme lov § 3-1 for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen.[37] Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.[38]

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nevner en rekke funksjoner som kommunene må ha for å kunne oppfylle sitt ansvar. Oppregningen omfatter blant annet forebyggende tjenester, hjelp ved akutte situasjoner, utredning, diagnostisering og behandling, og andre helse- og omsorgstjenester. Bortsett fra plass på sykehjem og dagaktivitetstilbud til personer med demens som er hjemmeboende, gjelder «kravlisten» også for innholdet i tjenestene til innsatte i fengsel. Kommunene har stor frihet til å bestemme hvordan oppgavene skal organiseres. De må knytte til seg blant annet lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog,[39] men bestemmer selv om de ulike kategoriene personell skal ansettes i kommunen eller om det skal inngås avtaler med private.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester slutter der hvor spesialisthelsetjenestens ansvar begynner, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fjerde ledd. Skillet kan imidlertid være flytende. Det avgjørende er at tjenestenivåene samarbeider, slik at resultatet blir at det ytes forsvarlig helsehjelp.[40] Spesialisthelsetjenesten hører under staten.[41] Kommunene og det aktuelle regionale helseforetaket er forpliktet til å inngå en samarbeidsavtale, slik at tjenestetilbudet kan bli

37 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd og Prop. 91 L (2010–2011), s. 194.
38 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 annet ledd.
39 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 annet ledd.
40 Prop. 40 L (2022–2023), s. 45.
41 Spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 første ledd.

helhetlig og samordnet.[42] I tillegg har den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten en gjensidig veiledningsplikt.[43] Veiledningsplikten omfatter råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold, både generelt og i konkrete enkeltsaker. Veiledning om tiltak kan angå pasienten fysiske eller psykiske helse.[44] Lovbestemmelsene om samarbeidsavtaler og veiledningsplikt inkluderer ikke kriminalomsorgen.

14.5.2 Kommunenes organisering og erfaringer

14.5.2.1 Generelt

Utvalget har henvendt seg til totalt 36 vertskommuner for fengsel med 10 spørsmål om hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel fungerer, med vekt på det psykiske helsevernet. Spørsmålene gjaldt blant annet organisering, samhandling, involvering av pårørende, og situasjonen for ungdom og kvinner i fengsel. 27 kommuner har besvart henvendelsen.

Kommunene har organisert tjenesteytelsen overfor innsatte forskjellig. Blant annet størrelsen på fengselet, hvilket sikkerhetsnivå fengslet har, gruppen innsatte og deres behov, og ikke minst kommunens ressurssituasjon hva gjelder både økonomi og personell, kan være av betydning. Alle kommunene som har besvart utvalgets spørsmål, oppgir at de tilbyr helse- og omsorgstjenester *i fengsel* (stedlige tjenester). Åpningstidene der varierer, fra dekning syv dager i uken til dekning tre til fire ganger i uken. De fleste kommunene nevner at den kommunale helse- og omsorgstjenesten i fengslet suppleres av den kommunale legevakten, særlig for behov utenfor ordinær arbeidstid. Noen oppgir også at leder for den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten kan kontaktes utover arbeidstid, mens andre oppgir at hjemmesykepleien er tilgjengelig for oppdrag eller tilsyn når den stedlige tjenesten ikke er bemannet.

Det varierer også hvilke kategorier fagpersoner som inngår i den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ofte vil det være en avdelingsleder i full stilling, kanskje én eller flere leger i mindre stillinger (gjerne fastlege i kommunen), og flere sykepleiere med ulik stillingsprosent. Der hvor kommunen har opplyst om spesialisering, er svaret ofte spesialisering for sykepleier innen psykisk helse. Kommuner med fengsel med høyt sikkerhetsnivå har i noen tilfeller opplyst at de har sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og lang erfaring.

Alle de kommunene som har svart på utvalgets spørsmål, opplyser at de tilbyr *innkomstsamtale* med den innsatte for å kartlegge vedkommendes psykiske og fysiske helse. Det varierer hvor raskt etter innsettelse innkomstsamtalen foretas. Mange kommuner opplyser at innkomstsamtalen gjennomføres samme dag eller innen 24 timer, men noen opplyser at det kan ta lenger tid. Andre kommuner oppgir at legevakten vil utføre samtalen dersom det er behov utenfor ordinær arbeidstid. Mange benytter et standardisert skjema for samtalen. I innkomstsamtalen bes det om den innsattes samtykke til å innhente opplysninger fra andre tjenester. Generelt opplyser kommunene at de har god erfaring med innkomstsamtalen.

På spørsmål om helsevernet for *innsatte med psykisk utviklingshemming*, opplyser kommunene at utviklingshemming sjelden fremkommer i innkomstsamtalen. De har heller ikke egne rutiner for å kartlegge psykisk utviklingshemming. Det nevnes at helsetjenesten i fengselet i stor grad er avhengig av opplysninger om utviklingshemming i forkant, og at det er stor sannsynlighet for at det finnes innsatte som er udiagnostiserte. Når det først er kommet opplysninger om utviklingshemming (eller indikasjoner om dette), følges innsatte opp med sikte på å tilrettelegge og sikre best mulig fungering i fengselet.

For øvrig pekes det blant annet på at det å ha en *lav terskel for støttesamtaler*, har en stabiliserende effekt på mange svakt fungerende innsatte. Det nevnes også en viss erfaring for at det kommer flere forespørsler om henvisning til psykologspesialist når det er flere som gjennomfører dom for seksuallovbrudd (særlig overfor barn). Det påpekes ellers som en utfordring at den innsatte noen ganger har store forventninger til den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten – det forventes ofte rask bistand og fremgang.

Ut fra svarene fra kommunene varierer det noe hvilke tiltak som er gjort for å sikre *god kontakt med innsatte*. Noen kommuner opplyser om en egen tillitsvalgt som har jevnlig dialog med kriminalomsorgen. Andre kommuner viser til at de innsatte kan henvende seg ved behov, mens noen har etablert egne brukerråd for å forbedre brukermedvirkningen. En kommune nevner at det er ønskelig med et eget frittstående forum for kon-

---

[42] Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e fjerde ledd.

[43] Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

[44] Prop. 71 L (2016–2017), s. 229.

takt med de innsatte hvor man utelukkende snakker om helse- og omsorgstjenester i fengselet, slik det er opprettet i Oslo fengsel. Det er ikke nedfelt egne retningslinjer eller formelle rutiner for brukermedvirkning. Det benyttes samtalelapper, og innsatte har mulighet til å kontakte den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten under hele fengselsoppholdet. Innretningen på tjenestene utformes i samarbeid med innsatte. Det kan være utfordrende å sikre den innsattes medvirkningsrett, blant annet på grunn av sikkerhetstiltak fra kriminalomsorgen. Det savnes i noen grad at innsatte kan kontakte helse- og omsorgstjenesten uten å formidle behov for kontakt via kriminalomsorgen.

Når det gjelder *kontakt med pårørende*, viser kommunene generelt til at innkomstsamtalen benyttes for å kartlegge innsattes pårørende, og at de pårørende involveres etter ønske fra den innsatte. Den innsattes ønske og samtykke om involvering nedfelles skriftlig i en samtykkeerklæring. Når pårørende blir involvert, vil det variere fra tilfelle til tilfelle hvor omfattende kontakten er. Kommunene erfarer i noen grad at det er utfordringer ved pårørendekontakt, for eksempel fordi helsetjenestens mandat og oppgave ikke alltid samsvarer med pårørendes syn. Det savnes tydeligere kommunikasjon fra kriminalomsorgen til pårørende om hva som kan forventes. Videre forekommer det negative familierelasjoner, hvor helsepersonell kanskje ikke har avdekket det negative. Det er en økning i forekomsten av trusler fra pårørende overfor helsepersonell. For øvrig setter knapphet på ressurser og tid grenser for hvor mye man kan samarbeide med den innsatte for å få til gode samtaler med pårørende.

På spørsmål om *bevaringspunkter og forbedringspunkter*, svarer de fleste kommunene at det er kort responstid før et helsetilbud gis, at det er et godt internt, tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, og at etablerte rutiner fungerer godt. Lite innlåsing bidrar til bedre tjenester. Videre nevnes at det er etablert et godt fagnettverk med særlig fokus på rus og psykisk helse. En kommune trekker frem som positivt at den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten får systematisk veiledning fra kommunepsykolog, noe som øker kompetansen. Det er også nevnt som positivt at det er rom for å jobbe med «lav terskel» og ikke vedtaksbasert, og at «lappesystemet» og kontakten med de innsatte fungerer godt. For øvrig nevnes at det er behov for et nært samarbeid med kriminalomsorgen, blant annet for å oppnå samarbeidsmøte med spesialisthelsetjenesten og andre involverte aktører.

Som forbedringspunkt, nevnes ellers mangel på kvalifisert helsepersonell og tilrettelagte fasiliteter. Det pekes også på at det særskilte tilskuddet til dekning av helse- og omsorgstjenester er for lite til å dekke innsattes behov for helse- og omsorgstjenester, og at det er potensiale for bedre samhandling med aktørene i og utenfor fengselet.

14.5.2.2 Særskilte utfordringer knyttet til tjenesteytelsen overfor barn, unge og kvinner i fengsel

De fleste kommunene opplyser at de har tettere oppfølging av barn og unge innsatte under 24 år. Det oppleves i noen grad at kriminalomsorgen ikke har tilstrekkelig adekvate tilbud for denne gruppen innsatte.

Den sosiale konteksten er spesielt utfordrende for unge mennesker, som kan bli påvirket eller utnyttet av eldre. Generelt er det utfordringer med unge innsatte, særlig vedrørende miljø og rusmiddelproblematikk. Ved bare korte opphold i fengsel kan det være vanskelig å skape kontakt og følge opp helsehjelp. Det har vist seg hensiktsmessig å investere tid og ressurser i starten av oppholdet i fengsel. Det kan være vanskelig å motivere til å endre livsstil, særlig vedrørende rus. Utelukkelse fra fellesskap i fengsel er helsemessig krevende særlig for de yngre innsatte.

Det er ikke alltid lett å samarbeide med helsepersonell eller andre tjenesteytere på utsiden av fengselet om somatiske og psykiske helseutfordringer som det kan være utfordrende å kartlegge. Det nevnes blant annet at det kan virke som behandlere mener det er helsetjenesten i fengselet som har ansvaret, og at behandlerne først kan ta tak i oppfølging ved eller etter løslatelse.

Kommuner som har erfaring med kvinnelige innsatte, nevner at denne gruppen generelt har behov for mer helsehjelp og tettere oppfølging fra den stedlige helse- og omsorgstjenesten. Videre nevnes at kvinner kan ha en annen tilnærming til helsetjenestene enn menn, og derfor må møtes på en litt annen måte. Blant det som trekkes frem, er at:

- Lokalene i fengselet ikke er tilrettelagt godt nok til at helsehjelp kan ytes slik at kvinnelige innsatte slipper å møte mannlige innsatte.
- Kvinnene har ikke samme tilbud om skole, jobb og program som mannlige innsatte. Dette påvirker muligheten for utdanning, rehabilitering og helsen under fengselsoppholdet.
- Kvinnelige innsatte kan ha somatiske og psykiske plager som ikke er fulgt opp av helseve-

senet tidligere, slik at det mangler informasjon om helsetilstanden.
- Flere kvinner har komplekse helseutfordringer som krever mer av både den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen. En større andel kvinner enn menn i fengsel har samtidige rus- og psykiske lidelser, kognitive utfordringer og sårbar somatisk helse med behov for oppfølging.
- Det er selvskadende adferd blant kvinner som en konsekvens av det de opplever som urettferdig eller ikke ønskelig behandling, eller som uttrykk for behov for oppmerksomhet/omsorg.
- Kvinnelige innsatte krever spesialisert kompetanse og god tilgang på helsetjenester.
- Uten mulighet til å logge seg inn på Helsenorge.no, er det vanskelig for innsatte å følge livmorhalsprogram, mammografiprogram og lignende.

14.5.3 Finansieringen av kommunale helse- og omsorgstjenester til fengselsinnsatte

Staten yter et særskilt øremerket tilskudd til kommuner og fylkeskommuner som har fengsel, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5 og tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav f.[45] Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet. Tilskuddet opplyses ikke å være ment å skulle fullfinansiere tjenestene, men skal være en støtte til merutgifter som følger av å yte helsetjenester til innsatte i fengsel.[46] Den særskilte tilskuddsordningen ble evaluert i 2024.

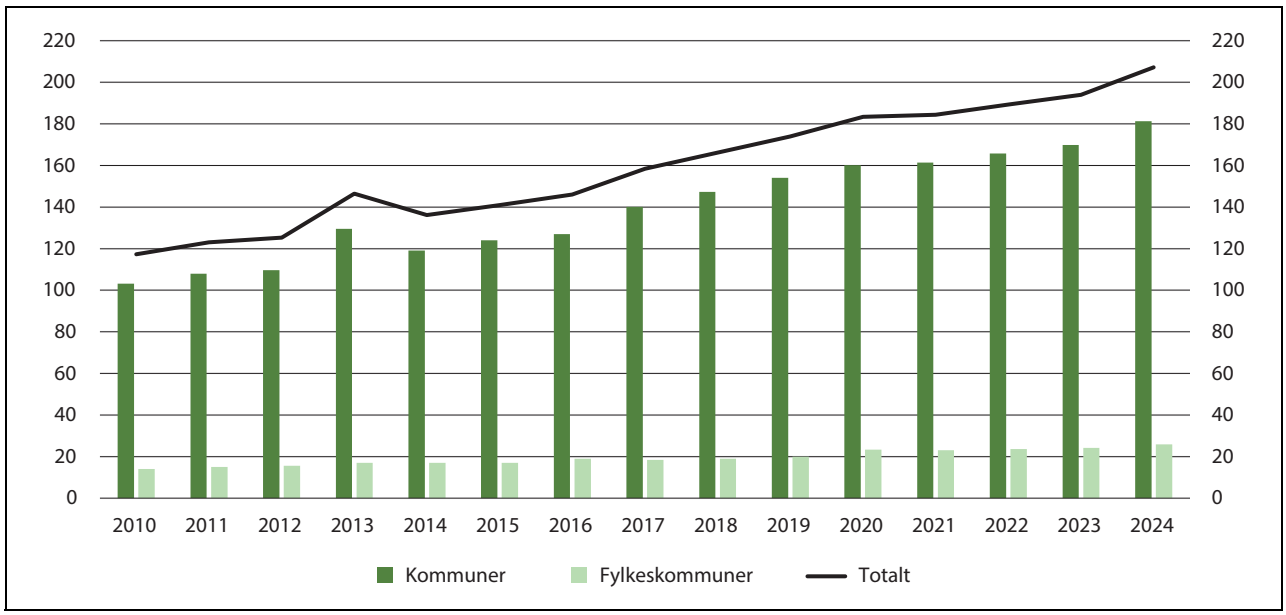
Etter regelverket skal tilskuddsbeløpene utbetales to ganger i året, basert på de kvantifiserbare kriteriene antall og type soningsplasser per fengsel.[47] Med virkning fra 2025, skal høy- og lavsikkerhetsplasser vektes med 1, forvaringsplasser med 2, og plasser til kvinner og mindreårige med 3. Inntil denne siste endringen i regelverket, var forvaringsplasser vektet med 2, høy- og lavsikkerhetsplasser med 1, og plasser i overgangsbolig med 0,5. Fordelingen av tilskuddsmidler basert utelukkende på kvantifiserbare kriterier ble innført fra 2017, med en innfasing over tre år.

Figur 14.4 viser samlet utbetalt tilskudd til kommuner og fylkeskommuner til helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel i perioden 2010–2024. Utbetalt tilskudd i 2024 utgjorde totalt 207,2 millioner kroner, fordelt med 181,3 millioner kroner til kommuner med fengsel og 25,9 millioner kroner til fylkeskommuner med fengsel. Helsedirektoratet har opplyst at tilskuddet årlig juste-

[45] Med virkning fra 1. juli 2024 er innsatte i fengsler eksplisitt omfattet av den offentlige tannhelsetjenesten.

[46] Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til Bergen kommune 13. juni 2023 bekreftet Helsedirektoratets lovtolkning.

[47] Regelverket for tilskuddsordningen er tilgjengelig på Helsedirektoratet nettsider.



Figur 14.4 Tilskudd til helse- og omsorgstjenester i fengsel. 2010–2024

Kilde: Prop. 1 S (2010–2011)–(2024–2025) for budsjettårene 2011–2025, Helse- og omsorgsdepartementet

Tabell 14.1 Tilskudd per plass for ulike typer plasser 2020–2023

	Forvaring	Høy/lavere sikkerhet	Overgangsbolig	Endring i prosent
2020	80 142	40 071	20 035	
2021	79 130	39 565	19 782	-1,26
2022	84 365	42 182	21 091	6,62
2023	87 455	43 728	21 864	3,66

Kilde: Helsedirektoratet

res med «regjeringens anslag på prisvekst på denne posten/posttypen». I perioden 2010–2024 økte det totale tilskuddet med i gjennomsnitt om lag 4,3 prosent per år, med enn noe sterkere økning i tilskuddet til fylkeskommunene enn til kommunene i denne perioden.

I hovedsak har fordelingen av hvor stor andel av det totale tilskuddet som formidles til henholdsvis kommuner og fylkeskommuner likevel vært relativt konstant. Med virkning fra 2025 fremgår det av regelverket at fordelingen av tilskuddet *skal* være 87,5 prosent til kommuner med fengsler og 12,5 prosent til fylkeskommuner med fengsler.

Det faktiske tilskuddet per innsatt i fengsel avhenger av hvor mange innsatte og plasser det er hvert år. Tilskuddet for 2023 ble utbetalt med utgangspunkt at det i 2023 var gjennomsnittlig 162 forvaringsplasser, 3 539 plasser i høysikkerhetsfengsel, 950 plasser i fengsel med lavere sikkerhet og 124 plasser i overgangsbolig. Tabell 14.1 viser tilskudd per plass i perioden 2020–2023.[48] Tilskuddet per innsatt var 87 455 kroner for forvaringsplass, 43 728 kroner for høy- og lavere sikkerhetsplass og 21 864 kroner for overgangsbolig i 2023.

Utvalget har mottatt opplysninger fra Helsedirektoratet om fordelingen av tilskuddet til fengselshelsetjenesten til de ulike kommunene. Figur 14.5 viser den kommunevise fordelingen av det totale tilskuddet på 169,8 millioner kroner i 2023.

Helsedirektoratet hadde våren 2023 på høring Nasjonale faglige råd om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte, som var tenkt å skulle erstatte Veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte.[49] Helsedirektoratet besluttet som følge av mange gode og relevante innspill som førte til store endringer, å omarbeide de faglige rådene til en Veileder til lov og forskrift for helse- og omsorgstjenester til innsatte, og sende på ny ekstern høring høsten 2023. Høringsfristen gikk ut 19. januar.

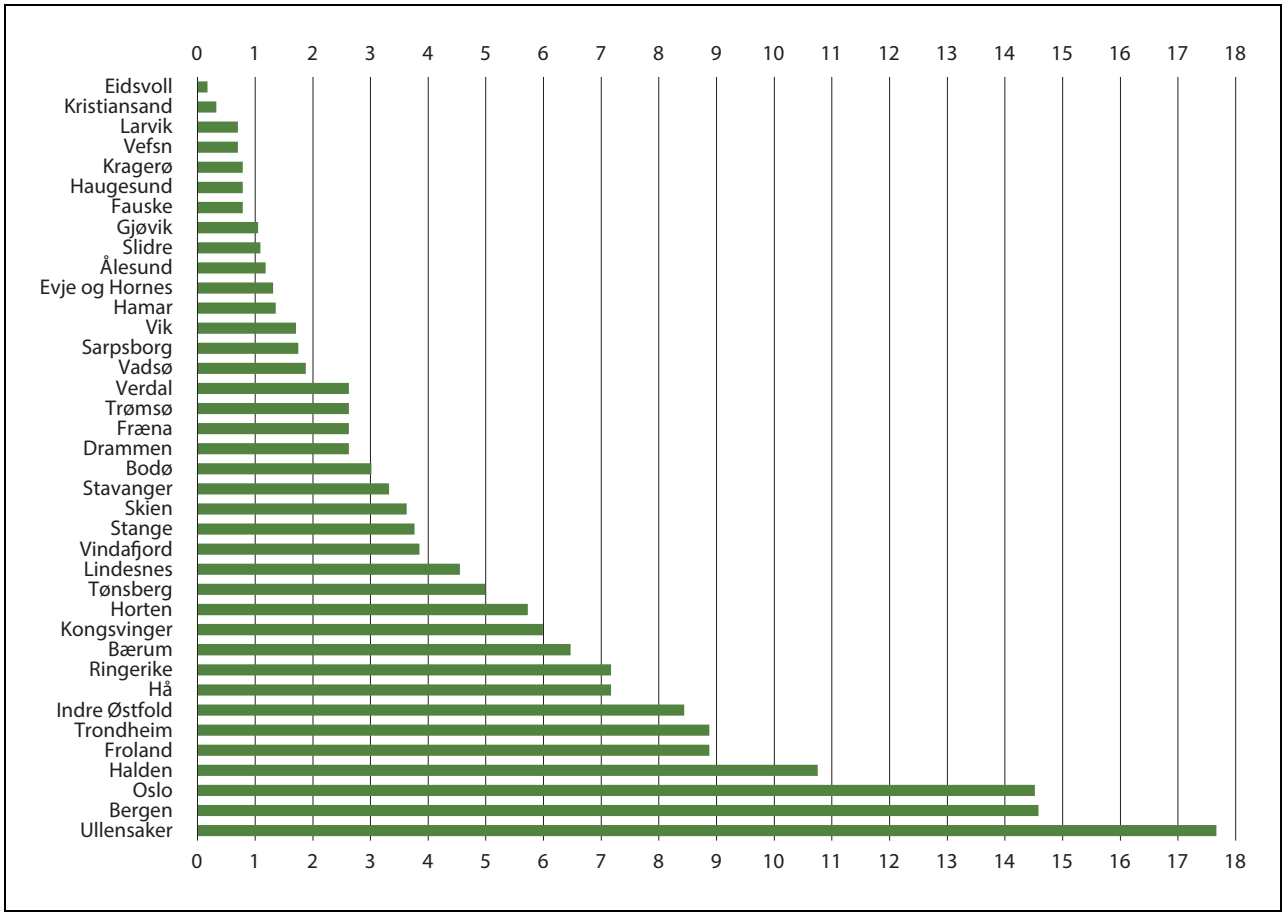
I høringsrunden våren 2023 påpekte flere vertskommuner for fengsler at det i henhold til forarbeider til helse- og omsorgstjenesteloven er staten som skal ha det fulle ansvaret for å finansiere tjenestene, og at tilskuddet således må dekke hele det finansielle behovet kommunene har knyttet til dette. Det ble også påpekt at det, i forbindelse med arbeidet med å revidere veilederen for helse- og omsorgstjenester til innsatte, legges opp til en styrking av tjenestetilbudet til innsatte i forhold til dagens nivå, og at dette medfører ytterligere utfordringer for finansieringen.

Lovfestingen av det kommunale ansvaret for fengselshelsetjenesten ble satt i kraft 1. januar 1995. Før dette var ordningen basert på avtaler mellom kommunene og staten. I forbindelse med lovfestingen pekte Sosial- og helsedepartementet på at de foreslåtte lovendringene ikke ville medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for staten, da den kommunale fengselshelsetjenesten allerede var finansiert over kap. 703 Fengselshelsetjenesten, og at statens utgifter ville påløpe uansett om det rettslige grunnlaget for kommunenes engasjement var lov eller avtale. Departementet påpekte videre at den økonomiske situasjonen også for kommunene ville være den samme uansett hvilket rettslig grunnlag helsetjenesten i fengslene ble ytt på grunnlag av.[50] I brev 13. juni 2023 til Bergen kommune har Helse- og omsorgsdepartementet stadfestet Helsedirektoratets vurdering av at tilskuddet fra staten ikke kan skal ses som en fullfinansiering, men bare som en støtte til

[48] Kvantitative fordelingskriterier ble faset inn i perioden 2017–2019. Tall for tildeling etter kriteriene er derfor fullstendige først fra og med 2020.

[49] Helsedirektoratet. (2013). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*. Veileder IS-1971.

[50] Ot.prp. nr. 60 (1993–94), punkt 4.7.



Figur 14.5 Tilskudd til kommuner med fengsler i 2023. Millioner kroner

Kilde: Helsedirektoratet

merutgifter ved å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Departementet ga videre uttrykk for at kommunene må bidra med egne midler ved behov ut over dette tilskuddet, dersom det er nødvendig for å ivareta sitt ansvar og yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

Bergen kommune opplyste i høringsuttalelse til revisjon av nevnte veileder at kommunen bidro med 2,7 millioner kroner av egne midler til fengselshelsetjenesten i 2023. Ifølge tall fra Helsedirektoratet, fikk Bergen kommune 14,6 millioner kroner i tilskudd i 2023. Det vil si at Bergen kommunes egen andel til finansiering av helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel i 2023 utgjorde i underkant av 16 prosent. Det bemerkes at behovet for at den enkelte fengselskommune bidrar med egne midler, i tillegg til å avhenge av størrelsen på totalbevilgningen hvert år, vil påvirkes av endrede fordelingskriterier.

Tilskuddsordningen for fengselshelse ble evaluert i 2024.[51] Evalueringen var basert blant annet på en spørreundersøkelse til fengselskommunene, med en svarprosent på 77. Av rapporten fra evalueringen fremgår det at 54 prosent av de kommunene som responderte, bidro med egne midler til å finansiere helse- og omsorgstjenestene til innsatte i fengsel, mens 33 prosent ikke bidro med egne midler og 13 prosent ikke visste om de bidro med egne midler eller ikke.

Blant de kommunene som responderte at de ikke bidro med egne midler, forklarte flere av respondentene dette med at tjenesten klarer å holde seg innenfor tilskuddets ramme, men presset økonomi ble også nevnt som en årsak, samt at tjenesten som tilbys styres av tilskuddet. Noen respondenter forklarte at det ble stilt krav om at forbruk i tjenesten skulle holdes innenfor rammen av tilskuddet, samt at kommuneledelsen var av den oppfatning at tilskuddet skulle dekke hele driften av fengselshelsetjenesten. Respondentene ble videre stilt spørsmål om hvor stor andel av kostnadene til helse- og omsorgstjenester i fengsel som blir dekket av tilskuddet fra Helsedirekto-

[51] Deloitte. (2024). *Tilskudd til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel*. Evaluering på oppdrag for Helsedirektoratet.

ratet. De aller fleste respondentene svarte at tilskuddet dekket enten 100 prosent eller 75 prosent av kostnadene (svaralternativene var 0, 25, 75 eller 100 prosent).

Det har ikke lykkes utvalget å få det hele bildet av hvor mye kommunene med fengsler bidrar med av egne midler til å finansiere fengselshelsetjenesten. I evalueringsrapporten anbefales det at det innhentes informasjon om hvorvidt tilskuddsmottaker bidrar med egne midler, for å kunne vurdere om eventuelle mangler ved tjenestene kan skyldes manglende finansiering fra kommunens eller fylkeskommunens side.

14.6 Spesialisthelsetjenester til innsatte

14.6.1 Helseforetakenes ansvar for å tilby nødvendige spesialisthelsetjenester

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester,[52] og det er de regionale helseforetakene og helseforetakene under dem (spesialisthelsetjenesten) som skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i egen helseregion.[53] Ansvaret omfatter blant annet utredning og diagnostisering av alvorlige psykiske lidelser.[54] Spesialisthelsetjenesten skal utføre sine oppgaver i samarbeid med andre tjenesteytere, herunder med kommunene og fylkeskommunene. Samarbeidet mellom de ulike aktørene skal gi et helhetlig og samordnet helsetilbud, herunder til innsatte i fengsel.[55]

Spesialisthelsetjenestene kan ytes enten av helseforetakene i regionen, eller ved at det inngås avtale med andre tjenesteytere.[56] For innsatte i fengsel kan spesialisthelsetjenestene typisk gjelde poliklinisk behandling (somatisk eller psykisk helsevern), innleggelse i sykehus (herunder i psykisk helsevern) og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet.

Helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten krever henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med mindre den innsatte er i et utrednings- eller behandlingsløp fra før, vil innsatte normalt komme i kontakt med spesialisthelsetjenesten gjennom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som henviser til spesialisthelsetjenesten. I noen tilfeller er det bekymringsmelding fra ansatte i kriminalomsorgen som danner utgangspunktet for at den innsatte kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Henvisninger vedrørende innsatte vurderes på ordinært vis, i tråd med prioriteringsregelverket. Det følger av psykisk helsevernloven at «offentlig myndighet» i noen situasjoner kan fremme en begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.[57] For fengselsinnsatte vil dette typisk kunne være den kommunale helse- og omsorgstjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.[58]

14.6.2 Organiseringen av spesialisthelsetjenester til innsatte. Helseforetakenes erfaringer med tjenesteytelsen

14.6.2.1 Generelt

Utvalget har innhentet svar fra de regionale helseforetakene på 11 skriftlige spørsmål om tjenesteytelsen til innsatt i fengsel. Spørsmålene gjaldt blant annet organisering av spesialisthelsetjenestene, dekningen av behovet sammenlignet med for befolkningen for øvrig, samhandlingen med andre aktører, og involvering av pårørende. De regionale helseforetakene har i stor grad besvart henvendelse ved å videreformidle til utvalget svarene fra de enkelte helseforetakene i regionen. Organiseringen av spesialisthelsetjenesten er dessuten i noen grad belyst gjennom svar fra vertkommunene for fengslene.

Ved behov for psykisk helsevern under spesialisthelsetjenesten, henviser den kommunale helse- og omsorgstjenesten til DPS (distriktspsykiatrisk senter) eller fengselspoliklinikk i helseforetak. Dersom det er behov for utredning eller behandling som ikke kan gjøres poliklinisk, henviser kommunen i noen tilfeller til innleggelse i spesialisthelsetjenesten. I svar fra helseforetakene er utvalget orientert om et særskilt tilbud til innsatte i Ungdomsenhet Øst, ved at disse får tilbud om kontakt med fengselspsykiatrisk poliklinikk innen én uke.

Spesialisthelsetjenesten ved DPS utfører poliklinisk utredning og behandling av innsatte. Tjenestene ytes dels innenfor og dels utenfor fengsel. I tilknytning til noen av de store fengslene er det opprettet egne psykiatriske fengselspoliklinikker med stedlig tjeneste i fengselet. Videre er det bestemt at det skal være et stedlig tilbud i fengs-

[52] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1.

[53] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

[54] SERAF. (2024). *Levekår, rus og psykisk helse blant personer som har vært fengslet eller gjennomført straff i samfunnet* (Rapport nr. 5/2024).

[55] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e første ledd.

[56] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd.

[57] Psykisk helsevernloven § 3-6 første ledd.

[58] Psykisk helsevernforskriften § 7.

lene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjonen). I tillegg til utredning og behandling av enkeltpersoner, gir DPS veiledning til de som arbeider i den kommunale fengselshelsetjenesten.

Det at pasienten er i fengsel, gir en spesiell ramme for å yte helsetjenester. Opphold i fengsel påvirker både hvordan tjenestene kan gis, og effekten av dem. Kriminalomsorgen forsøker å legge til rette, men enkelte helseforetak har bemerket at kriminalomsorgen låser inn innsatte mer enn ønskelig på grunn av lite bemanning. Det er også bemerket at det er få muligheter for aktiviteter eller tilrettelegging for aktiviteter i fengsel. Videre gir fengsel en annen (og vanskeligere) ramme for terapi enn utenfor fengsel. Ikke minst gjelder dette i gamle fengselsbygg med liten lydisolasjon. Ekstra krevende er det å hjelpe varetektsinnsatte fordi disse har stor usikkerhet om sin situasjon, og kanskje liten kontakt med familie og nettverk på grunn av restriksjoner besluttet av retten. Det er en særskilt risiko for selvmord knyttet til denne gruppen innsatte. For øvrig nevner helseforetakene at det forvansker tjenesteytelsen at innsatte ikke har tilgang til mobiltelefon, PC eller BankID.

Ressursknapphet i tjenestene merkes på ulike måter, blant annet ved at det kan oppstå utfordringer med å få bragt en innsatt til en timeavtale ved DPS utenfor fengselet. I områder med store geografiske avstander, bruker også behandlere mye tid på reising for å oppsøke pasienter, og det er bemerket overfor utvalget at digitale konsultasjoner og veiledning per internett bør videreutvikles.

Svarene fra helseforetakene forteller at disse i hovedsak opplever å kunne gi et tilbud til innsatte som er på linje med (eller bedre enn) tilbudet til den øvrige befolkningen, og det nevnes at tilgangen til spesialisthelsetjenester for innsatte er styrket de siste årene. Men det påpekes også at noen grupper innsatte, blant annet kvinner, har større behov enn andre. Stedlig tjeneste i fengsel opplever at terskelen for døgninnleggelse kan være noe høyere enn ellers, antakelig fordi opphold i fengsel anses å sikre en viss omsorg. Blant det som ellers påpekes fra helseforetakene, er at det kan være vanskelig for primærhelsetjenesten å oppdage moderate nevroutviklingsforstyrrelser eller psykisk utviklingshemming hos innsatte, og at det er begrenset kunnskap med hensyn til å forstå funksjonsnivået og behovet til mange av de innsatte som har eller kan ha en utviklingshemming eller autismespektertilstand. Poliklinikken mangler verktøy for å utrede autismespekterlidelser, og at det er komplisert å få innsatte med slike utfordringer utredet utenfor fengsel. For øvrig påpekes det blant annet at:

- Det er utilstrekkelig spisskompetanse innenfor fengselspsykiatri ved lokale DPS.
- Flytting av innsatte kan forvanske den helsemessige oppfølgingen av dem.
- Det er mangler ved behandlings- og oppfølgingstilbudet for innsatte med kognitive vansker og autismespekterforstyrrelser.
- Det mangler spesifikke behandlingstilbud for personlighetsforstyrrelser og seksuallovbruddsproblematikk.
- Det er behov for opplæring i traumebehandling.
- Det er begrenset mulighet for eksponering utenfor terapirommet.

Som forbedringspunkter er nevnt blant annet et mindre skille mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, og tettere samarbeid mellom psykiatrisk akuttpost og fengselspsykiatrisk poliklinikk for å unngå «svingsdørsvirkninger» av diagnostisk uenighet. Et annet forbedringsområde som nevnes er overganger mellom fengsler eller fra fengsel til frihet. Slike overganger kan medføre bytte av behandler eller at tjenesten opphører.

14.6.2.2 Særskilte utfordringer knyttet til spesialisthelsetjenester til kvinnelige innsatte og unge

Generelt er forekomsten av psykiske lidelser større blant kvinnelige enn blant mannlige innsatte. I noen grad dekkes behovet godt poliklinisk, men det er en særlig utfordring at noen kvinner blir dårlige ved fengsling, og bedriver selvskading mv. Sykehusinnleggelse vurderes ikke alltid å være riktig behandlingsnivå, samtidig som rammene i fengselet gjør det vanskelig å nyttiggjøre seg poliklinisk oppfølging. Plassering i sikkerhetscelle er hverken helsefremmende eller god omsorg. Det er sammensatt og kompleks problematikk hos noen innsatte i denne gruppen. Behovet kan primært være omsorg og habilitering, men det er vanskelig å finne et slikt tilbud.

Når det gjelder unge i fengsel, bemerkes det fra helseforetakene blant annet at det er positivt at det er en styrket oppfølging av unge innsatte. Men det påpekes også at dette er en pasientgruppe om vokser, og at det er viktig å fange opp behov og iverksette tiltak raskt. Arbeidet med denne gruppen kompliseres ved at den enkelte gjerne er mindre hjelpesøkende enn i andre pasientgrupper. Fordi de unge ofte har korte dommer, kan det

dessuten være vanskelig å planlegge livssituasjonen etter løslatelse. Det nevnes ellers også at høysikkerhetsfengsel kan være skremmende for unge, og bli en arena for påvirkning i negativ retning.

14.7 Samhandling og informasjonsutveksling i samarbeidet om ivaretakelsen av helsen til innsatte i fengsel

14.7.1 Samarbeid mellom ulike tjenester

Kriminalomsorgen har ansvar for gjennomføringen av fengselsoppholdet, og skal legge til rette for at innsatte får blant annet de helse- og omsorgstjenestene de har krav på.[59] Kommunene skal sørge for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten samarbeider med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, mens de regionale helseforetakene skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester, samarbeider med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.[60] Men selv om regelverket pålegger kriminalomsorgen og helsetjenestene å samarbeide, kan det være flere hindringer for et godt samarbeid.

I en rapport fra 2019 påpeker Helsedirektoratet at det kan være *organisatoriske*, *kulturelle*, *økonomiske* eller *juridiske* hindringer for et godt tverrsektorielt samarbeid.[61] Når det gjelder *organisatoriske* hindringer, viser direktoratet til at sektoransvarsprinsippet innebærer at det oppstår organisatoriske «siloer» som kan gjøre det vanskelig å operere på tvers. Sektorinndelingen i stat og kommune kan føre til at tjenestene ikke er koordinerte, og at informasjonsflyten ikke fungerer. De *kulturelle* hindringene kan blant annet skyldes at tjenestene bemannes av fagfolk som har ulike utdanninger, snakker ulike fagspråk, bruker ulike arbeidsformer og er preget av ulike kulturer. Tjenestene forvalter ulik profesjonskunnskap basert på verdier, normer og problemoppfatninger som er fremhevet innenfor de profesjonene som er sentrale der, og kan ha liten kjennskap til samfunnsoppdraget, kompetansen og oppgavene hos de andre tjenestene. Videre er det *økonomiske* hindringer i form av begrensede ressurser og mangel på tid. Disse hindringene kan bidra til at tjenesteyterne ikke prioriterer samarbeid med mindre det har direkte betydning for egen oppgaveløsning eller eget ansvarsområde. Videre kan ulike regelverk eller ulike forståelse av regelverk, være *juridiske,* hindringer for et godt samarbeid.

Blant de skriftlige spørsmålene utvalget sendte til kommunene med fengsel og de regionale helseforetakene, var hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten opplever samhandlingen med kriminalomsorgen, og med hverandre.

Når det gjelder *kommunenes opplevelse av samhandlingen med kriminalomsorgen*, svarer de fleste av de kommunene som har svart, at samhandlingen med kriminalomsorgen er god. Faste møter, god kommunikasjon og tillit, og forståelse og respekt for hverandres ansvarsområder og samfunnsoppdrag, nevnes som vesentlige faktorer. Fremstilling av innsatte blir påpekt som en utfordrende side ved samarbeidet, men det vises i noen grad også til god kontakt med kriminalomsorgen rundt dette. Et annet utfordringspunkt som nevnes, er tilfeller der innsatte ikke samtykker til opphevelse av taushetsplikt. Videre kan det være utfordrende at informasjonsdeling kun kan skje i papirform eller muntlig. Videre nevnes at det kan være vanskelig å veilede ansatte i kriminalomsorgen i deres håndtering av psykiske lidelser når det ikke er mulig å gå nærmere inn på diagnoser eller personlige utfordringer hos innsatte som har psykiske helseproblemer. Videre gis det uttrykk for at taushetsplikten tidvis kan skape utfordringer med hensyn til å dele helseopplysninger når en innsatt overføres fra et fengsel til et annet. For øvrig nevner kommunene disse utfordringene for samhandlingen med kriminalomsorgen:

- At helsetjenesten i noen tilfeller opplever at kriminalomsorgen gir instrukser for hvordan helsetjenesten skal løse sine oppgaver.
- Det er vanskelig å veilede kriminalomsorgen om håndtering av psykisk helse, siden kriminalomsorgen som etat mangler kunnskap om psykisk helse. Kriminalomsorgens personell kan ha feil forståelse av sentrale begreper vedrørende psykisk helse, og det kan være uklart hvor langt den kommunale helse- og omsorgstjenesten har veiledningsansvar overfor kriminalomsorgen.
- Ressursmangel står i veien for kontaktbetjentarbeid og miljøterapeutiske tiltak, og i den daglige samhandlingen bærer kriminalom-

---

59 Jf. straffegjennomføringsloven § 4.

60 Jf. henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

61 Helsedirektoratet. (2019). *Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester.*

sorgen preg av å være en presset tjeneste. Dette bidrar til at det samlede tilbudet til innsatte blir for fragmentert.
- Lokalitetene for den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten i fengslet er ikke tilfredsstillende.
- Det er uklarheter ved oppgavefordelingen, og behov for å avklare hva som er helsehjelp og hva som er praktisk bistand. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten belastes med forespørsler fra ansatte i kriminalomsorgen om veiledning og støtte, og behovet kan resultere i at den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten utfører oppgaver og ansvar som egentlig tilligger kriminalomsorgen.
- Det er behov for bedre strukturer og samarbeid på systemnivå, og for bedre kommunikasjon og samhandlingsrutiner.

Når det gjelder *kommunenes opplevelse av samhandlingen med spesialisthelsetjenesten*, er de fleste kommunene positive. Særlig stedlig spesialisthelsetjeneste oppleves som en ressurs. Kommunene peker samtidig på noen utfordringer i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten:
- Ressursmangler og begrenset kapasitet. Spesialisthelsetjenesten skriver ut innsatte etter for kort tid, noen ganger til oppfølging i fengselet og primærhelsetjenesten uten at relevante opplysninger følger med.
- Det er behov for bedre informasjonsflyt når innsatte overføres tilbake til fengsel for videre oppfølging av den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det mottas ikke alltid beskjed om utskrivning fra sykehus.
- Innsatte blir prioritert sist til somatiske sykehus, og det mangler samarbeid med psykiatrisk sykehus.
- Det er vanskelig å oppnå tilstrekkelig kommunikasjon rundt timer til spesialisthelsetjeneste, ettersom innkalling kommer på Helsenorge.no eller SMS. Innsatte har ikke mobiltelefon, og mister dermed timer.
- Det er vanskeligere å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten når behovet gjelder psykisk helse enn ved somatikk.
- Innsatte henvises til psykisk helsevern på vanlig vis, men forventninger om hjelp til vurdering i det enkelte tilfelle oppfylles ikke alltid.
- Spesialisthelsetjenesten i forskjellige regioner vurderer de innsatte forskjellig. Ved overføring mellom fengsler kan innsatte ha rettigheter fra et annet helseforetak som ikke videreføres på nytt sted.
- Det er ønske om mer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, både på ledernivå og laveste nivå.
- Psykologdekningen i fengsel er for dårlig.

Svarene fra spesialisthelsetjenesten viser at helseforetakene i hovedsak opplever at de har et godt samarbeid med kriminalomsorgen om innsatte som er pasienter. Det bemerkes likevel som problematisk at innsatte flyttes mellom fengsler uten nødvendig forvarsel og dialog med behandler, og at det ikke foreligger prosedyrer for kommunikasjon med nytt fengsel/helseforetak vedrørende behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Også ressursutfordringer, ulike kommunikasjonsplattformer og taushetsplikt/personvern kompliserer samarbeidet. Det uttrykkes bekymring for at reduksjon av antall ansatte og velferdstilbud i fengslene vil påvirke den psykiske helsen negativt for de innsatte. For spesialisthelsetjenesten er det også vesentlig å ha tilgang til internett for stedlig tjeneste i fengslene.

Helseforetakene opplever også samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten som generelt godt. Samarbeidet kompliseres i noen grad av at tjenestenivåene har ulike journalsystemer. Samarbeidet kan også være vanskelig dersom en pasient/innsatt ikke ønsker at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være involvert i behandling fra spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder involvering av pårørende, vises det til vanlig klinisk praksis. Involvering av pårørende skjer i noen grad ved telefonintervjuer, siden rammene i fengsel medfører en del begrensninger for hvordan pårørende kan involveres. Det vises også til at geografisk avstand og kapasitetsbegrensninger som hindringer for involvering.

I den tidligere nevnte rapporten fra Europarådets torturforebyggingskomités besøk til et utvalg norske fengsler mv. i mai 2024, er også samhandlingen mellom tjenester omtalt. I rapportens sammendrag uttales det blant annet:[62]

> Prison health care operates isolated from other prison services, in part due to strict legislation on medical confidentiality. Further, within the prison health care system, the different care providers, namely those responsible for somatic care, for psychiatric care, for drug addiction and the specialised «Basik» programme for

[62] Europarådets torturforebyggingskomité. (2024). *Report to the Norwegian government om the CPT visit to Norway carried out from 21 to 31 May 2024*.

sexual offenders, communicated insufficiently, in part due to the lack of a single, consolidated medical file, and tended to coordinate poorly. This led to insufficient clinical leadership in all prisons visited and contributed to a loss of valuable medical information, and negatively impacted on the quality of care afforded to prisoners. Overall, healthcare staffing was found to be insufficient in all prisons visited in terms of doctors and nurses' presence. There was significant staff turnover, with frequent absences of doctors and nurses which hampered the continuity of care.

14.7.2 Sentrale elementer i regelverket om taushetsplikt

14.7.2.1 Forvaltningsmessig og yrkesmessig taushetsplikt

Både kriminalomsorgen, de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten er underlagt lovbestemt taushetsplikt. Reglene om taushetsplikt skal beskytte privatlivet til den opplysningene gjelder, og bidra til tillit om at den som gir fra seg personlige opplysninger skal kunne stole på at opplysningene ikke spres til uvedkommende. Uten slik tillit øker faren for at alle de opplysningene som er relevante for å kunne ivareta den innsatte, ikke kommer frem. Dypest sett anses taushetsplikten i noen grad som en forutsetning for at den enkeltes rett til helsehjelp skal være reell.

Regelverket har bestemmelser dels om forvaltningsmessig taushetsplikt, og dels om yrkesmessig (profesjonsbestemt) taushetsplikt. Den forvaltningsmessige taushetsplikten gjelder generelt for alle som jobber i eller for et forvaltningsorgan, mens den yrkesmessige taushetsplikten bare gjelder for bestemte yrkesutøvere. De alminnelige reglene om taushetsplikt i forvaltningen – altså den forvaltningsmessige taushetsplikten – er nedfelt i forvaltningsloven §§ 13 flg. Etter forvaltningsloven § 13 første ledd nr. 1 har «enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan» plikt til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om noens «personlige forhold». Med opplysninger om noens «personlige forhold» menes opplysninger som det er vanlig å ville holde for seg selv. Opplysninger om helsemessige forhold er «personlige forhold» i forvaltningsloven forstand, og underlagt taushetsplikt. Blant annet spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven har en strengere definisjon av hva som er «personlige forhold» enn forvaltningsloven.

Helsepersonell har en yrkesmessig taushetsplikt som strekker seg lenger enn den forvaltningsmessige. Helsepersonell er i helsepersonelloven § 3 definert som personell som yter helsehjelp, det vil si som utfører handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål.[63] Den yrkesmessige taushetsplikten for helsepersonell er regulert i helsepersonelloven § 21. Bestemmelsen slår fast at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om «folks legems- eller sykdomsforhold» eller «andre personlige forhold» som de får vite om «i egenskap av å være helsepersonell». Dette omfatter alle opplysninger om en persons fysiske og/eller psykiske helsesituasjon. Også informasjon om at en pasient eller bruker er innlagt på sykehus eller har oppsøkt helsepersonell, er i utgangspunktet omfattet. En opplysning om at noen som anføres å være syk, likevel skal være frisk, omfattes også.[64] Uttrykket «andre personlige forhold» omfatter blant annet sosiale forhold, sivilstand og økonomiske forhold.[65] Bestemmelsen korresponderer med pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 første ledd. I motsetning til den forvaltningsmessige taushetsplikten, omfatter den yrkesmessige taushetsplikten også opplysninger som helsepersonell får tilgang til utenfor tjenesteforholdet, når opplysningene er mottatt fordi de er helsepersonell.

Både den forvaltningsmessige og den yrkesmessige taushetsplikten gjelder med en rekke unntak. Særlig sentralt er at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene gjøres kjent for den som opplysningene direkte gjelder.[66] Videre kan den som i utgangspunktet har krav på taushet, samtykke til at opplysningene deles. For barn under 18 år vil det som hovedregel kreves samtykke fra både vergen og barnet selv.[67] Uavhengig

---

63 Den yrkesmessige taushetsplikten for helsepersonell gjelder tilsvarende for de som behandler helseopplysninger i helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten, jf. helseregisterloven § 17 og pasientjournalloven § 15. Det betyr at også personell som kun utfører administrative oppgaver i helse- og omsorgstjenesten, er underlagt helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt når de behandler helseopplysninger.

64 En uttalelse fra den daværende Sivilombudsmannen i 2016, referert i § 21. Hovedregel om taushetsplikt – Helsedirektoratet

65 § 21. Hovedregel om taushetsplikt – Helsedirektoratet.

66 Forvaltningsloven § 13 a nr. 1 og helsepersonelloven § 22 første ledd.

av samtykke, vil taushetsplikten etter forvaltningsloven og helsepersonelloven heller ikke være til hinder for at opplysningene deles i anonymisert form.[68] Endelig nevnes at taushetsplikt etter forvaltningsloven og helsepersonelloven heller ikke er til hinder for at opplysningene brukes når ingen berettiget interesse tilsier at de holdes hemmelig.[69] Dette kan være tilfellet hvor en opplysning allerede er alminnelig kjent eller alminnelig tilgjengelig andre steder, for eksempel dersom en innsatt har fortalt om egen helsesituasjon i et TV-program eller lignende.

14.7.2.2 Bruk av taushetsbelagt informasjon

Den forvaltningsmessige taushetsplikten står ikke i veien for at opplysninger brukes for det formålet de er innhentet for, og i den forbindelse deles med kolleger i samme etat i den grad dette trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning.[70] Det samme gjelder deling av opplysninger med ansatte i andre forvaltningsorganer når dette er nødvendig for å fremme avgiverorganets oppgaver etter lov, instruks eller oppnevningsgrunnlag.[71] Rekkevidden av sistnevnte regel kan bero på hvordan avgiverorganets oppgaver er beskrevet i loven.

For kriminalomsorgens vedkommende følger det av straffegjennomføringsloven § 2 at etaten skal sørge for at straffen gjennomføres på en måte som tar hensyn til dens formål, motvirker nye straffbare handlinger og er betryggende for samfunnet. Videre følger det av samme lov § 4 at kriminalomsorgen gjennom samarbeid med andre offentlige etater skal legge til rette for at domfelte og innsatte i varetekt får de tjenestene som lovgivningen gir den krav på. Det kan spørres om kriminalomsorgens tilretteleggingsansvar etter § 4 i seg selv forutsetter at taushetsbelagte opplysninger deles med andre forvaltningsorganer. Det følger av merknadene til § 4 i Ot.prp. nr. 5 (2000–2001) at bestemmelsen blant annet er ment å pålegge kriminalomsorgen en plikt til å formidle den enkelte innsattes behov overfor andre tjenesteytere. Rammene for kriminalomsorgens deling av informasjon til helsetjenesten er nærmere regulert i forskrift om straffegjennomføring § 3-16. Bestemmelsens første ledd slår fast at ansatte i kriminalomsorgen skal formidle kontakt med helsetjenesten hvis den innsatte ber om det. Videre presiserer bestemmelsen at ansatte i kriminalomsorgen «av eget tiltak», altså også uten at den innsatte ber om det, skal formidle kontakt med helsetjenesten «hvis det er noe som tyder på at den innsatte er syk». Bestemmelsen synes å forutsette at kriminalomsorgen kan dele taushetsbelagt informasjon med helsetjenesten i disse tilfellene. Det følger videre av forvaltningsloven at taushetsplikten ikke er til hinder for at kriminalomsorgen deler taushetsbelagte opplysninger med andre så langt det er nødvendig for å «unngå fare for liv eller helse».[72]

Hvis taushetsplikten følger av en annen lov enn forvaltningsloven, slik den gjør for helsepersonell, vil det i praksis være denne andre loven som også regulerer adgangen til å dele opplysningene med andre. For opplysninger underlagt taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21, følger det av samme lov § 23 første ledd nr. 4 at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysningene gis videre når «tungtveiende private eller offentlige interesser» gjør det rettmessig. Det vil si at helsepersonell kan dele taushetsbelagte opplysninger med for eksempel kriminalomsorgen dersom hensynene og interessene som taler for dette, veier vesentlig tyngre enn de hensynene som taler for å bevare taushet. Hva som er «tungtveiende (…) offentlige interesser» i helsepersonellovens forstand, er ikke nødvendigvis sammenfallende med de offentlige interessene som ligger til grunn for at forvaltningen kan dele taushetsbelagt informasjon etter forvaltningsloven § 13. Deling av informasjon på grunnlag av helsepersonelloven § 23 nr. 4 vil særlig være aktuelt der det foreligger fare for menneskeliv eller helseskade, enten for konkret personer eller for en mer generell gruppe (for eksempel de som oppholder seg på et nærmere angitt sted).

Helsepersonelloven har egne regler for deling av taushetsbelagte opplysninger *mellom helsepersonell*, uavhengig av om helsepersonellet jobber i samme virksomhet. Det følger av helsepersonelloven § 25 første ledd at helsepersonell – dersom det er «nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp» – kan dele taushetsbelagte opplysninger om en pasient med annet helsepersonell som arbeider, eller har arbeidet, med pasienten. Tilsvarende kan taushetsbelagte opplysninger gis til

---

67 Situasjonen der en pasient mangler samtykkekompetanse, er nærmere omtalt i rapporten fra Ekspertutvalg om samtykkekompetanse *Bedre beslutninger, bedre behandlinger* fra juni 2023.

68 Forvaltningsloven § 13 a nr. 2 og helsepersonelloven § 23 nr. 3.

69 Forvaltningsloven § 13 a nr. 3 og helsepersonelloven § 23 nr. 2.

70 Forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 2 og 3.

71 Forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 5.

72 Forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 7.

samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens mindreårige barn eller mindreårige søsken.[73] Adgangen etter helsepersonelloven § 25 er avhengig av at pasienten ikke motsetter seg informasjonsdelingen. Det må gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger det er behov for å utlevere. Adgangen etter helsepersonelloven § 25 må ses i sammenheng med samme lov § 45, hvoretter helsepersonell som skal yte helsehjelp skal få relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på en forsvarlig måte.

I tillegg åpner helsepersonelloven § 25 a for å dele taushetsbelagte opplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap, mens § 25 b i noen grad åpner for å benytte informasjon om én pasient ved ytelse av helsehjelp til en annen pasient, begge deler under forutsetning av at pasienten ikke motsetter seg bruken, jf. også pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3.

14.7.2.3 Bistand fra ansatte i kriminalomsorgen til helsetjenestene

Utgangspunktet er at innsatte i fengsel kan administrere sine egne medisiner, som de ville ha gjort ellers i samfunnet. Særlig i fengsler med høyt sikkerhetsnivå vil det imidlertid ofte være besluttet at det av sikkerhetsmessige grunner ikke skal oppbevares medisiner på cellene. Ettersom helsetjenestene ikke er til stede i fengslene hele døgnet, bistår kriminalomsorgen i noen grad med å dele ut legemidler. Dette kan for eksempel gjelde foreskrevne medisiner og legemiddelassistert rehabilitering (LAR) overfor opioidavhengige. Helsetjenesten er da ansvarlig for at de aktuelle ansatte i kriminalomsorgen har fått nødvendig opplæring, slik at medikamentutdelingen utføres på en forsvarlig måte. Når ansatte i kriminalomsorgen bistår på denne måten, vil taushetsplikten omfatte også det de får vite gjennom utførelsen av denne oppgaven.[74]

14.7.2.4 Avvergingsplikt og andre regler som åpner for å formidle informasjon

I noen tilfeller har blant annet ansatte i kriminalomsorgen og helsepersonell plikt til å handle uten hensyn til taushetsplikt. Etter straffeloven har alle plikt til å søke å avverge nærmere bestemte straffbare forhold, og til å varsle om opplysninger som godtgjør at en uskyldig person er tiltalt eller dømt for lovbrudd av en viss alvorlighetsgrad. Videre har alle plikt til etter evne å hjelpe en person som er i åpenbar fare for å miste livet eller bli påført betydelig skade på kropp eller helse, og til å avverge en fare for en alvorlig ulykke. Brudd på disse pliktene er belagt med straffansvar.[75] Det finnes også en rekke øvrige regler som medfører plikt til å varsle om forhold som ellers ville vært omfattet av taushetsplikt. Her nevnes at etter psykisk helsevernloven § 3-6 første ledd har blant annet kriminalomsorgen plikt til å varsle helsetjenesten dersom en person antas å oppfylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og vedkommende ikke oppsøker behandling selv. Videre skal blant andre ansatte i kriminalomsorgen og helsetjenestene melde fra til barnevernet hvis det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for omsorgssvikt eller viser alvorlige atferdsvansker, jf. barnevernsloven § 13-2. Det nevnes også at kriminalomsorgen etter straffegjennomføringsloven § 7 a andre ledd bokstav c og b, har rett til å innhente opplysninger fra helsepersonell «om innsattes barne- og familieforhold som er nødvendige for å ivareta hensynet til barnet og den øvrige familien under straffegjennomføring, ved permisjon, ved løslatelse og ved overføring til andre gjennomføringsformer enn fengsel med høyt sikkerhetsnivå». Dette kan for eksempel gjelde opplysninger om incest, vold, skadelig rusmiddelmisbruk og andre særlige omstendigheter som kan ha skadelige virkninger i forholdet mellom innsatte og barnet.[76] Etter bestemmelsen har kriminalomsorgen også rett til å innhente opplysninger som er «strengt nødvendige for å avverge fare for liv og helse for den innsatte selv, andre innsatte og tilsatte». Dette kan for eksempel være medisinske opplysninger som kan være nødvendige for å bidra til å forhindre overdosedødsfall, selvmord eller smittespredning. Det kan også være opplysninger om den innsattes psykiske lidelser eller andre forhold som kan representere en fare for den innsatte selv, andre innsatte eller for sikkerheten i fengselet.[77] Før kriminalomsorgen innhenter opplysningene, skal den søke å oppnå medvirkning eller samtykke fra den som opplysningene direkte gjelder.

---

73 Helsepersonelloven § 25 tredje ledd og § 10 a.

74 Helsedirektoratet. (2016). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*. Veileder IS-1971.

75 Straffeloven §§ 196, 226 og 287.

76 Merknaden til straffegjennomføringsloven § 7 a i Ot.prp.nr.15 (2006–2007).

77 Merknaden til straffegjennomføringsloven § 7 a i Ot.prp.nr.15 (2006–2007).

14.7.2.5 Deling av taushetsbelagte opplysninger med den innsattes nærmeste pårørende

Straffegjennomføringsloven åpner for at kriminalomsorgen i visse tilfeller kan dele taushetsbelagte opplysninger med den fornærmede i straffesaken eller dennes pårørende, jf. lovens § 7 bokstav i. Dette gjelder for eksempel opplysninger om tidspunktet for permisjoner, avbrudd i straffegjennomføringen og løslatelse fra fengsel, hvis det er av betydning for den fornærmede eller dennes etterlatte å få kjennskap til dette på forhånd. Loven inneholder ingen tilsvarende særregler som åpner for å dele taushetsbelagte opplysninger med den innsattes pårørende. I praksis vil kriminalomsorgen derfor vanligvis være avhengig av samtykke fra den innsatte for å kunne dele taushetsbelagte opplysninger med de pårørende.

Den som yter helsetjenester skal gi pasientens nærmeste pårørende informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som ytes dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller «forholdene tilsier det», jf. helsepersonelloven § 10, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Etter dette regelverket er man altså ikke i alle tilfeller avhengig av pasientens samtykke. Muligheten for å gi pårørende informasjon uten pasientens samtykke kan for eksempel aktualiseres i tilfeller hvor pasienten er bevisstløs. Videre er det egne regler om deling av taushetsbelagte opplysninger til foreldre eller andre som har foreldreansvaret for mindreårige pasienter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4. Hvem som skal regnes som pårørende, er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

14.8 Tidligere utredninger og studier om innsattes helsesituasjon

Det har lenge vært offentlig oppmerksomhet om at det er psykisk syke i fengsel som ikke burde være der, og om den helsemessige oppfølgingen av innsatte. Det er gjennomført flere utredninger og studier som har bidratt til å belyse situasjonen. I det følgende nevner i korte trekk noe av dette arbeidet.

I 1982 ble det nedsatt et utvalg – kalt Weisæth-utvalget – som avga rapporten *Psykiatri og avvik hos innsatte*. Utvalget fastslo blant annet at alvorlig sinnslidende ikke er fengselsvesenets ansvar, og at fengselsvesenets anstalter er uegnet til å dra omsorg for sinnslidende. Weiseth-utvalgets rapport er fra før innføringen av dagens importmodell. En av anbefalingene i rapporten var at den psykiatriske helsetjenesten i fylkeskommunene skulle overta det faglige ansvaret for psykiatritjenesten i fengslene, slik at innsatte kunne få et tilbud tilsvarende befolkningen for øvrig.

Ved St.meld. nr. 56 (1991–92) ble det fremlagt en plan om å opprette et nytt fengsel for innsatte med store atferdsavvik. Formålet med en slik anstalt skulle være «å gi samfunnet vern mot farlige lovbrytere, avlaste andre anstalter, tilby et soningsmiljø som ikke virker sykdomsfremkallende og/eller forsterkende på asosial atferd, samt om mulig påvirke atferd».[78] Forslaget vakte debatt, blant annet om hvor denne anstalten – også kalt en «gråsoneanstalt» – geografisk sett skulle plasseres.[79] Planen ble ikke finansiert, og gråsoneanstalten aldri realisert.

St.meld. nr. 27 (1997–98) omhandler blant annet situasjonen for ulike grupper av innsatte som fungerer dårlig i fengsel. Det beskrives blant annet at innsatte med psykiske problemer trenger tilrettelegging for individuelle løsninger. I meldingen gis det uttrykk for at det bør etableres ressursavdelinger som ivaretar dette behovet.

I november 2008 nedsatte Justis- og politidepartementet en arbeidsgruppe som i 2009 avga rapporten *Ressursavdelinger for innsatte med psykiske lidelser og store atferdsavvik*. Rapporten inneholder blant annet en situasjonsbeskrivelse som i sammendraget er oppsummert slik:

> Kriminalomsorgen har ansvaret for en innsattbefolkning bestående av en svært uensartet gruppe mennesker med ulike forutsetninger for å gjennomføre en frihetsberøvelse. Forekomsten av psykiske lidelser i fangepopulasjonen er høy – og betydelig høyere enn i befolkningen for øvrig. Høy andel av personlighetsforstyrrelser og rusproblemer kompliserer bildet, og byr på særskilte straffegjennomføringsmessige utfordringer med henblikk på å tilrettelegge for en god tilpasning til samfunnet. En relativt nylig gjennomført norsk undersøkelse viste at andelen innsatte med lærevansker var betydelig høyere enn i befolkningen for øvrig.
>
> Personer med alvorlig sinnslidelse skal ikke sitte i fengsel, men overføres til psykiatrisk døgnavdeling til behandling. Utviklingen innen allmennpsykiatrien synes imidlertid å ha gått i en retning som har medført en generell nedbygging av de døgnplasser som er aktuelle for fengselsinnsatte. Utviklingen når det gjel-

[78] St.meld. nr. 56 (1991–92), punkt 1.
[79] Innst. S. nr. 18 (1992–93).

der døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien har virket i samme retning.

For innsatte som ikke har en alvorlig sinnslidelse, men har en tilstand som krever en tettere oppfølgning enn det som er mulig å få til innenfor de ordinære fengselsavdelingene, anbefales det i rapporten å opprette særlig tilrettelagte enheter – såkalte ressursavdelinger.[80]

I Cramer-undersøkelsen fra 2014 ble domfeltes psykiske helse kartlagt i perioden fra 2011 til 2013. Diagnosene som fremgår av rapporten, er ikke kliniske sykdomsdiagnoser, det vil si at det ikke er benyttet internasjonalt anerkjent diagnosekartleggingsverktøy. De kan derfor ikke betraktes som mer enn kvalifiserte anslag på forekomsten av psykiske lidelser. Situasjonen for 857 domfelte, både menn og kvinner, ble kartlagt gjennom intervjuer. Resultatene kan tyde på at forekomsten av psykiske lidelser blant innsatte i norske fengsler var betydelig høyere enn i befolkningen for øvrig. Ifølge rapporten var det bare 8 prosent av de undersøkte som ikke hadde tegn til psykiske lidelser. Videre ble det påvist risikofaktorer for selvmord hos 12 prosent. Resultatene tydet også på at det er vanlig å ha flere lidelser samtidig.[81] Rapporten fra Cramer-undersøkelsen ble fulgt opp i en felles rapport fra Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet i 2016.[82]

På bakgrunn av en rekke fengselsbesøk utført av Forebyggingsenheten, fremla Sivilombudsmannen (nå Sivilombudet) i 2019 en særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler.[83] I meldingen påpekes det blant annet at det er innsatte med store psykiske helseutfordringer som sitter isolert under kritikkverdige forhold gjennom lang tid. Det bemerkes også i meldingen at det er klare mangler i helsepersonells kompetanse om skadevirkninger av mangel på menneskelig kontakt, og manglende kompetanse om oppfølging for å forebygge eller avhjelpe slike skader.

Rapporten *Innsatte med utviklingshemming – en deskriptiv undersøkelse av ulike etaters arbeid med identifikasjon og tilrettelegging* fra 2020 gjelder situasjonen for personer med utviklingshemming i norske fengsler.[84] Undersøkelsen til grunn for rapporten ble gjennomført i perioden fra august 2018 til desember 2019. Forekomsten av innsatte med utviklingshemming i norske fengsler anslås i rapporten å være 10 prosent. I rapporten pekes det blant annet på to forbedringspunkter for å sikre rettssikkerheten til innsatte med utviklingshemming; en bedre brukermedvirkning, og anledning til å delta i kulturliv, fritidsaktiviteter, fornøyelser og idrett på linje med andre innsatte. Videre pekes det på kjent kunnskap om at personer med utviklingshemming ofte har tilleggsutfordringer, for eksempel i form av psykiske lidelser. Generelt er det vel kjent i den kommunale helse- og omsorgstjenesten at utredning av psykiske lidelser overfor innsatte med psykisk utviklingshemming er viktig, men det er varierende opplevelser om hvor godt dette følges opp. Ettersom psykisk utviklingshemming kan «skygge for» psykiske lidelser, er det viktig å ha gode utredningsrutiner på dette området. Det nevnes ellers at seksuallovbrudd og voldslovbrudd synes å være lovbruddskategorier hvor innsatte med utviklingshemming er forholdsvis sterkt representert.[85]

I 2022 publiserte Senter for omsorgsforskning en rapport om innsattes helse- og omsorgsbehov i fengsel. Studien ble gjennomført som delstudier med personlige intervjuer med ledere og ansatte i kriminalomsorgen og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i to utvalgte fengsler, og innsatte i to utvalgte fengsler. I tillegg ble det gjennomført en undersøkelse ved at ledere og ansatte i kriminalomsorgen og den kommunale helse- og omsorgstjenesten fylte ut et spørreskjema.[86] Noen av de sentrale funnene i rapporten er at:

– Den største helseutfordringen for norske innsatte er psykiske lidelser og rusmisbruk. Resultatene viser både lettere psykiske lidelser (som angst og depresjoner), alvorlige psykiske lidelser (personlighetsforstyrrelser, psykoser, suicidalitet og selvskading) og traumer som et resultat av vold og overgrep. Samtlige respondenter i fengselshelsetjenesten oppga at man kjente til innsatte med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk i fengsel.

---

80 Arbeidsgruppe oppnevnt av Justisdepartementet. (2009). *Ressursavdelinger for innsatte med psykiske lidelser og store atferdsavvik – Forslag til tiltak, s. 7*.

81 Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler.* SIFER-Øst.

82 Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2016). *Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*.

83 Sivilombudsmannen. (2019). *Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler*.

84 SIFER. (2020). *Innsatte med utviklingshemming – en deskriptiv undersøkelse av ulike etaters arbeid med identifikasjon og tilrettelegging*, s. 6.

85 SIFER. (2020). *Innsatte med utviklingshemming – en deskriptiv undersøkelse av ulike etaters arbeid med identifikasjon og tilrettelegging*, s. 35.

86 Magnussen, S. og Tingvold, L. (2022). *Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte*.

- Innsatte etterlyser flere og andre typer helsetilbud. Nesten alle de innsatte som det ble snakket med, kunne vise til en situasjon der de ikke hadde fått den helsehjelpen de trengte.
- Det er noen innsatte i norske fengsler som har et større behov for helsehjelp enn det kriminalomsorgen og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan tilby. Det er tale om innsatte som er for syke til å være i fengsel.

Resultatene fra intervjuene og spørreskjemaene ble vurdert å tyde på at innsatte de siste 10–15 årene har flere og mer omfattende helse- og omsorgsbehov enn tidligere.[87]

I 2023 ble studien «Psychiatric morbidity among women in Norwegian prisons, 2010–2019» publisert.[88] Omtrent 50 000 kvinner og menn i fengsel med høyt eller lavere sikkerhetsnivå var omfattet av undersøkelsen, herunder personer i varetekt. Studien så på de som var i fengsel mellom 1. januar 2010 og 31. desember 2019. Konklusjonen i rapporten er at psykiatriske og doble lidelser (ROP, rus- og psykiatriske lidelser) er meget utbredt blant fengselsinnsatte. Resultatene viser at 75 prosent av kvinnene hadde en historie med psykiske lidelser, mens andelen for menn var 59 prosent. Ruslidelser og ROP-lidelser var svært utbredt blant begge kjønn, men aller mest blant kvinnene. Flere enn én av tre kvinner (38 prosent) hadde én ROP-lidelse, mens andelen for menn var én av fire (24 prosent). I en sammenligning av forekomsten i 2010 og 2019, fremkommer det at det var en betydelig økning for alle diagnostiske kategorier, bortsett fra depressive lidelser og stemningslidelser. I samme periode ble også antallet innsatte redusert (spesielt innsatte med korte dommer).

I 2024 ble det fremlagt en rapport fra Senter for rus- og avhengighetsforskning som kartla levevilkår, rus og psykiske lidelser blant innsatte.[89] Studien omfattet alle personer som har vært innsatt i fengsel eller gjennomført straff i samfunnet i perioden 2010–2022. For temaet rus- og psykiske lidelser avdekket kartleggingen at 64 prosent av de innsatte som gjennomførte straff i fengsel i den angitte perioden var diagnostisert med en psykisk lidelse i løpet av perioden. Forekomsten av psykiske lidelser var høyere blant kvinner enn blant menn (henholdsvis 78 og 62 prosent). Også for alvorlige psykiske lidelser var forekomsten høyere blant kvinner enn blant menn (henholdsvis 42 og 27 prosent). Totalt var 29 prosent av de innsatte diagnostisert med det rapporten betegner som alvorlige psykiske lidelser, som inkluderer psykoselidelser, bipolare lidelser, depresjon og personlighetsforstyrrelser.[90]

For unge domfelte (18–24 år) avdekket kartleggingen at unge kvinner har en særlig forekomst av psykiske lidelser (84 prosent), ruslidelser (66 prosent) og ROP-lidelser (57 prosent). De unge kvinnene har også en høyere forekomst av det som betegnes som alvorlige psykiske lidelser sammenlignet med kvinner ellers i fengselet, mens unge menn har høyere forekomst særlig av ruslidelser og ROP-lidelser, sammenlignet med menn i fengsel for øvrig.[91]

For eldre menn (50 år eller eldre) viser rapporten en lavere forekomst av ulike psykiske lidelser enn for hele gruppen menn som er i fengsel eller gjennomfører straff i samfunnet. Eldre menn i fengsel har imidlertid en høy forekomst av alkoholbrukslidelse (30 prosent).[92]

For domfelte med psykisk utviklingshemming var det en særlig høy forekomst av flere psykiske lidelser og ruslidelser samtidig. 96 prosent av gruppen har en annen psykisk lidelse enn psykisk utviklingshemming, og 64 prosent av de som gjennomfører straff i fengsel har en ROP-lidelse.[93]

Videre fremgår det av rapporten at mens antallet innsettelser i fengsel gikk ned fra 8 915 i 2010 til 5 228 i 2022, økte antallet personer som var registrert med ruslidelser og psykisk lidelser året før innsettelse, betraktelig i samme periode. Rapporten nevner også at det har vært en endring med hensyn til hvilke typer lovbrudd som danner grunnlag for fengselsopphold. Rusmiddellovbrudd er redusert, mens seksuallovbrudd, vold og mishandling har økt.[94]

De samme utviklingstrekkene kommer i noen grad til uttrykk i stortingsmeldingen Meld. St. 39 (2020–2021) *Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring*.[95] Der pekes det blant annet på at mange innsatte er dømt for seksuallovbrudd, vold og mishandling, og at økte strafferammer har medført at fengselsstraffene har blitt lengre gjennom de siste ti

[87] Magnussen, S. og Tingvold, L. (2022). *Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte*, s. 66.

[88] Svendsen, V. mfl. (2023). Psychiatric morbidity among women in Norwegian prisons, 2010- 2019: a register-based study. *BMC Psychiatry 23*: 390.

[89] SERAF. (2024). *Levekår, rus og psykisk helse blant personer som har vært fengslet eller gjennomført straff i samfunnet.*

[90] SERAF. (2024), s. 33.

[91] SERAF. (2024), s. 43.

[92] SERAF. (2024), s. 45.

[93] SERAF. (2024), s. 102.

[94] SERAF. (2024), s. 21.

[95] Meld. St. 39 (2020–2021), s. 9.

årene. Det vurderes videre at de innsatte på gruppenivå har blitt mer krevende. Det er også pekt på at antallet innsatte som gjennomfører forvaring har økt, og at gjennomsnittsalderen for de innsatte øker. Riksrevisjonen beskriver i sin rapport fra 2022 at innsattes behov for tjenester har endret seg, ettersom innsattgruppen har blitt eldre og flere enn tidligere har sammensatte helseutfordringer.[96]

Oppsummert er det etter dette klart at forekomsten av rus- og psykiske lidelser er stor, og større blant innsatte i fengsel enn i befolkningen for øvrig. Den er enda større blant kvinner enn blant menn i fengsel. Forekomsten av rus- og psykiske lidelser er høyere blant unge, kvinnelige domfelte enn kvinner ellers i fengselet, mens unge, mannlige domfelte har høyere forekomst av særlig ruslidelser og ROP-lidelser sammenlignet med menn i fengselet for øvrig. Det synes også klart at forekomsten av psykiske lidelser blant innsatte har økt de senere årene. Behovet for helsetjenester vil dermed også være større.

14.9 Ivaretakelse av helsen til fengselsinnsatte i enkelte andre land

14.9.1 Psykiske lidelser blant innsatte

Frihetsberøvede personer i Norden har rett til nødvendig helsehjelp på lik linje med andre innbyggere. En rapport fra Verdens helseorganisasjon fra 2022 peker på at innsatte i fengsel likevel er sykere og har en dårligere utvikling sammenlignet med den generelle befolkningen. Det understrekes i rapporten at det generelt er en stor forekomst av psykiske lidelser blant personer i fengsel. Selvmord er den viktigste årsaken til dødelighet i fengsler over hele verden.[97]

En rapport fra Europarådet fra 2019 peker på at mange land sliter med å komme frem til gode løsninger for innsatte med psykiske lidelser.[98] I så måte fremsnakker rapporten et fransk og et nederlandsk initiativ. I den franske modellen er sikkerheten på psykiatrisk sykehus ivaretatt av fengselsmyndigheter, og et godt samarbeid mellom justis- og helsesektoren fremheves. Nederland har etablert «psykiatriske fengselssentre» hvor fengselsbetjenter med betydelig etterutdanning innenfor helse, ivaretar de innsatte i første linje. Den nederlandske modellen er omtalt av Europarådets torturforebyggingskomite (CPT).[99]

En studie fra 2024 om innsattes helse i skandinaviske fengsler mellom 2010 og 2019 konstaterer at mens fengslingsraten har gått ned i løpet av det siste tiåret, har en økende andel av de som blir innsatt i fengsel en diagnostisert psykisk lidelse.[100] Det gis uttrykk for at resultatene bør tilsi at håndteringen i fengsel bør oppgraderes for å kunne ta imot flere innsatte med komplekse behov.

Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) inspiserer regelmessig fengsler, psykiatriske institusjoner og andre steder hvor personer kan bli frihetsberøvet, i de nordiske land og i andre land som har sluttet seg til aktuelle konvensjon. CPT har ofte rost de nordiske landene for deres generelt høye standard, men har også påpekt behov for forbedringer i enkelte fengsler og psykiatriske institusjoner. Påpekninger til nordiske land har blant annet vært knyttet til isolasjon og tilgang til helsetjenester. Når det gjelder isolasjon, har komiteen observert forbedringer i både Danmark, Finland og Sverige i de nyeste landrapportene som er tilgjengelige. For Danmark bemerkes blant annet en positiv trend for omfanget av rettsbestemt isolasjon.[101]

Europarådets ministerkomité vedtok reviderte fengselsregler i 2022. Reglene er standarder blant annet for isolasjon, bruk av tvangsmidler i fengsel, og tilsyn. Standardene reflekterer sentrale kilder som avgjørelser fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen og anbefalinger fra CPT.

Alle de nordiske land har regler for utsettelse av straffegjennomføring eller straffavbrudd på grunn av helsemessige årsaker. Detaljene i ordningene og prosedyrene varierer.

---

96 Riksrevisjonen. (2022–2023). *Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel*, s. 116.

97 Verdens helseorganisasjon. (2022). *Status report on prison health in the WHO European Region.*

98 Europarådet. (2019). *Organisation and management of healthcare in prison*, s. 55–58.

99 Europarådets torturforebyggingskomite (CPT). (2016). *Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)*, s. 6.

100 Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M., Chang, Z., Lehmann Kvamme, T., Thylstrup, B., Tverborgvik, T., Skjærvø, I. & Stavseth, M. (2024). The prevalence and comorbidity of mental health and substance use disorders in Scandinavian prisons 2010–2019: a multi-national register study. *BMC Psychiatry.*

101 Europarådets torturforebyggingskomite (CPT). (2019). *Report to the Danish Government on the visit to Denmark carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 3 to 12 April 2019.*

14.9.2 Organisering av helsetjenestene

Nevnte rapport fra Verdens helseorganisasjon fra 2022 beskriver hvordan ulike land i Europa organiserer ytelsen av helsetjenester til innsatte i fengsel.[102] I noen land ansettes det helsepersonell i og av kriminalomsorgen, mens andre har en modell hvor tjenestene dels ytes i regi av kriminalomsorgen, og dels av de alminnelige helsetjenestene. I blant de nordiske landene organiseres helsetjenesten noe ulikt.

Norske fengsler drives som kjent etter importmodellen. *Sverige* har i hovedsak samme system, men synes å ha et noe større innslag av helsetjenester også fra kriminalomsorgen. Bestemmelser om helsehjelp til innsatte i institusjon finnes i den svenske fengselsloven. Av bestemmelsen fremgår blant annet at en innsatt som trenger helse- og legehjelp skal ivaretas etter anvisning gitt av lege, at den alminnelige legehjelpen skal engasjeres dersom den innsatte ikke kan undersøkes eller behandles på en hensiktsmessig måte i institusjonen, og at den innsatte skal overføres til sykehus om nødvendig. I tillegg sier fengselsforordningen § 25 at hver institusjon skal ha tilgang til autorisert lege og personell med passende medisinsk opplæring.

Danmark skiller for det første i større grad mellom varetektsfengsler og andre fengsler enn Norge. Videre har Danmark en blandingsmodell for helsetjenester. Spesialisthelsetjenesten for innsatte er en importert tjeneste. Mye av primærhelsetjenestene utføres også av ordinære tjenester, men fengslene har noe ansatt helsepersonell selv. Innsattes rett til medisinsk behandling og annen helsehjelp er nedfelt i straffegjennomføringsloven § 45. Dersom en innsatt trenger ytterligere undersøkelser eller behandling enn det som gis i fengsel, er det regionsykehussystemet som håndterer dette. Sosial rusbehandling utføres av private virksomheter på kontrakt etter anbud. Behandlingen utføres inne i fengslene.

Finland utmerker seg først og fremst ved å ha egne psykiatrisk sykehus for personer dømt til behandling, selv om det heller ikke der er helt «vanntette skott» med hensyn til hvem som behandles i hvilke institusjoner.

[102] Verdens helseorganisasjon. (2022). *Status report on prison health in the WHO European Region.*

Kapittel 15
Forvaring

15.1 Innledning

Det følger av straffeloven § 40 første ledd at forvaring kan idømmes når tidsbestemt fengselsstraff «ikke anses tilstrekkelig til å verne andres liv, helse eller frihet». Formuleringen «andres liv, helse eller frihet» skal forstås generelt – det kreves ikke at bestemte enkeltpersoners liv, helse eller frihet må være truet.[1]

Straffeloven § 40 første ledd angir videre hvilke typer lovbrudd som kan gi grunnlag for forvaring. Forvaring kan idømmes når en person finnes skyldig i å ha begått eller forsøkt å begå «et voldslovbrudd, et seksuallovbrudd, en frihetsberøvelse, en ildspåsettelse eller et annet lovbrudd som krenket andres liv, helse eller frihet, eller utsatte disse rettsgodene for fare». Hvilke lovbruddsgrupper som skal regnes som alvorlige og mindre alvorlige, er beskrevet i lovforarbeider og utviklet gjennom rettspraksis.[2] Forsøk rammes også, siden også forsøkshandlinger kan gi grunnlag for å konstatere at en person utgjør en særskilt fare for andres liv, helse eller frihet.

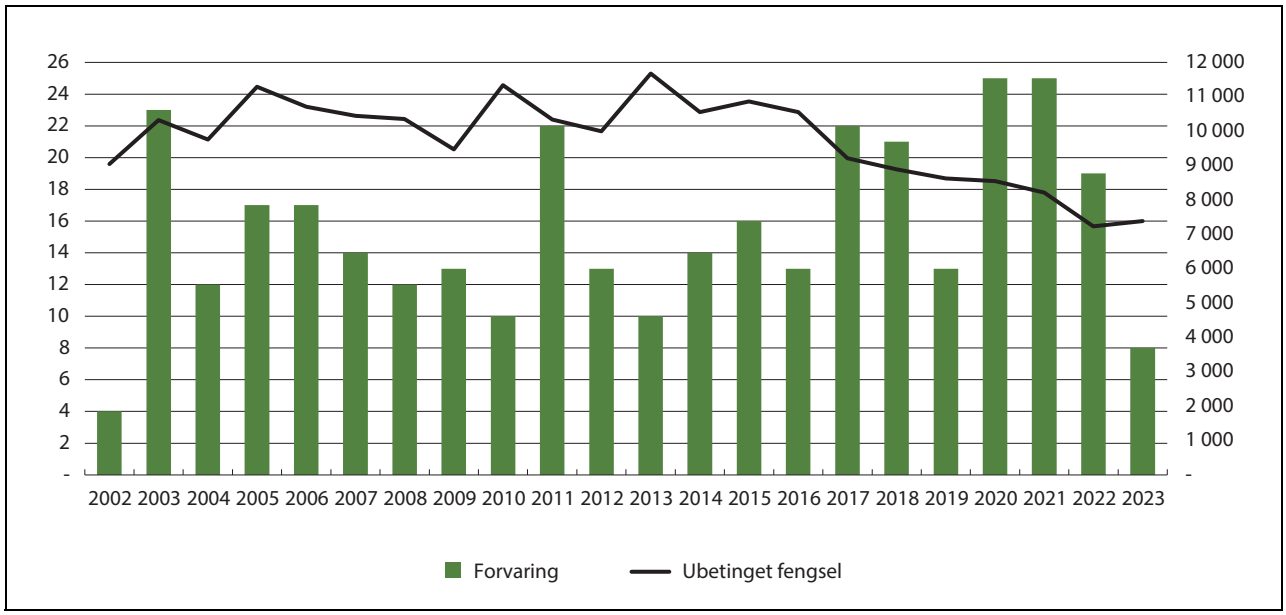
Et tredje vilkår for å kunne idømme forvaring, er at det må være gjentakelsesfare, jf. straffeloven § 40 første ledd, jf. andre og tredje ledd. Var lovbruddet av alvorlig art, må det være en «nærliggende fare» for at lovbryteren på nytt vil begå et alvorlig lovbrudd. Hvis lovbruddet var av mindre alvorlig art, må den siktede «tidligere ha begått eller forsøkt å begå et alvorlig lovbrudd som nevnt i første ledd», og «det må antas å være en nær sammenheng mellom det tidligere og det nå begåtte lovbruddet». Faren for tilbakefall må i slike tilfeller være «særlig nærliggende».

Hvis den siktede var under 18 år på handlingstidspunktet, kan forvaring ikke idømmes med mindre det foreligger «helt ekstraordinære omstendigheter».[3]

[1] Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) s. 277.

[2] Ot.prp. nr. 87 (1993–94) s. 110–111.

[3] Straffeloven § 40 første ledd siste punktum.



Figur 15.1 Antall nye dommer til forvaring (venstre akse) og antall nye dommer til ubetinget fengsel (høyre akse). 2002–2023

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10622

Figur 15.1 viser antallet nye dommer til forvaring hvert år (venstre akse). Antallet har variert en del fra år til år, men har over tid vært relativt stabilt. I gjennomsnitt har det i perioden 2002–2023 vært avsagt i underkant av 16 nye forvaringsdommer hvert år (statistikken inkluderer ikke sikringsdommer konvertert til forvaring). Sammenliknet med antall nye dommer til ubetinget fengsel hvert år (høyre akse), er antall nye dommer til forvaring lavt. Som det fremgår, var antallet dommer til ubetinget fengsel i 2023 om lag 7 400. Antall nye dommer til ubetinget fengsel har gått ned over tid. Av alle nye dommer til enten forvaring eller ubetinget fengsel hvert år, utgjør dommer til forvaring en svært liten andel. Gjennomsnittet for perioden 2002–2023 er under 0,2 prosent.

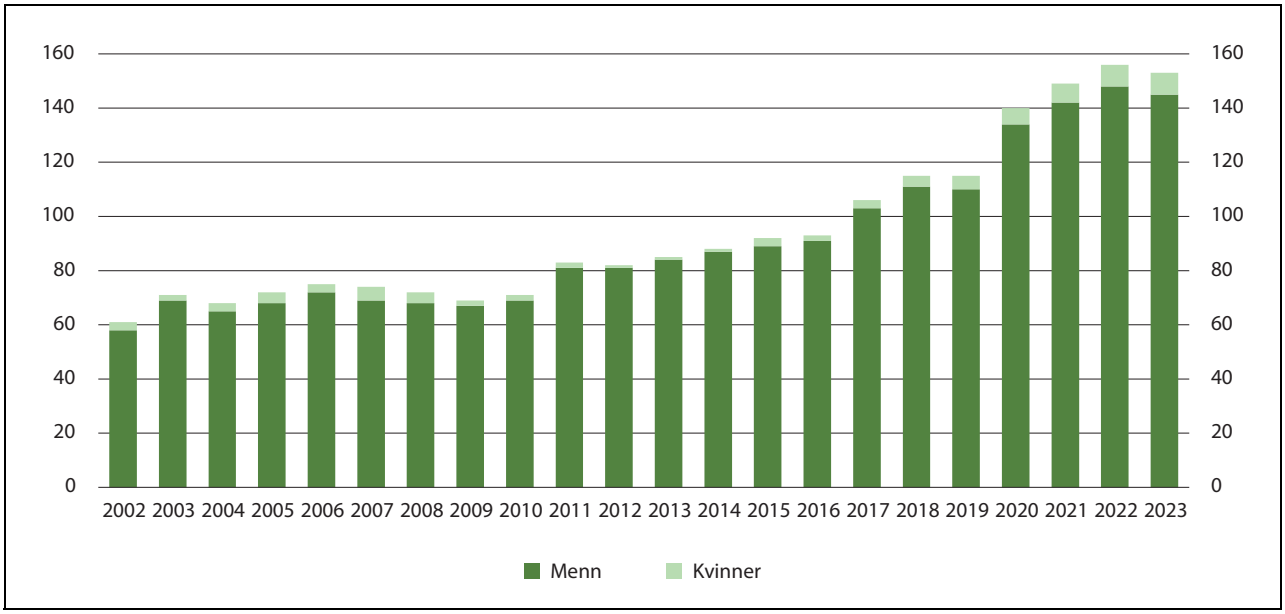
15.2 Hvem er de domfelte til forvaring?

Figur 15.2 viser gjennomsnittlig antall innsatte i forvaring (inkludert konverterte sikringsdømte) hvert år i perioden 2002–2023 og fordelt på kvinner og menn. I perioden 2002–2006 ble totalt 48 sikringsdommer konvertert til forvaring. Antallet innsatte som gjennomfører forvaring har økt over tid. Det fremgår at kvinner utgjør en liten andel av de innsatte i forvaring, i størrelsesorden fem prosent i 2023. Andelen kvinner blant de forvaringsdømte er noe lavere enn andelen kvinner blant de som gjennomfører ubetinget fengselsstraff.

Forvaringsinnsatte utgjør en høyere andel av fengselspopulasjonen i dag enn tidligere. I perioden 2002–2017 lå andelen forvaringsinnsatte relativt stabilt på rundt tre prosent av det totale antallet innsatte (eksklusiv varetektsinnsatte), se figur 15.3. I 2023 var denne andelen steget til over seks prosent. En del av økningen i andelen kan forklares med at det fra 2009 gradvis er åpnet for å gjennomføre fengselsdom med elektronisk kontroll utenfor fengsel, og at denne formen for gjennomføring benyttes mye. Forvaring kan i dag ikke gjennomføres med elektronisk kontroll utenfor fengsel.

Når det gjelder den aldersmessige fordelingen av de domfelte til forvaring, er denne vist for fireårsperioder fra 2004 til 2023 i figur 15.4. Det fremgår at det er i aldergruppen 30–39 år det har vært flest forvaringsdømte i alle fireårsperiodene, bortsett fra i perioden 2008–2011 hvor det var like høy andel i aldersgruppen 21–29 år som i aldersgruppen 30–39 år.

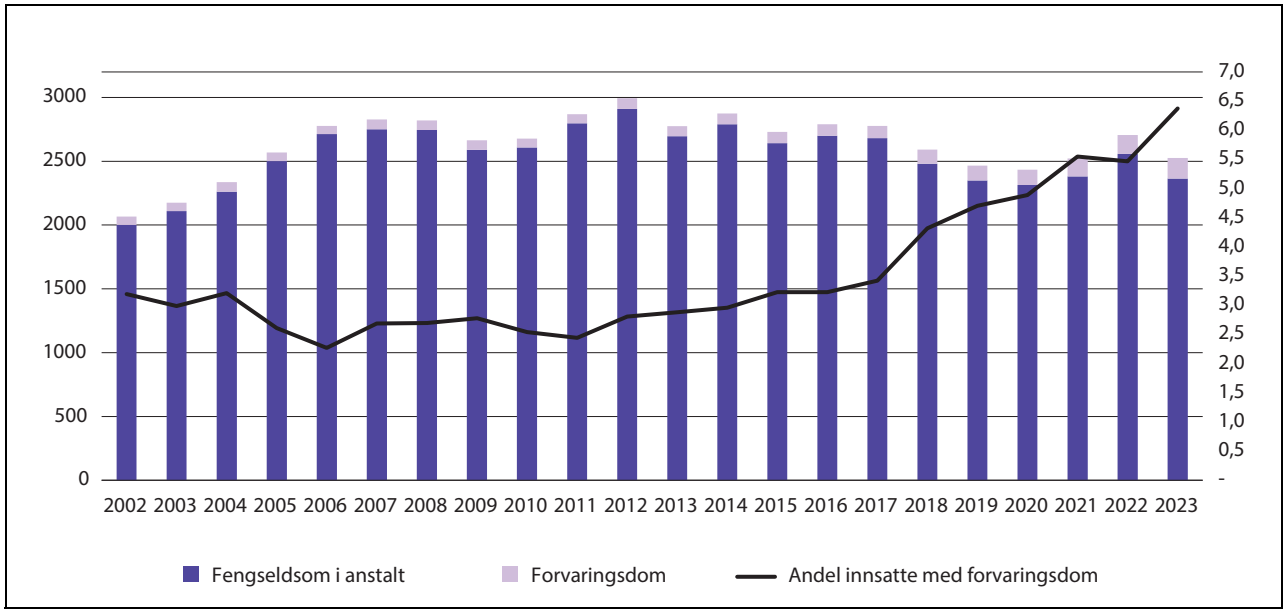
Figur 15.5 viser andelen innsatte i forvaring fordelt på hovedlovbruddstyper i perioden 2002–2023. Kategorien *andre lovbrudd* inkluderer her alle typer lovbrudd som ikke er kategorisert som *vold og mishandling* eller *seksuallovbrudd*. Det fremgår at for innsatte i forvaring utgjør *vold og mishandling* og *seksuallovbrudd* samlet gjennomgående mellom 90 og 100 prosent av totalen i alle årene. Til sammenlikning utgjorde disse to hovedlovbruddstypene for personer med fengselsdom i



Figur 15.2 Gjennomsnittlig antall innsatte i forvaring, inkludert tidligere sikringsdømte[1], fordelt på menn og kvinner. Per 31. desember 2002–2023

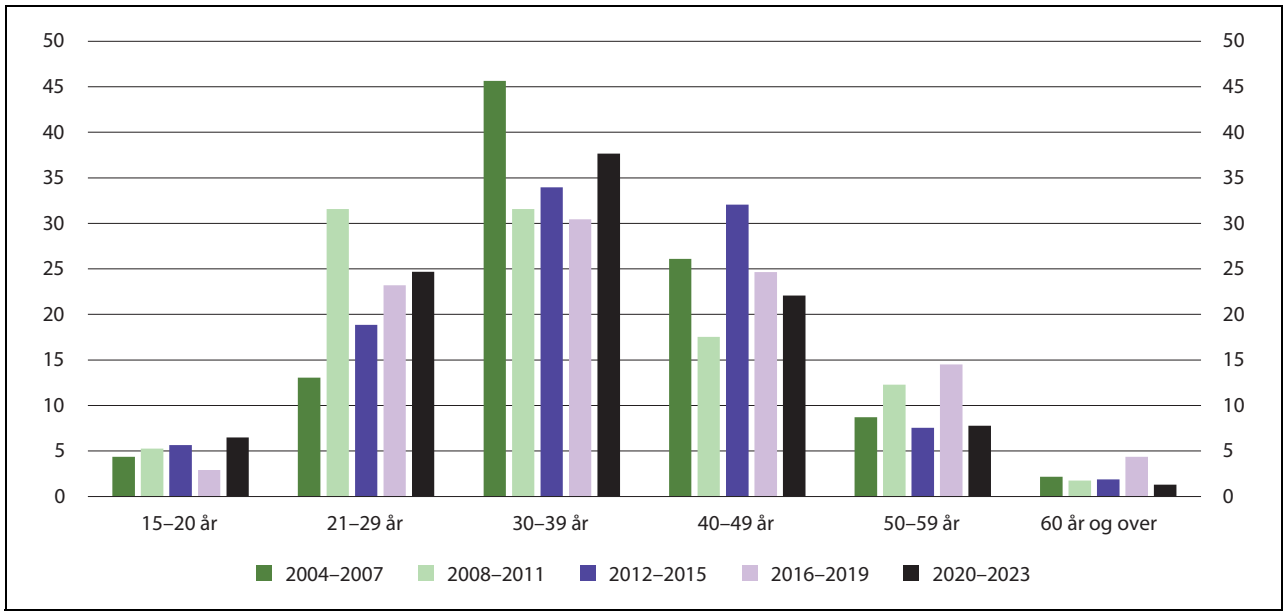
[1] Forvaringsdømte med tidligere dom til sikring er ute av statistikken fra og med 2008

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet



Figur 15.3 Antall innsatte med fengselsdom og i forvaring (venstre akse). Andel forvaringsinnsatte (høyre akse). 2002–2023

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10530



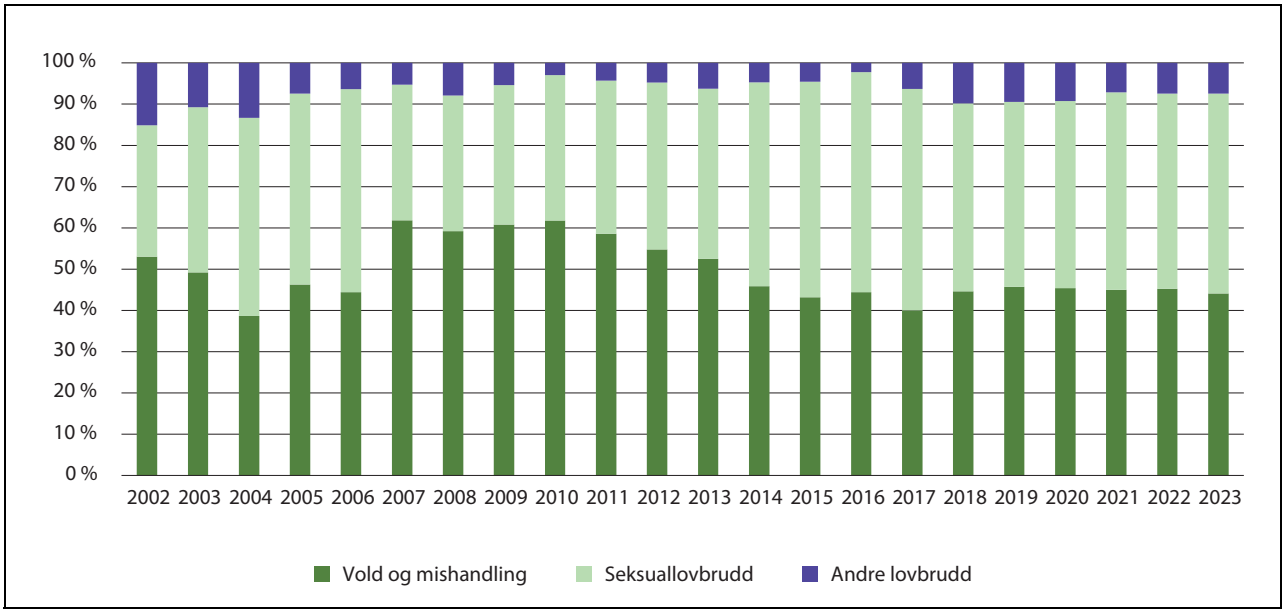
Figur 15.4 Aldersfordeling domfelte til forvaring. Nye dommer i fireårsperioder 2004–2023. Prosent

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10623

anstalt samlet vel 30 prosent i 2002 og nær 60 prosent i 2023. Det har vært en økning i andelen seksuallovbrudd (som hovedlovbrudd) for forvaringsinnsatte, fra om lag 32 prosent i 2002 til vel 48 prosent i 2023.

I artikkelen «Er forvaringsordningen tilpasset dagens forvaringsdømte?» er de domfelte beskrevet gjennom inndeling i fire forskjellige grupper, omtrent slik.[4]

[4] Rosenqvist, R. og Sandal, T. (2015). Er forvaringsordningen tilpasset dagens forvaringsdømte? *Tidsskrift for strafferett, Vol.15.*



Figur 15.5 Innsatte i forvaring etter type hovedlovbrudd per 1. januar 2002–2023. Prosent

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10531

- Gruppe 1: Forvaringsdømte med svært dårlig fungering (psykose, psykisk utviklingshemming, hjerneskade, autisme, og flere lidelser samtidig med svært dårlig psykisk fungering som resultat).
- Gruppe 2: Forvaringsdømte som har kommet skjevt ut, men som kan profittere på struktur, fravær av rus, utdannelse, arbeidserfaring, sosial trening mv.
- Gruppe 3: Forvaringsdømte som i utgangspunktet har forutsetninger for å fungere greit, men som utviser manglede evne til å kontrollere seksuelle impulser som innebærer kriminalitet.
- Gruppe 4: Forvaringsdømte som har utviklet en kriminell identitet, og som ikke synes å ønske en resosialisering.

I noen tilfeller kan det være vanskelig å plassere en domfelt innenfor denne gruppeinndelingen. For alle gruppene kan rusmisbruk være en kompliserende faktor.

15.3 Forvaring for lovbrudd begått av personer under 18 år

Ved innføringen av dagens forvaringsstraff med virkning fra 2002, inneholdt ikke loven noen særskilt regulering om idømmelse av forvaring overfor barn. I to senere utredninger – NOU 2002: 4 og NOU 2008: 15 – er det foreslått at forvaring ikke skal kunne idømmes barn.

Med virkning fra 2012 fikk straffeloven en ny regel om at hvis siktede var under 18 år på handlingstidspunktet, kan det ikke idømmes forvaring med mindre det foreligger «helt ekstraordinære omstendigheter».[5] I lovforarbeidene er det uttalt blant annet at reaksjonen forvaring «tilnærmet aldri» bør benyttes overfor barn.[6] Verken loven eller lovforarbeidene gir tydelige føringer for hvilke omstendigheter som skal regnes som helt ekstraordinære, men det er klart at det må foreligge omstendigheter som skiller seg fra det som er vanlig i saker der mindreårige har begått alvorlige lovbrudd.

Fra 2002 til 2012 ble det ikke avsagt noen dommer til forvaring for handlinger begått av personer under 18 år. Senere, i perioden 2017 til 2020, ble fem personer dømt til forvaring for handlinger som begått før fylte 18 år.

- *Vollen-saken (HR-2017-290-A)*: I 2016 ble ei jente født i 1999 dømt til forvaring. Bakgrunnen for dommen var at jenta, da hun var 15 år gammel, tok livet av nattevakten på barnevernsinstitusjonen der hun bodde. Jenta ble dømt til ni års forvaring, med en minstetid på seks år. I 2022 besluttet Gjenopptakelseskommisjonen at saken skal gjenopptas. Grunnlaget for

[5] Straffeloven § 40 første ledd siste punktum. Regelen er beskrevet og drøftet i Holmboe (2020).

[6] Prop. 135 L (2010–2011), s. 104.

beslutningen var en ny rettspsykiatrisk erklæring som tilsa at det kan ha vært usikkerhet om den domfeltes tilregnelighet. I den videre behandlingen av saken er jenta vurdert å ha vært strafferettslig utilregnelig på handlingstidspunktet, og dømt til tvunget psykisk helsevern.[7]

- *Vulkan-saken (HR-2019-832-A)*: I september 2017 forsøkte en 17 år og tre måneder gammel gutt å drepe et tilfeldig offer. Guttens alder på gjerningstidspunktet tilsa etter Høyesteretts syn at hensynene bak særregelen om at barn tilnærmet aldri skal idømmes forvaring, fikk noe mindre vekt. Gutten ble dømt til fire års forvaring uten minstetid.
- *Varhaug-saken (LG-2019-105200)*: I juli 2018 drepte en 17 år og 10 måneder gammel gutt et 13 år gammelt tilfeldig offer, og mishandlet liket. Gutten ble dømt til 12 års forvaring, med en minstetid på åtte år.
- *Vinstra-saken (LE-2019-122942)*: I oktober 2018 drepte en 16 år gammel gutt en 16 år gammel jente med kniv. I tillegg påførte han en mann som forsøkte å avverge angrepet, grov kroppsskade. Gutten ble dømt til 13 års forvaring, med en minstetid på åtte år.
- *Voldtekt-saken (LB-2020-34882)*: En gutt på 16 år og omtrent fire måneder begikk fire voldtekter. I tillegg var han dømt for seksuell omgang med mindreårig, mishandling i nære relasjoner, ran, ransforsøk, trusler, skremmende og plagsom opptreden, og brudd på kontaktforbud. Gutten ble dømt til ni års forvaring, med en minstetid på seks år.

I artikkelen «Forvaring av unge lovbrytere – et ubehagelig aktuelt tema» fra 2020 skriver Morten Holmboe blant annet:

> Mens utviklingen siden 2000 har gått klart i retning av å heve terskelen for bruk av ubetinget fengsel for unge lovbrytere, kan det se ut til at terskelen for bruk av forvaring for de mest alvorlige handlingene i hvert fall ikke er hevet, og kanskje senket – til tross for lovendringen i 2012. Det kan skyldes tilfeldigheter – det er få saker som er så alvorlige at unge lovbrytere vurderes for forvaring, men det kan også skyldes en økt vilje til å legge avgjørende vekt på samfunnsvernet. Det kan spørres om terskelen for forvaring nå egentlig er merkbart høyere enn terskelen for sikring i alvorlige saker var før årtusenskiftet.[8]

Senere har det kommet rettsavgjørelser hvor forvaring for unge er vurdert, men ikke idømt. Slik rettspraksis kan justere bildet noe.[9] Det må likevel konstateres at den adgangen som straffeloven gir til å idømme forvaring for gjerningspersoner under 18 år, ikke bare er av teoretisk karakter.

Også internasjonalt synes utviklingen å gå i retning av hevet terskel for bruk av tidsubestemt frihetsberøvelse av barn.[10] Da FNs barnekomite reviderte sin generelle kommentar om barns rettigheter i rettssystemet, anbefalte komiteen sterkt at konvensjonstatene avstår fra all bruk av livsvarig fengsel for lovbrytere somvar under 18 på handlingstidspunktet, inkludert bruk av tidsubestemte straffer.[11] Komitéen anbefalte også uttrykkelig i sin forrige statsrapport til Norge å slutte med bruk av forvaring av barn.[12]

15.4 Tidsrammen for forvaring

Det følger av straffeloven § 43 første ledd at retten skal fastsette en tidsramme for forvaringen. Tidsrammen bør vanligvis ikke overstige 15 år, og kan ikke overstige 21 år. For lovbrudd som har en strafferamme på fengsel i inntil 30 år, kan retten fastsette en tidsramme som ikke kan overstige 30 år.

Var den domfelte under 18 år på handlingstidspunktet, bør tidsrammen vanligvis ikke overstige 10 år, og den kan ikke overstige 15 år.

Det følger av bestemmelsens andre ledd at retten også bør fastsette en minstetid for forvaringen. Er det fastsatt en slik minstetid, kan den domfelte ikke løslates på prøve før minstetiden er utløpt.[13] Minstetiden settes vanligvis tilnærmet lik 2/3 av varigheten av en alternativ tidsbestemt fengselsstraff, og skal som hovedregel ikke overstige 10 år. I tilfeller hvor retten fastsetter en tidsramme for forvaringen som overstiger 15 år, kan

---

7 LE-2022-95459.

8 Holmboe. (2020). Forvaring av unge lovbrytere – et ubehagelig aktuelt tema. *Tidsskrift for strafferett, Vol. 20 utgave 3,* s. 227–252.

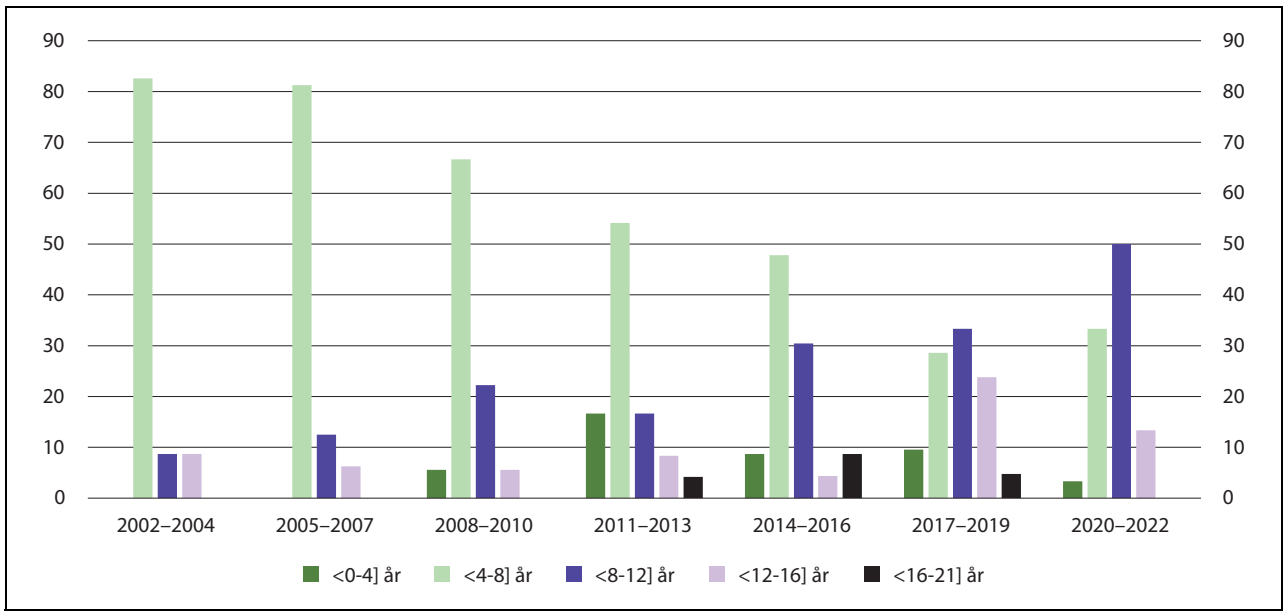
9 Holmboe. (2023). Barn på handlingstidspunktet, voksen på domstidspunktet En kritisk analyse av to dommer av Norges Høyesterett. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, *110* (3), 204–220.

10 For nærmere omtale se Fornes, I. & Gröning, L. (2021). Bruk av forvaring og sikring overfor barn 1965–2020. Tidsubestemt frihetsberøvelse av barn i et utviklingsperspektiv, s. 251–252. *Tidsskrift for strafferett.*

11 FNs barnekomite, 18. september 2019, General Comment no. 24, CRC/C/GC/24 avsnitt 81.

12 FNs barnekomite, Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Norway, CRC/C/NOR/CO/5-6 avsnitt 35 (a).

13 Straffeloven § 44 første ledd.



Figur 15.6 Utmålt straff (lengstetid) for forvaringsdommer for seksuallovbrudd i treårsperioder 2002–2022, andeler i kategorier av domslengder på fire år[1]

[1] Kategorien <16–21] år dekker et femårsintervall med faktiske domslengder på 17 år og 21 år
Kilde: Kriminalomsorgens høyskole- og utdanningssenter (KRUS), seminar om forvaring 3. desember 2024

retten likevel fastsette en minstetid som ikke kan overstige 14 år. I tilfeller hvor retten fastsetter en tidsramme som overstiger 21 år, kan retten fastsette en minstetid som ikke kan overstige 20 år.[14]

Etter begjæring fra påtalemyndigheten kan retten ved dom forlenge den fastsatte tidsrammen for forvaringen med inntil fem år om gangen. Påtalemyndigheten må reise sak om forlengelse senest tre måneder før forvaringstiden utløper. For at retten skal kunne forlenge tidsrammen for forvaringen, må det fremdeles være en kvalifisert gjentakelsesfare. Så lenge dette er tilfellet, er det i prinsippet ingen grense for hvor mange ganger forvaringen kan forlenges. En forvaringsstraff kan dermed potensielt vare livet ut.

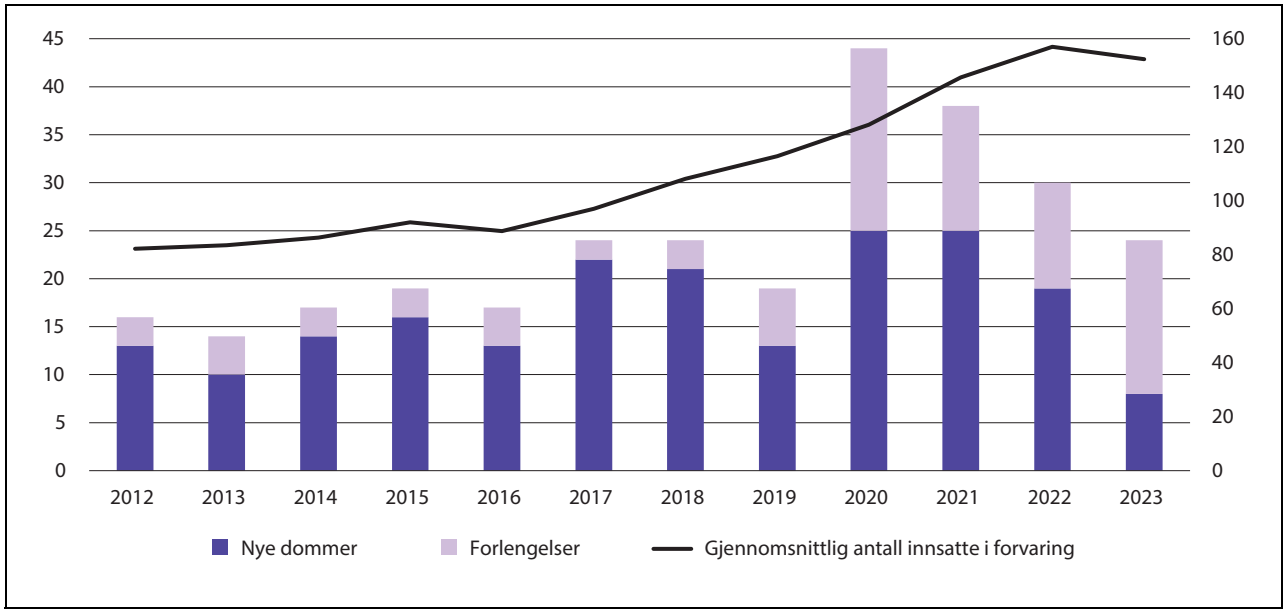
Som det fremgår av punkt 15.2, har det skjedd en økning i antallet som til enhver tid gjennomfører en forvaringsdom, uten at veksten i antall nye dommer hvert år har vært særlig sterk. Mulige årsaker til dette kan omfatte at forvaringsdommene over tid har blitt lengre og at forvaringsstraffene i større grad forlenges. Når det gjelder seksuallovbrudd, som er en av de hyppigst forekommende lovbruddskategoriene forvaringsinnsatte er domfelt for, skjedde det en betydelig straffeskjerpelse med virkning fra 1. januar 2010.[15]

Figur 15.6 viser utmålt straff (lengstetid) for alle forvaringsdommene for seksuallovbrudd som er avsagt i perioden 2002–2022, inndelt i tidsperioder på tre år, og fordelt i intervaller på fire år med hensyn til domslengder. Det fremgår at andelen forvaringsdommer for seksuallovbrudd med lange strafferammer har økt over tid, og særlig etter 2010. I perioden 2020–2022 hadde eksempelvis 63 prosent av forvaringsdommene for seksuallovbrudd en strafferamme over 8 år, mens denne andelen var bare 19 prosent i perioden 2005–2007. Forvaringsdommer for seksuallovbrudd med en strafferamme på mer enn 16 år, har bare forekommet fra 2013 og fremover. I alt har det blitt avsagt fire dommer i denne kategorien i perioden; tre med domslengde 17 år (én i 2013, én i 2016 og én i 2019) og én med domslengde 21 år (i 2016).

Figur 15.7 viser utviklingen i antall nye dommer, antall forlengelser og gjennomsnittlig antall innsatte hvert år i perioden 2012–2022. Mens det i perioden 2012–2019 i gjennomsnitt var tre til fire forlengelser hvert år, var det i perioden 2020–2023 i gjennomsnitt 15 forlengelser hvert år.

De som gjennomfører en forvaringsdom i 2024 har gjennomgående sittet lengre i forvaring enn de som gjennomførte forvaring i 2015, se figur 15.8. Figuren tar utgangspunkt i hvor mange av de forvaringsinnsatte som på et gitt tidspunkt i henholdsvis 2015 og 2024 som var inne i sitt første, andre, tredje osv. år i forvaring. Lengdene er

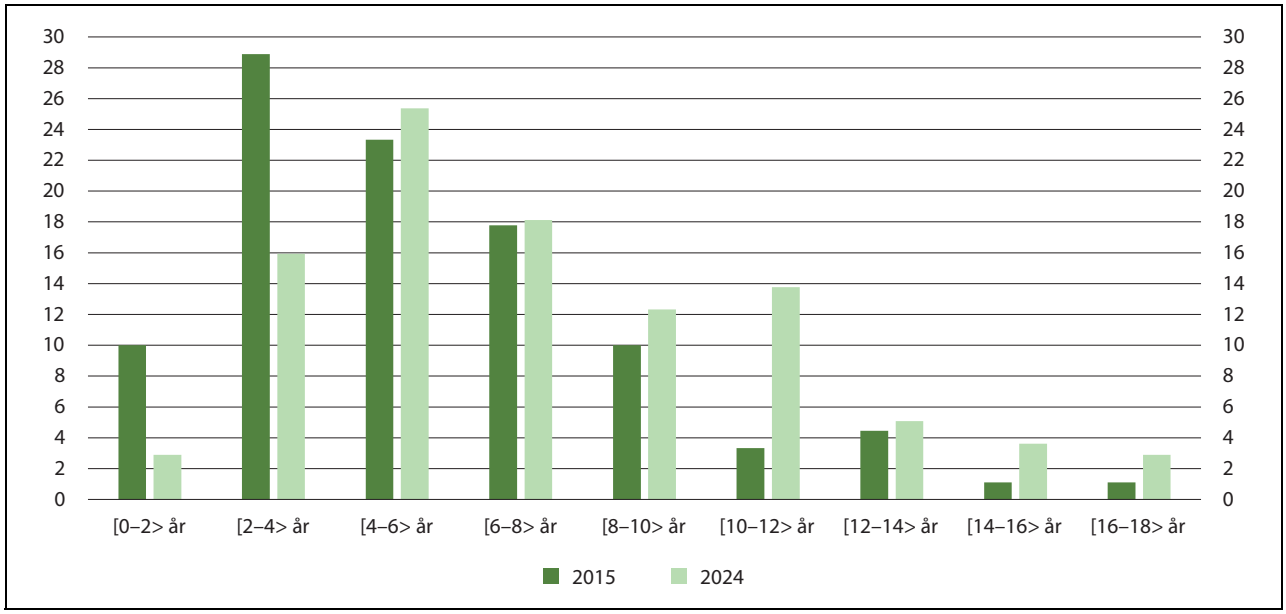
[14] Straffeloven § 43 andre ledd.
[15] Ot.prp. nr. 90 (2003–2004).



Figur 15.7 Antall nye dommer og antall forlengelser (venstre akse) og gjennomsnittlig antall innsatte (høyre akse). 2012–2022

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet og Statistisk sentralbyrå

gruppert i toårsintervaller, og angitt i figuren som hvor stor andel de domfelte med ulike oppholdslengder i forvaring utgjør av totalt antall forvaringsinnsatte på de aktuelle tidspunktene. Det fremgår av figuren at 10 prosent av de innsatte i forvaring i 2015 hadde påbegynt (minst) sitt 10. soningsår. I 2024 var denne andelen mer enn 25 prosent. Tallmaterialet bak figuren var 93 forvaringsinnsatte 1. oktober 2015 og 143 forvaringsinnsatte 1. oktober 2024.



Figur 15.8 Forvaringsinnsatte etter hvor lenge de hadde vært innsatt i forvaring per 1. oktober 2015 og 2024. Andeler av totalt antall forvaringsinnsatte per 1. oktober 2015 og 2024

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 10530

15.5 Sentrale elementer i gjennomføringen av forvaring

Ila fengsel og forvaringsanstalt er den desidert største forvaringsanstalten i Norge med 90 finansierte forvaringsplasser ved utgangen av 2024. Fengselet har kun mannlige innsatte. I tillegg har Trondheim fengsel 10 plasser til mannlige forvaringsdømte. For kvinner er det Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt og Skien fengsel som har forvaringsplasser.

Det fremgår av forvaringsforskriften § 2 at gjennomføring av forvaring «skal ivareta samfunnets behov for sikkerhet mot ny alvorlig kriminalitet fra den forvaringsdømtes side. Innenfor sikkerhetsmessige forsvarlige rammer skal den forvaringsdømte gis mulighet til å endre atferden sin og tilpasse seg et liv i frihet».

Som nevnt, skiller forvaring seg fra alminnelig fengselsstraff ved at varigheten av forvaringen er knyttet til den domfeltes egen utvikling. Forvaringen skal ikke vare lenger eller være strengere enn det som er nødvendig av hensyn til sikkerheten. Generelt bygger forvaringsstraffen på et premiss om at den domfelte skal kunne endre seg, og dermed selv påvirke muligheten for løslatelse. Av forvaringsforskriften § 3 fremgår det at innholdet i forvaringen skal ta utgangspunkt i domfeltes kriminalitet og tilpasses den enkeltes særlige forutsetninger og behov. Videre fremgår at aktuelle tiltak skal utformes med sikte på å påvirke og endre den forvaringsdømtes atferd og gi vedkommende mulighet for å utvikle sin sosiale tilpasningsevne og motvirke ny kriminalitet. Innholdet i forvaringen skal søkes tilrettelagt slik at domfelte oppnår en gradvis progresjon i gjennomføringen mot full frihet.

Av retningslinjene til forskriftsbestemmelsen fremgår at en viktig forutsetning er at forvaringsstraffen skal ha et annet innhold enn straff i tradisjonell forstand og at innholdet skal tilpasses den enkeltes særlige forutsetninger og behov. Dette krever fagkompetanse på mange ulike områder og et omfattende samarbeid med andre offentlige instanser og frivillige organisasjoner. Tiltak som atferdstrening, arbeidstrening, lovbruddsrelatert og annen programvirksomhet, samtalegrupper, undervisning og fritidsaktiviteter vil være viktige elementer i gjennomføringen av straffen. Når det gjelder forvaltningssamarbeid vil helse- og sosialtjenesten samt arbeids- og skoleetaten stå sentralt. Viktige oppgaver vil kunne være å motivere den enkelte til å ta imot tilbud om behandling for psykiske eller somatiske lidelser, rusmisbruk, mv.

Videre slår retningslinjene fast at det bør utarbeides systematiske gjennomføringsplaner som er basert på den enkeltes forutsetninger og behov, og som inneholder en tidsplan for mål, tiltak og evaluering. For å kunne vurdere om den domfelte har oppnådd tilstrekkelig endring til at en prøveløslatelse er forsvarlig, må kriminalomsorgen kartlegge og observere den domfelte, og vurderingene må dokumenteres.

Forvaringsstraffen er ment å legge grunnlaget for en positiv utvikling hos den domfelte, herunder å legge forholdene til rette for at domfelte målrettet kan jobbe for å redusere sin risiko for fremtidig kriminalitet. Dette krever normalt arbeid over tid og på ulikt vis. For noen domfelte kan det være av betydning å gjøre ferdig en dokumenterbar utdannelse eller få erfaring med å stå i arbeid sammen med andre mennesker og oppleve mestringsglede. Deltakelse i ulike kognitive program og/eller samtalegrupper tilpasset den domfeltes psykologiske utfordringer, eller deltakelse i individualterapi hos en terapeut ved DPS eller en spesialpoliklinikk er for mange også sentrale elementer i rehabiliteringsarbeidet. Mange har også utbytte av deltakelse i trening og fritidsaktiviteter, herunder få hjelp til en bedre somatisk helse og hjelp til hensiktsmessig trening.

Forvaringsstraffen skal innledes med en kartlegging, slik at man har et utgangspunkt å vurdere den domfeltes utvikling opp mot. Ila fengsel, som den største forvaringsanstalten, har en nasjonal innkomst- og kartleggingsavdeling for forvaringsdømte. Innkomstperioden skal normalt vare i omtrent tre måneder. Hovedmålsettingen ved oppholdet i innkomstavdelingen er todelt. På den ene siden skal fengselet gi informasjon til den innsatte om hva som forventes av ham og hva fengselet kan tilby. På den andre siden blir den innsatte observert og kartlagt slik at fengselet på sikt kan gi ham et best mulig egnet soningstilbud med vekt på individuell utvikling og endring.

Ila fengsel og forvaringsanstalt har ansatt et eget psykologteam som utfører risikovurderinger av de domfelte til forvaring. Slike risikovurderinger utarbeides første gang i forbindelse med oppholdet i innkomstavdelingen og deretter i forbindelse med minstetid og forut for tidsrammens utløp. Hensikten med risikovurderingene er å presentere den domfeltes risikobilde samt presentere forslag til videre risikohåndtering.

Etter at den innsatte har vært i innkomstavdelingen blir den innsatte flyttet til en ordinær forvaringsavdeling. Her skal den innsatte, sammen med de ansatte, jobbe videre med de områdene som er kartlagt ved innkomst.

En viktig del av innsattes hverdag er deltakelse i sysselsetting. Det finnes ulike sysselsettingstilbud i de ulike fengslene, men typisk kan fengsler ha forskjellige verksteder som snekkerverksted og metallverksted. I tillegg til fengslenes egne sysselsettingstilbud, er mange innsatte sysselsatt på skolen i fengslene. Deltakelse i kognitive endringsprogrammer og eventuelt behandling fra helsevesenet er også en sentral del i innsattes hverdag.

15.6 Utfordringer med forvaringskapasiteten

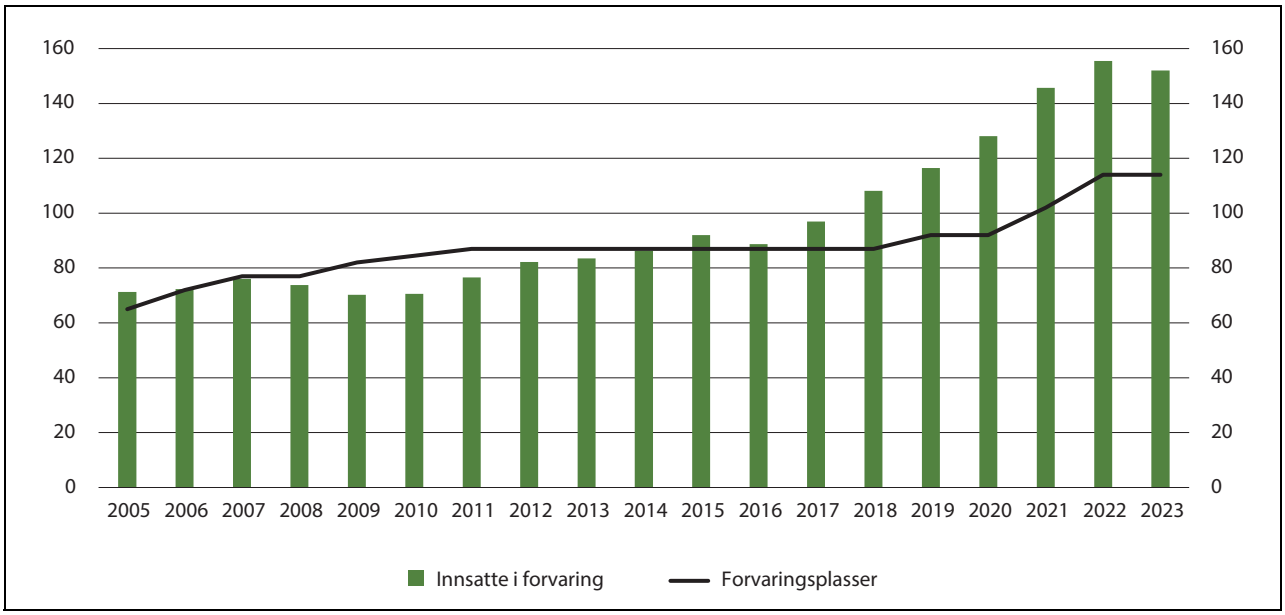
Forvaringsstraffen bygger på en forutsetning om at domfelte skal ha et særskilt tilrettelagt innhold i fengselsoppholdet. Innholdet skal gi en reell mulighet til en positiv personlig utvikling, som i sin tur kan legge grunnlaget for prøveløslatelse og endelig løslatelse fra straffen. I fengsler innrettet for forvaringsdømte starter derfor gjennomføringen av rettskraftige forvaringsdommer med en kartlegging, som blant annet danner utgangspunkt for utformingen av det innholdsmessige opplegget for den domfelte. De siste syv til åtte årene har imidlertid situasjonen vært at det er flere forvaringsdømte enn det er fengselsplasser tilrettelagt for forvaringsdømte. Noen forvaringsdømte må derfor starte straffegjennomføringen i en ordinær fengselsplass.

Figur 15.9 viser gjennomsnittlig antall innsatte i forvaring og antall forvaringsplasser hvert år i perioden 2005–2023. Det fremgår at antallet innsatte i forvaring overstiger antall forvaringsplasser, og at denne situasjonen har vedvart over tid. De siste fem til seks årene har underdekningen vært betydelig.

Ved innsettelse i en ordinær fengselsplass gjennomføres det ikke en tilsvarende kartlegging som i en forvaringsavdeling, og det vil være færre ressurser knyttet til oppfølgingen av den domfelte. I en rapport fra april 2024 påpeker Sivilombudet at mange forvaringsdømte venter lenge i en ordinær fengselsplass før de får en forvaringsplass og et tilpasset innhold.[16] «Ventetiden» gir små muligheter til å bevise/dokumentere en positiv personlig utvikling. Dermed svekkes også muligheten for å oppnå prøveløslatelse eller unngå forlengelse av forvaringstiden.

I nevnte rapport gir Sivilombudet uttrykk for at dagens praksis er i strid med regelverket og lovens forutsetninger. Det påpekes også at dersom den forvaringsdømte ikke gis en reell mulighet for å redusere gjentakelsesfaren gjennom egnet behandling og oppfølgning, kan fortsatt frihetsberøvelse etter utløpet av en eventuell minstetid være i strid med EMK artikkel 5 nr. 1 a. Sivilombudet har gitt enkelte anbefalinger, blant annet om å utarbeide retningslinjer som sikrer Kriminalomsorgsdirektoratet oversikt over hvorvidt den enkelte forvaringsdømte får et særskilt tilrettelagt innhold mens vedkommende venter på en forvaringsplass, og at det foretas vurderinger av risikoen for brudd på EMK i saker hvor ventetiden

[16] Sivilombudet. (2023). *Soningstilbudet til forvaringsdømte som venter i kø for plass på forvaringsavdeling.*



Figur 15.9 Gjennomsnittlig antall innsatte i forvaring og forvaringsplasser 2005–2023

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

blir lang eller man nærmer seg utløpet av idømt minstetid for forvaringen. Kriminalomsorgen arbeider med å øke antallet forvaringsplasser.

15.7 Progresjon

15.7.1 Generelt om progresjon

Generelt er det ønskelig at forvaringsdømte får en gradvis overgang til frihet, og ikke går direkte fra fengsel med høyt sikkerhetsnivå til prøveløslatelse (med unntak for prøveløslatelse under refusjonsordningen). Dette har to begrunnelser – dels at man har liten kunnskap om hvordan den domfelte faktisk vil kunne klare seg som prøveløslatt hvis han eller hun nesten ikke har vært utenfor fengsel med høyt sikkerhetsnivå, og dels at en brå overgang vil kunne være vanskelig for den domfelte selv. I dag er det færre plasser tilgengelig i fengsel med lavere sikkerhetsnivå enn det reelt sett er behov for. For å bli tatt i betraktning for overføring til fengsel med lavere sikkerhetsnivå må den forvaringsdømte ha gjennomført et visst antall permisjoner uten svikt. Dette kan være vanskelig å oppnå for domfelte som ikke har familie eller venner utenfor fengselet som kan bidra til en god ramme for permisjonen. For mange av disse spiller frivillige organisasjoner en viktig rolle.

Spørsmål om en forvaringsdømt skal få permisjon, avgjøres på regionalt nivå i kriminalomsorgen, etter innstilling fra fengselet. Hver enkelt permisjon vurderes konkret, både med tanke på formål, varighet og øvrige rammer. Hensynet til en sikkerhetsmessig forsvarlig progresjon tilsier at permisjonenes varighet og rammer utvides gradvis. Normalt vil det vurderes som nødvendig at domfelte har gjennomført permisjon med overnatting før overføring til lavere sikkerhet kan innvilges. Innvilgelse av permisjon krever at tiltaket skal anses som sikkerhetsmessig forsvarlig. Dette er skjønnsmessige avgjørelser som det ikke alltid er lett å operasjonalisere, og det kan være vanskelig for domfelte å forstå hva som ligger i disse vurderingene. Noen forvaringsdømte kommer ikke dit at permisjon kan anses sikkerhetsmessig forsvarlig.

I prinsippet kan noen forvaringsdømte bli prøveløslatt under særskilte vilkår uten at de har hatt permisjon fordi det ikke er en nærliggende fare for nye voldshandlinger. Dette kriteriet kan være mindre strengt enn kravet om kriminalomsorgens beslutninger skal være «sikkerhetsmessig forsvarlige».

Et motstykke til ytre progresjon i form av permisjoner og lavere sikkerhetsnivå, er såkalt «indre progresjon». Dette noe uklare begrepet knytter seg til den domfeltes psykologiske modning og forbedret mestringsevne. Kriminalomsorgens dokumentasjon under gjennomføringen av forvaring er sentral i slike vurderinger, som kan belyse for eksempel hvordan den domfelte har taklet ulike utfordringer og stress-situasjoner i fengselet. Både de kognitive programmene, individuell kontakt med psykisk helsevern, utdanning og andre daglige aktiviteter kan bidra til en positiv indre progresjon. Men det kan være vanskelig for noen domfelte å oppnå en slik utvikling. Dette kan for eksempel gjelde:

- En person som preges av psykopatiske trekk med manglende empati kan muligens lære at det er uhensiktsmessig å gjenta kriminalitet (blir konsekvent avslørt), men vil ha problemer med å forstå den moralske utfordringen. Hvis personen også opplever å mestre livet i fengsel godt fordi han eller hun klarer å manipulere mennesker rundt seg, kan det være vanskelig å forstå hva man gjør galt.
- En forvaringsdømt som blir oppfordret til å konsentrere seg om én aktivitet for å lære utholdenhet, vil kunne ha et sterkt ønske om stadig nye aktiviteter, og blir negativ til det som er kjedelig.
- En forvaringsdømt som stadig er i opposisjon med ansatte og mistrives sterkt i fengselet, kan se fengselet som utelukkende grensesettende og negativt, og finner ingen grunn til å samarbeide med «systemet».
- Forvaringsdømte med psykisk utviklingshemming kan ha små muligheter for indre progresjon. Da kan adferden være helt avhengig av hvilke rammer personen får rundt seg.
- Mange forvaringsdømte har sedelighetsdommer. Selv om de fungerer greit i fengselet, kan det være vanskelig å vurdere hvordan de vil fungere utenfor fengsel, i en situasjon med kontakt med barn i den alderen, og med det kjønn, som risikoen antas særlig knyttet til.
- Det kan være vanskelig å vurdere hvordan innsatte som har vært sterkt rusavhengige vil reagere dersom det blir enkel tilgang til rus.
- Noen forvaringsdømte er psykisk svært syke, og fungerer som kronisk psykotiske. Da kan alle former for progresjon være nærmest uoppnåelig.

Med en større mulighet til å oppholde seg mer utenfor fengsel med tett oppfølgning, ville det

være lettere å vurdere hva domfelte i noen av disse kategoriene kan mestre på egen hånd.

Når det blir bestemt at en forvaringsdømt skal overføres til lavere sikkerhetsnivå, vil det i utgangspunktet være den nye anstalten som så står for den videre tilretteleggingen og dokumentasjonen av den dømtes progresjon. Med lavere sikkerhetsnivå blir det mulig for den innsatte å få frigang til arbeid, og også større mulighet til å etablere kontakter utenfor fengselet. Dette kan bidra til å lette vurderingen av om den domfelte kan prøveløslates, og eventuelt overgangen ut. Enkelte blir overført videre til overgangsboliger.

15.7.2 Få muligheter for utprøving og progresjon for forvaringsdømte

For de fleste forvaringsdømte går veien ut av forvaring gjennom å vise at man utviklet seg i en retning som reduserer risikoen for ny alvorlig kriminalitet. For å kunne vise en slik positiv utvikling, må det finnes arenaer for dette innenfor en sikkerhetsmessig akseptabel ramme. Blant annet permisjoner og overføring til fengsel med lavere sikkerhetsnivå er tiltak som gir den domfelte mulighet til gradvis å nærme seg samfunnet igjen. For domfelte til alminnelig fengselsstraff kan det også være aktuelt å gjennomføre siste del av straffen med bruk av elektronisk kontroll utenfor fengsel (fotlenke).

Kriminalomsorgsdirektoratet har påpekt at etaten har for få virkemidler til å sikre en gradvis overgang til frihet for de som gjennomfører forvaring.[17] Blant annet er det tatt opp at lovgivningen i for liten grad åpner for at kriminalomsorgen kan stille vilkår for å oppnå trygge rammer rundt en prøveløslatelse, og at forvaringsdømte ikke kan gjennomføre siste fase av straffen med fotlenke. Med større adgang til å stille vilkår om bruk av fotlenke for forvaringsdømte, ville kriminalomsorgen ha flere verktøy for progresjon. I et høringsnotat fra mai 2024 har departementet foreslått å åpne for bruk av digitale kontrolltiltak ved utganger og prøveløslatelse fra forvaring.

I utgangspunktet er forvaringsdømte i fengsel med høyt sikkerhetsnivå. I noen tilfeller overføres de til lavere sikkerhetsnivå, men denne muligheten begrenses ved at det bare finnes et lite antall slike plasser for forvaringsdømte. Ila fengsel og forvaringsanstalt, som er det fengselet med desidert flest forvaringsdømte, har ikke selv noen avdeling med lavere sikkerhetsnivå. Trondheim fengsel har både en forvaringsavdeling og avdeling med lavere sikkerhetsnivå. Det er mulig å overføre en forvaringsdømt til lavere sikkerhetsnivå i et annet fengsel, men i praksis vil det likevel gi større muligheter for å prøve ut lavere sikkerhet dersom fengselet selv disponerer slike plasser.

Det følger av straffegjennomføringsloven at noen typer avgjørelser som i utgangspunktet tilligger fengselet, for forvaringsdømtes vedkommende må treffes på regionalt nivå i kriminalomsorgen. Dette gjelder blant annet det å innvilge permisjon. Ordningen medfører at det i praksis kan ta lengre tid å få avklart spørsmål vedrørende forvaringsdømte enn om myndigheten lå til fengselet. Samtidig kan det være uklart hvilken merverdi som ligger i at avgjørelsen skal tas på regionalt nivå.[18]

15.7.3 Særlig om progresjon i form av prøveløslatelse fra forvaring

En forvaringsdømt kan løslates på prøve før utløpet av forvaringstiden. Er det fastsatt en minstetid for forvaringen, kan den forvaringsdømte tidligst løslates på prøve når minstetiden er utløpt. Minstetiden settes vanligvis tilnærmet lik to tredjedeler av en alternativ tidsbestemt fengselsstraff. Hvis det ikke er fastsatt en slik minstetid, kan den forvaringsdømte tidligst begjære prøveløslatelse ett år etter at forvaringsdommen er endelig.[19]

Når den forvaringsdømte eller kriminalomsorgen begjærer løslatelse på prøve, fremmer påtalemyndigheten saken for tingretten, som avgjør den ved dom, jf. straffeloven §§ 44 flg. Når påtalemyndigheten samtykker til prøveløslatelse, kan prøveløslatelsen besluttes av kriminalomsorgen.

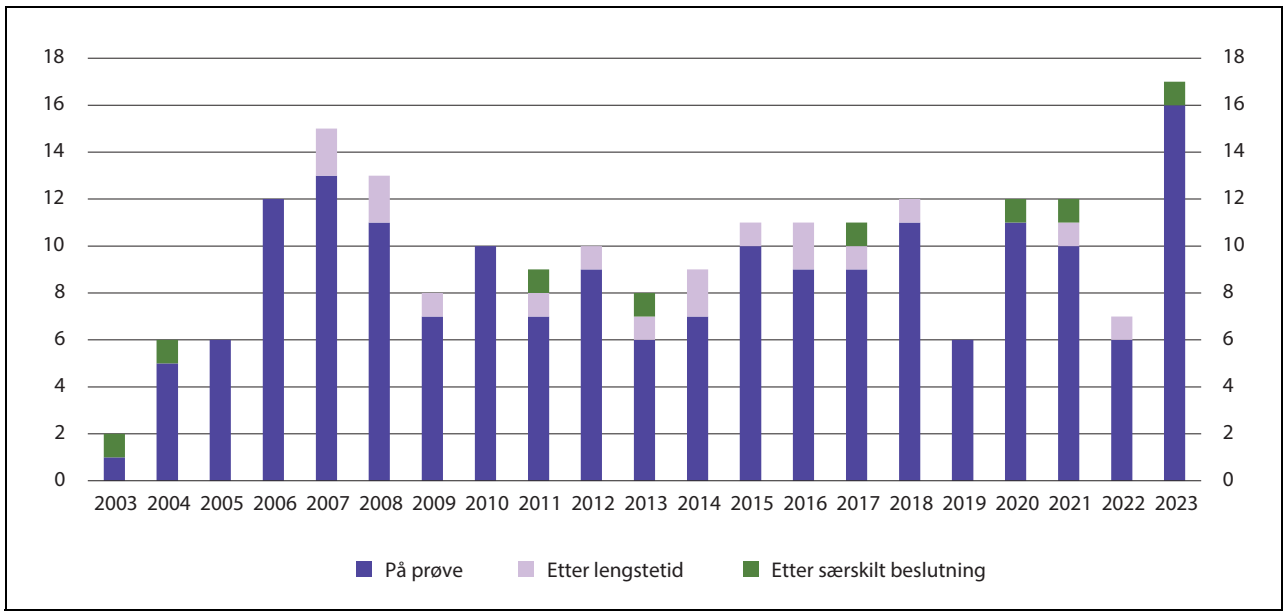
Det er mange forhold som må tas i betraktning ved spørsmål om en forvaringsdømt bør prøveløslates. Kriminalomsorgens psykologer eller eksterne sakkyndige vil utarbeide en oppdatert risikovurdering. Fengselets dokumentasjon om den domfelte gjennomgås, og det gjennomføres samtaler med den dømte. Problemstillingen for risikovurderingen vil være om den domfelte har redusert sine risikofaktorer siden domstidspunktet, ikke primært å kvantifisere voldspotensialet. På bakgrunn av risikovurderingen utarbeides det så en innstilling fra fengselet til regionen. Regio-

---

17 Kriminalomsorgsdirektoratet. (2021). *Utvidelse av straffegjennomføring med elektronisk kontroll og bruk av digitale kontrolltiltak*.

18 Særregelen om at myndigheten tilligger regionalt nivå gjelder i noen grad også domfelte med fengselsstraff i minst 10 år.

19 Straffeloven § 44 fjerde ledd.



Figur 15.10 Antall løslatelser fra forvaring etter løslatelsesårsak 2002–2023

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

nen avgjør hvorledes kriminalomsorgen vil stille seg til spørsmålet om prøveløslatelse.

Når regionen har fullført saksbehandlingen, sendes saken til påtalemyndigheten for behandling der. Dersom kriminalomsorgen og påtalemyndigheten er enig i at prøveløslatelse er riktig, kan man beslutte dette uten domstolsbehandling. I mange saker er det behov for kontrolltiltak under prøveløslatelsen som det etter sin art bare er retten som kan fastsette. Saken må da uansett oversendes retten for avgjørelse. Behandlingen av en sak om prøveløslatelse skal påskyndes. Forberedelsen av saken før domstolsbehandlingen er tidkrevende, og det kan også være vanskelig å oppnå rask saksbehandling i domstolen.

Ved rettens behandling av saken, vil fengselet normalt være representert med en jurist og en psykolog. Andre vitner kan være familie, friomsorgen, kommunene eller venner. Innholdet i straffegjennomføringen hittil, og domfeltes selvinnsikt og egen håndtering av risikofaktorer, vil være sentrale tema ved behandling av spørsmål om prøveløslatelse. Videre vil mulighetene for bolig og jobb eller en annen sysselsetting stå sentralt.

Hvis det blir avsagt en dom som nekter prøveløslatelse, kan den domfelte tidligst begjære prøveløslatelse på nytt ett år etter at denne dommen er endelig.

Retten skal fastsette en tidsramme for prøvetiden, som skal være fra ett til fem år.[20] Tidsrammen for prøvetiden kan ikke strekke seg utover den fastsatte tidsrammen for forvaringen. Etter straffeloven § 43 første ledd kan imidlertid retten forlenge tidsrammen for forvaringen med inntil fem år om gangen, også når den forvaringsdømte er prøveløslatt.[21] Så lenge vilkårene for en forlengelse er oppfylt, er det ingen øvre grense for hvor mange ganger domstolen kan forlenge tidsrammen for forvaringen. En prøveløslatelse kan dermed i prinsippet vare livet ut.

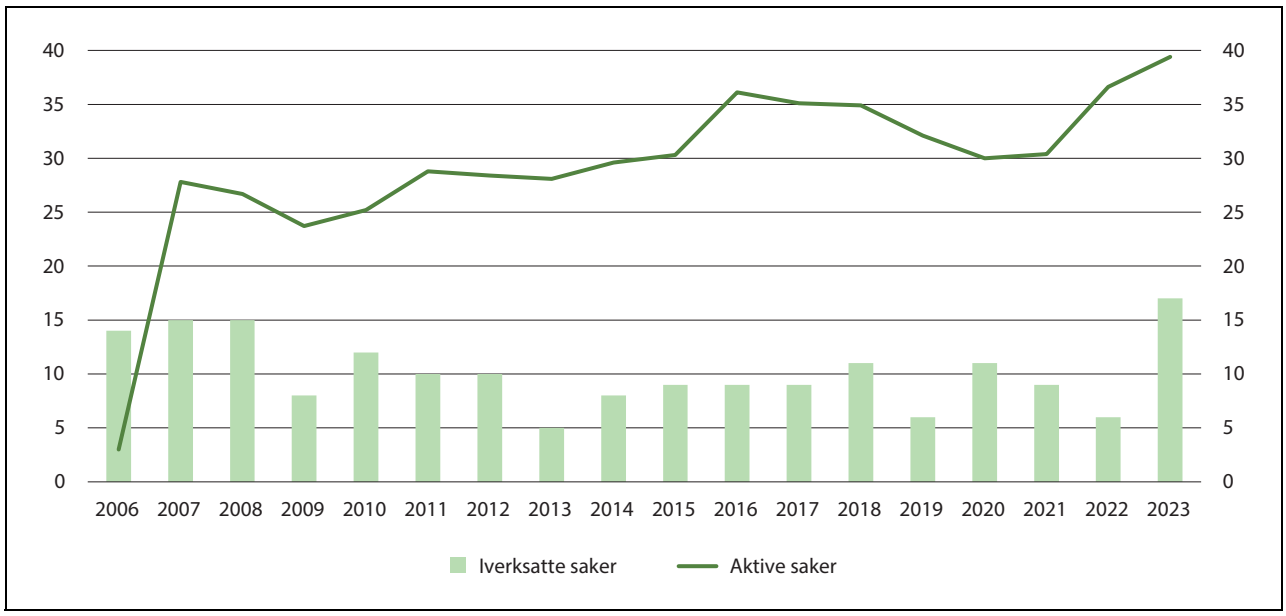
Figur 15.10 viser antall løslatelser fra forvaring i det enkelte år i perioden 2002–2023 etter løslatelsesårsak. Det fremgår at antall løslatelser hvert år har variert, med et gjennomsnitt på i underkant av 10 løslatelser hvert år. De aller fleste løslatelsene hvert år er prøveløslatelser. I tallene for prøveløslatelser inngår også nye saker om statlig finansierte prøveløslatelser hvert år, jf. nærmere omtale i punkt 16.2.

De prøveløslatte følges i all hovedsak alltid opp av et friomsorgskontor. Figur 15.11 viser antall iverksatte saker og antall aktive saker om prøveløslatelse i friomsorgskontorene hvert år i perioden 2006–2023. Det fremgår at antall nye iverksatte saker hvert år har variert mellom 5 og 17. Antall aktive saker om prøveløslatelse i 2023 var 39.

---

[20] Straffeloven § 44 første ledd.

[21] Se Rt. 2012 s. 1134, hvor det i avsnitt 13 uttales at «[s]elv om A som nevnt ble prøveløslatt 7. oktober 2008, var han fortsatt under forvaring på det tidspunkt forlengelse ble begjært. Det er ikke tvilsomt at forlengelse av tidsrammen da kan skje etter § 39e annet punktum».



Figur 15.11 Antall iverksatte saker og gjennomsnittlig antall aktive saker om prøveløslatelser ved friomsorgskontorene 2006–2023

Kilde: Kriminalomsorgsdirektoratet

15.8 Forvaring og nærhetsprinsippet

Etter straffegjennomføringsloven § 11 bør domfelte så langt det er praktisk mulig og formålstjenlig, settes inn i nærheten av hjemstedet. Dette betegnes ofte som nærhetsprinsippet. Selv om prinsippet er forankret i loven, fremgår det klart at kriminalomsorgen kan ta også andre hensyn enn geografiske forhold ved avgjørelse av hvor en domfelt skal gjennomføre straff.

Det er en del krav til rammene for straffegjennomføring som gjør det vanskelig å unngå geografiske avstander. Blant annet skal forvaringsdømte sone i egne forvaringsavdelinger med et særskilt tilpasset innhold. I tillegg skal kvinner og menn skal holdes adskilt, og barn skal holdes adskilt fra voksne som gjennomfører straff. Siden Norge har en liten befolkning og store geografiske avstander, setter slike krav nærhetsprinsippet under press.

Det er et lite antall personer totalt, og særlig få kvinner og unge under 18 år, som gjennomfører forvaringsstraff. I praksis har nærhetsprinsippet derfor lite gjennomslag for forvaringsdømte, samtidig som de kan ha et særlig behov for kontakt med pårørende og annet nettverk på hjemstedet, og samvær med egne barn. For ungdom i forvaring kan det være snakk om samvær og kontakt med foreldre og søsken. I tillegg kan også forvaringsdømte med psykisk utviklingshemming eller andre utfordringer ha et særskilt behov for samvær og kontakt med pårørende.

15.9 Enkelte bruker- og pårørendeopplevelser om forvaring

I et møte med Kontaktutvalget for forvaringsdømte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt i januar 2024, og i et innspillsmøte som utvalget avholdt i mars 2024, har utvalget fått del i en del erfaringer og synspunkter fra forvaringsdømte, og fra pårørende til forvaringsdømte.

Et hovedinnspill fra Kontaktutvalget, var at det tar for lang tid å få tildelt en forvaringsplass, og at innholdet i forvaringsstraffen i for liten grad skiller seg fra innholdet i en alminnelig fengselsstraff. Videre ga Kontaktutvalget uttrykk for at de risikovurderingene som foretas av den enkelte domfelte til forvaring bør gjennomføres eller gjennomgås av uavhengige tredjeparter, og at det bør etableres en uavhengig klageinstans for fengselets vedtak vedrørende forvaringsdømte. At mange forvaringsdømte gjennomfører straffen uten en god nok plan for progresjon og løslatelse, ble poengtert også i et besøk til Trondheim fengsel avdeling Leira i april 2024, hvor en forvaringsdømt delte sine erfaringer med utvalget. Vedkommende mente at forvaringsinstituttet bør avskaffes, at det i dagens system blant annet legges for

liten vekt på vurderinger fra de som jobber nærmest de domfelte, ved vurderinger av prøveløslatelse og andre viktige spørsmål for forvaringsdømte.

Under innspillsmøtet i mars 2024 påpekte representanter for flere organisasjoner blant annet at forvaringsordningen bare kan forsvares hvis den har det innholdet den er forutsatt å ha. Flere påpekte at kriminalomsorgen har knappe ressurser, og at dette gjør det vanskelig for forvaringsdømte å oppnå progresjon i straffegjennomføringen. Det var også flere som påpekte at ordningen bør være mer fleksibel, og at innholdet bør tilpasses mer individuelt. Flere av organisasjonene pekte på betydningen av at kriminalomsorgen har nok ansatte med riktig kompetanse, og av at fengselsbetjentene samarbeider godt med andre tjenesteytere. Mor til en forvaringsdømt fortalte at det som pårørende var tungt å stå i situasjonen over tid, og at usikkerheten knyttet til det tidsubestemte påvirket helsen negativt både fysisk og psykisk. Et systematisk samarbeid med de domfeltes pårørende ble også trukket fram som viktig. Det ble pekt på at forvaring innebærer stor usikkerhet om veien videre for den domfelte og for pårørende, men at kontakt og samarbeid med pårørende kan gjøre det lettere å forholde seg til denne usikkerheten.

Kapittel 16
Prøveløslatelse fra forvaring på vilkår om at den prøveløslatte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet (refusjonsordningen)

16.1 Generelt om ordningen

Straffeloven § 45 første ledd bokstav c slår fast at retten, ved prøveløslatelse fra forvaring, kan stille vilkår om at den prøveløslatte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet utover ett år.[1] Forutsetningene for dette er at «særlige grunner» tilsier det, og at institusjonen eller kommunen har samtykket til ordningen. Retten kan bestemme at den prøveløslatte skal kunne holdes tilbake i institusjonen eller boenheten mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

En prøveløslatelse av en forvaringsdømt på slike vilkår omtales gjerne som en *statlig finansiert prøveløslatelse*, eller prøveløslatelse gjennom *refusjonsordningen*. Betegnelsene har sammenheng med at utgiftene til oppholdet blir dekket av staten over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.[2]

Det er altså i tilfeller hvor det foreligger «særlige grunner» at en forvaringsdømt kan prøveløslates gjennom ordningen. Det følger av Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) at det typisk vil foreligge «særlige grunner» når den forvaringsdømte ellers ikke vil kunne prøveløslates, og en prøveløslatelse på slike vilkår må anses å være bedre for den forvaringsdømte enn fortsatt opphold i fengsel. Kriminalomsorgens retningslinjer nevner at domfelte som er i målgruppen for ordningen, av sikkerhetsmessige grunner normalt ikke vil egne seg for opphold i fengsel med lavere sikkerhetsnivå. Siden en prøveløslatelse gjennom ordningen innebærer at sikkerheten kan ivaretas på en annen måte enn gjennom opphold i fengsel, kan domfelte som er i målgruppen for ordningen, prøveløslates på et forholdsvis tidlig tidspunkt.[3]

Etter lovforarbeidene er det videre først og fremst domfelte med psykisk utviklingshemming som er målgruppen for ordningen.[4] For å fylle diagnosekriteriet *Psykisk utviklingshemming* i ICD-10 må evnetester vise en IQ under 70.[5] Ved diagnostisering undersøkes også personens evner på andre områder, slik som innen motorikk, språk og sosial kompetanse, samt personens evne til å klare dagligdagse aktiviteter.[6] Etter straffeloven § 20 kan personer som anses utilregnelige på grunn av høygradig psykisk utviklingshemming ikke holdes strafferettslig ansvarlig for sine handlinger.[7] Om utviklingshemmingen vurderes som høygradig eller ikke, vil avhenge av personens funksjonsevne, og av om vedkommende har en IQ som er lavere enn den veiledende IQ-grensen på 60. Hovedmålgruppen for prøveløslatelser gjennom refusjonsordningen er dermed domfelte med en lettere utviklingshemming, det vil si med en IQ mellom omlag 60 og 69. Dette tilsvarer en mental alder på under 12 år.[8]

Selv om refusjonsordningen først og fremst er etablert med tanke på forvaringsdømte med lettere utviklingshemming, følger det av lovforarbeidene at ordningen kan omfatte også andre forva-

---

1 Straffeloven § 37 første ledd bokstav h fastslår at retten, som vilkår for å gjøre en fengselsstraff betinget, kan pålegge den domfelte å ta opphold i hjem eller institusjon for inntil ett år. Ved prøveløslatelse fra forvaring kan retten stille vilkår om opphold i institusjon eller kommunal boenhet utover ettårsfristen.

2 Forvaringsforskriften § 24 første ledd.

3 Retningslinjer til forvaringsforskriften § 9. s. 13.

4 Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 73.

5 Diagnosen psykisk utviklingshemming blir satt med utgangspunkt i kodeverket ICD-10. ICD-10 er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, utarbeidet av verdens helseorganisasjon.

6 Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). (2023). *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming*.

7 Straffeloven § 20 andre ledd bokstav c.

8 Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). (2023). *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming*.

ringsdømte enn de med utviklingshemming. Om dette, er det blant annet uttalt:

> Departementet finner det vanskelig på forhånd å gi en uttømmende oppregning av hvilke forvaringsdømte som kan omfattes av prøveløslatelsesordningen, slik *Sosial- og helsedepartementet* etterlyser. Men departementet antar at institusjonsopphold kan være aktuelt for andre prøveløslatte enn de lettere psykisk utviklingshemmete. For eksempel kan forvaringsdømte med rusmisbruk eller lettere psykiske lidelser være aktuelle for prøveløslatelse med et slikt vilkår. Det kan også tenkes at det i framtiden etableres tilbud som kan være aktuelle for andre grupper forvaringsdømte. Departementet viderefører derfor forslaget om at endringen i straffeloven § 39 g skal gjelde *alle forvaringsdømte.*[9]

Dagens refusjonsordning for forvaringsdømte har etter dette en større målgruppe enn den tidligere refusjonsordningen for domfelte med utviklingshemming som var plassert i frisikring i kommunene. Antagelig vil vilkåret om «særlige grunner» likevel oftere være oppfylt for domfelte med utviklingshemming enn for andre domfelte. For domfelte med utviklingshemming, uttales det i lovforarbeidene at denne typen prøveløslatelsesopplegg i praksis vil kunne etableres «relativt ofte».[10]

Refusjonsordningen har mye til felles med særreaksjonen dom til tvungen omsorg. «Slektskapet» består særlig i at begge ordningene i utgangspunktet er utformet med tanke på domfelte med psykisk utviklingshemming, samtidig som ingen av ordningene i dag er forbeholdt bare denne gruppen. Felles er videre at begge ordningene inkluderer bosetting i et kommunalt eller privatrettslig botiltak, med henholdsvis kriminalomsorgen eller Sentral fagenhet for tvungen omsorg som ansvarlig for sikkerhet og innhold. Videre vil det for begge ordningene være en domstolsavgjørelse som ligger til grunn for etableringen i det enkelte tilfellet, og staten dekker utgiftene ved bosettingen. Rent tallmessig er det få personer både i refusjonsordningen og under tvungen omsorg. Begge ordningene synes å bygge på en forutsetning at den domfelte etter hvert skal kunne komme ut av reaksjonen, men det finnes også eksempler på at noen har vært i ordningene lenge. I praksis er bosettingene ofte utformet som enetiltak.

Selv om det er mange fellestrekk, er det også mye som skiller de to ordningene. Det prinsipielt viktigste skillet er at forvaring er straff, mens dom til tvungen omsorg er en strafferettslig reaksjon som kan idømmes personer som var strafferettslig utilregnelige da de begikk en straffbar handling. Målgruppen for de to ordningene er således ikke sammenfallende. En annen forskjell er at personer under refusjonsordningen formelt sett er prøveløslatt, mens det ikke er noen tilsvarende «merkelapp» for domfelte under tvungen omsorg. For øvrig er det en del ulikheter i reguleringen for hver av de to ordningene, for eksempel ved at bare domfelte til tvungen omsorg er uttrykkelig unntatt fra virkeområdet for helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

I den grad det er usikkerhet ved vurderingen av en persons strafferettslige tilregnelighet, kan det være en tilsvarende *tilfeldighet* med hensyn til om det i et tilfelle dømmes til forvaring eller tvungen omsorg.

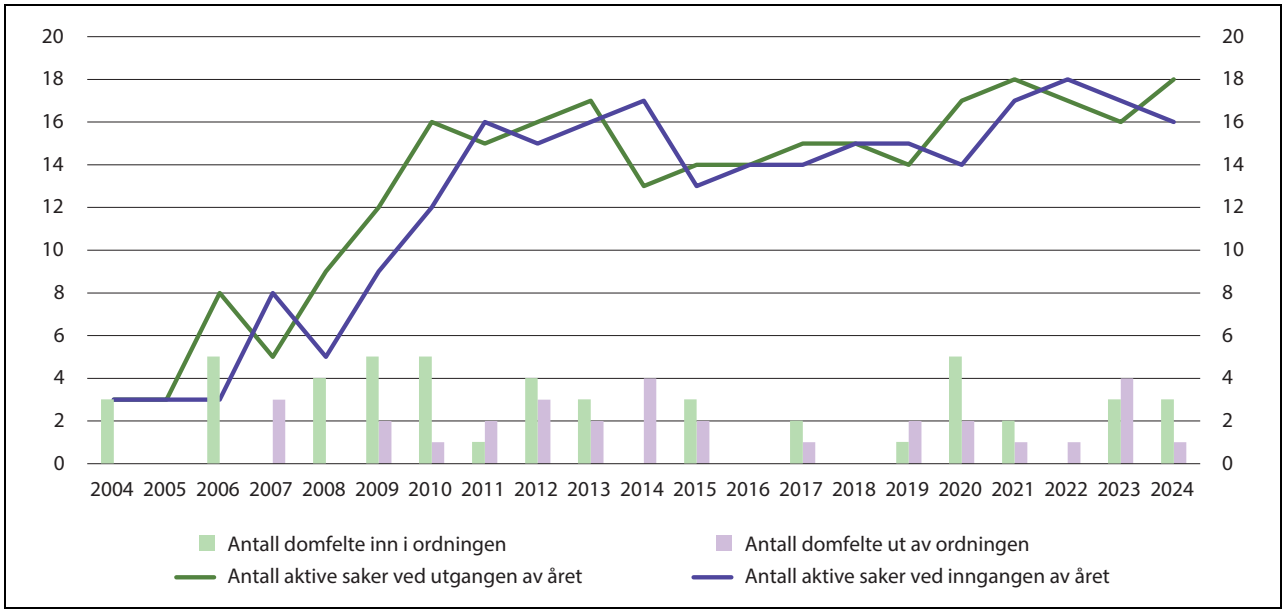
16.2 Overordnet om praktisering av ordningen

Ifølge Kriminalomsorgen region nord hadde til sammen 43 domfelte vært prøveløslatt på vilkår om at de skal oppholde seg i en institusjon eller kommunal boenhet etter at regionen fikk ansvaret for å administrere ordningen i 2004, frem til 10. desember 2024. Tallet inkluderer både personer som var på frisikring og allerede lå i porteføljen da regionen overtok ansvaret for ordningen, personer som var på frisikring og fikk konvertert straffen til forvaring, og personer som kun er idømt forvaring.

Videre er det opplyst om at det per 10. desember 2024 var 18 domfelte prøveløslatt under refusjonsordningen. De er hjemmehørende i kommuner spredt rundt i hele landet. Om lag en tredel var i kommunale botiltak, de resterende i private botiltak. I noen tilfeller har kriminalomsorgen kjøpt tjenesten direkte fra en privat aktør. De prøveløslatte under refusjonsordningen oppholder seg i enetiltak eller egne boenheter i bofellesskap. Av de 18 botiltakene var 10 enetiltak. Av botiltakene hadde drøyt halvparten en bemanning på 2:1, ett hadde en bemanning på 3:1, og resten av botiltakene hadde en bemanning på 1:1.

Figur 16.1 viser årlige bevegelser ut og inn av refusjonsordningen fra og med 2004 til og med september 2024. Det fremgår at siden rundt år

[9] Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 47.
[10] Ot.prp. nr. 46 (2000–2001), s. 47.



Figur 16.1 Antall domfelte i refusjonsordningen 2004–2024[1]

[1] Per september 2024
Kilde: Kriminalomsorgen region nord

2010 har antallet prøveløslatte under ordningen vært relativt stabilt rundt 15–18 personer, og at det stort sett hvert år er bevegelser både ut av og inn i ordningen.

Av de 43 domfelte som siden 2004 har vært prøveløslatt gjennom refusjonsordningen utover ett år, har 26 domfelte gått ut av ordningen, hvorav 21 er endelig løslatt og 4 gjeninnsatt i fengsel. Det er altså langt flere av de prøveløslatte som er endelig løslatt enn gjeninnsatt. Flere av de domfelte har vært prøveløslatt to ganger, eller er prøveløslatt for andre gang. Videre har én domfelt blitt frifunnet, og én er død. Av de som er eller har vært prøveløslatt under refusjonsordningen har, eller hadde, om lag 35 prosent diagnosen psykisk utviklingshemming. Inkluderes to personer som ved første gangs prøveløslatelse under ordningen, men ikke ved andre, hadde diagnosen psykisk utviklingshemming, er andelen om lag 40 prosent. I tillegg oppgis et par personer å være «på grensen til psykisk utviklingshemming».

I en artikkel fra 2012 er det opplyst at kun 7 av 22 personer (om lag 32 prosent) som inntil da var løslatt under ordningen, var diagnostisert som psykisk utviklingshemmet av sakkyndige.[11] Av de 18 som var i refusjonsordningen per 10. desember 2024, hadde om lag halvparten diagnosen psykisk utviklingshemming. Dette kan indikere at ordningen over tid i større grad benyttes overfor den gruppen den opprinnelig først og fremst var tenkt for.

I perioden 2019 til desember 2024 mottok Kriminalomsorgen region nord, som er den administrative enheten som behandler disse sakene, 24 saker for vurdering. To av disse sakene var i desember 2024 fortsatt under behandling, og noen av sakene gjelder den samme domfelte. I de 22 sakene som var ferdig behandlet, kom region nord i 12 av tilfellene til at domfelte var aktuell for prøveløslatelse under ordningen. Det kan være betydelige atferdsutfordringer knyttet til de som søkes inn i ordningen.

16.3 Nærmere om gangen i etableringen av en prøveløslatelse under refusjonsordningen

For den enkelte forvaringsdømte vil det være den anstalten som vedkommende er i, som i første omgang vurderer om vedkommende er aktuell som kandidat for refusjonsordningen. Hvis vurderingen er positiv, sender anstalten en innstilling om dette til eget regionkontor. Regionkontoret sender deretter saken videre til Kriminalomsorgen region nord, som tar stilling til om den domfelte er i målgruppen for ordningen. Dersom de to

[11] Johnsen, B. (2012). Prøveløslatelse fra forvaring med vilkår om opphold i institusjon eller kommunal boenhet utover ettårsfristen – ikke bare noen, men mange problemstillinger. *Kritisk Juss.*

regionene vurderer spørsmålet forskjellig, forelegges saken for Kriminalomsorgsdirektoratet. Hvis den domfelte finnes å være i målgruppen for ordningen, skal Kriminalomsorgen region nord kontakte den domfeltes hjemkommune, eventuelt en annen kommune eller privat institusjon, med sikte på å inngå en avtale om prøveløslatelsen.[12] Både avgivende og mottakende region involveres i prosessen om en prøveløslatelse under refusjonsordningen.

Kriminalomsorgen sender begjæring om prøveløslatelse under ordningen til påtalemyndigheten. Normalt kan kriminalomsorgen innvilge prøveløslatelse dersom påtalemyndigheten samtykker til det, men siden det med dagens regler bare er retten som kan stille vilkår om at den prøveløslatte skal oppholde seg i en institusjon eller kommunal boenhet utover ett år, må påtalemyndigheten alltid fremme en sak om prøveløslatelse under refusjonsordningen for retten. Hvis også retten mener at den domfeltes situasjon i utgangspunktet fyller kriteriene, blir spørsmålet der særlig om det skisserte opplegget for prøveløslatelsen ivaretar hensynet til samfunnsvernet, eller om det av sikkerhetsmessige grunner fortsatt er nødvendig med opphold i fengsel.

Etter forvaringsforskriften skal kriminalomsorgen i utgangspunktet inngå avtale med den mottakende kommunen, også i tilfeller hvor den prøveløslatte skal oppholde seg i en privat institusjon.[13] Hvis kommunen kjøper tjenesten fra en privat institusjon, følger det av kriminalomsorgens retningslinjer at også institusjonen skal være part i avtalen. Videre åpner retningslinjene for at kriminalomsorgen i særlige tilfeller kan inngå avtalen direkte med en privat institusjon, uten at en kommune er involvert.[14] Innholdet i avtalen mellom kriminalomsorgen og kommunen og/eller institusjonen er nærmere regulert i forvaringsforskriften, som angir at avtalen skal ha bestemmelser om:

- Den prøveløslattes boforhold.
- Eventuell behandling den prøveløslatte skal få under oppholdet.
- Sikkerhetstiltak, herunder nødvendig bemanning.
- Oppfølging og kontroll fra friomsorgen.
- Bistand fra andre samarbeidspartnere.
- Oppholdets varighet.
- Utgiftsdekning.

Det er kriminalomsorgen ved det lokale friomsorgskontoret som har ansvaret for at gjennomføringen av prøveløslatelsen er sikkerhetsmessig forsvarlig.[15] Avtalen skal regulere hvordan den prøveløslatte skal følges opp og kontrolleres. Dette inkluderer om den prøveløslatte skal kunne forlate institusjonen eller boenheten, om dørene skal være låst, og om vedkommende skal ha tilsyn om natten og/eller i forbindelse med arbeid eller fritidsaktiviteter. Videre bør avtalen inneholde bestemmelser om håndtering av utagerende atferd, unndragelse fra kontrolltiltak, rusmisbruk og andre risikosituasjoner.[16] Avtalen skal kreve at påtakelige forandringer i den prøveløslattes tilstand skal gjøres kjent for det lokale friomsorgskontoret. Det samme gjelder andre forhold av betydning for sikkerheten og den prøveløslattes velferd. Avtalen skal også fastslå kommunens plikt til å treffe vedtak om «sosiale tjenester», nå forstått som omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.[17]

I tilfeller der kriminalomsorgen og/eller kommunen skal inngå avtale med en privat aktør, legges det opp til en prosess i tråd med regelverket om offentlige anskaffelser. Dermed må det blant annet utarbeides et konkurransegrunnlag som beskriver hvilke behov som skal dekkes, og hvilken ytelse kriminalomsorgen og/eller kommunen ønsker at leverandørenes tilbud skal omfatte. Det må utarbeides kravspesifikasjoner for tjenesten, og tildelingskriterier for måling av flere tilbud opp mot hverandre. I tillegg må det utarbeides kontraktsvilkår som bestemmer hva som skal leveres, hvordan tjenesten skal utføres, og på hvilke vilkår.

I henhold til opplysninger fra Kriminalomsorgsdirektorat har den gjennomsnittlig saksbehandlingstid fra kriminalomsorgen vurderer at den domfelte er aktuell for ordningen, til den forvaringsdømte faktisk prøveløslates til en institusjon eller kommunal boenhet, vært i underkant at to år.[18] Prosessen kan være tidkrevende av flere grunner:

- Etableringen involverer mange aktører (den domfelte, kriminalomsorgen, kommunen, eventuelle private aktører, påtalemyndigheten og domstolen).
- Rutinene i kriminalomsorgen krever at flere nivåer i etaten involveres.

---

12 Retningslinjer til forvaringsforskriften § 20, s. 44.

13 Forvaringsforskriften § 20 første ledd.

14 Retningslinjer til forvaringsforskriften § 20, s. 45.

15 Forvaringsforskriften § 20 tredje ledd.

16 Retningslinjer til forvaringsforskriften § 20, s. 45.

17 Forvaringsforskriften § 20 tredje og fjerde ledd, samt tilhørende retningslinjer.

18 Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for 26 saker (aktive og opphørte).

Boks 16.1 Gjennomførte konkurranser om å levere omsorgstjenester og boliger med heldøgns bemanning til personer som er prøveløslatt gjennom refusjonsordningen

Ifølge database for offentlige anskaffelser (Doffin) utlyste Kriminalomsorgsdirektoratet i perioden fra 2019 til (november) 2024 ni konkurranser om å levere omsorgstjenester og boliger med heldøgns bemanning til personer under prøveløslatelse fra forvaring, inkludert én konkurranse fra 2023 som ble kansellert.[1]

Det estimeres en verdi per år for det aktuelle tiltaket ved utlysning. I 2024 var tiltaket i to konkurranser estimert til en verdi av 9 millioner kroner per tiltak. I 2023 var tiltaket i to konkurranser estimert til en verdi av 8 millioner kroner per tiltak. I 2021 var én konkurranse estimert til en verdi av 7 millioner kroner, mens en annen konkurranse var estimert til 12 millioner kroner. I 2020 var tiltaket i én konkurranse estimert til verdi på 15 millioner kroner, og i 2019 var ett tiltak estimert til verdien på 10 millioner kroner.

Kravene til botilbudene eller institusjonsplassene, herunder til bemanning, tilsyn og sikkerhet, er beskrevet i konkurransegrunnlagene. I fem av åtte utlysninger var det krav om enetiltak. I de tre resterende utlysningene var utgangspunktet egen boenhet, med mulighet for fellesskap med andre beboere. I seks av åtte utlysninger var bemanningsnormen 2:1 hele døgnet. Felles for de åtte utlysningene er at det ble stilt krav om at brukeren skal ha døgnkontinuerlig tilsyn, og at personalet til enhver tid må ha kunnskap om hvor brukeren oppholder seg. Det ble også stilt krav til personalgruppens kompetanse[2] og kjønnssammensetning.

Konkurransegrunnlagene viser at kravene til leverandørene tilpasses den enkelte domfelte. For eksempel følger det av ett av konkurransegrunnlagene at det «er av vesentlig sikkerhetsmessig betydning at tiltaket har full kontroll på at den domfelte ikke får anledning til å ha eller ta kontakt med barn». Videre viser konkurransegrunnlagene at kompetansekravene for personalgruppen ble tilpasset den enkelte brukerens behov, jf. at personalgruppen i én sak skulle ha «kompetanse på/erfaring med personer med alvorlige sinnslidelser og lavt evnenivå med atferdsforstyrrelser». I en annen sak burde personalet ha «erfaring med personer med personlighetsforstyrrelser, angstlidelse og selvskadingsproblematikk», mens det i en tredje sak var ønskelig med «erfaring fra arbeid med psykisk utviklingshemmede» og «videreutdanning innenfor fagområdene psykisk helse, og/eller habilitering».

1 Utlysning 27. september 2023 (med frist 30. oktober 2023) ble kansellert.

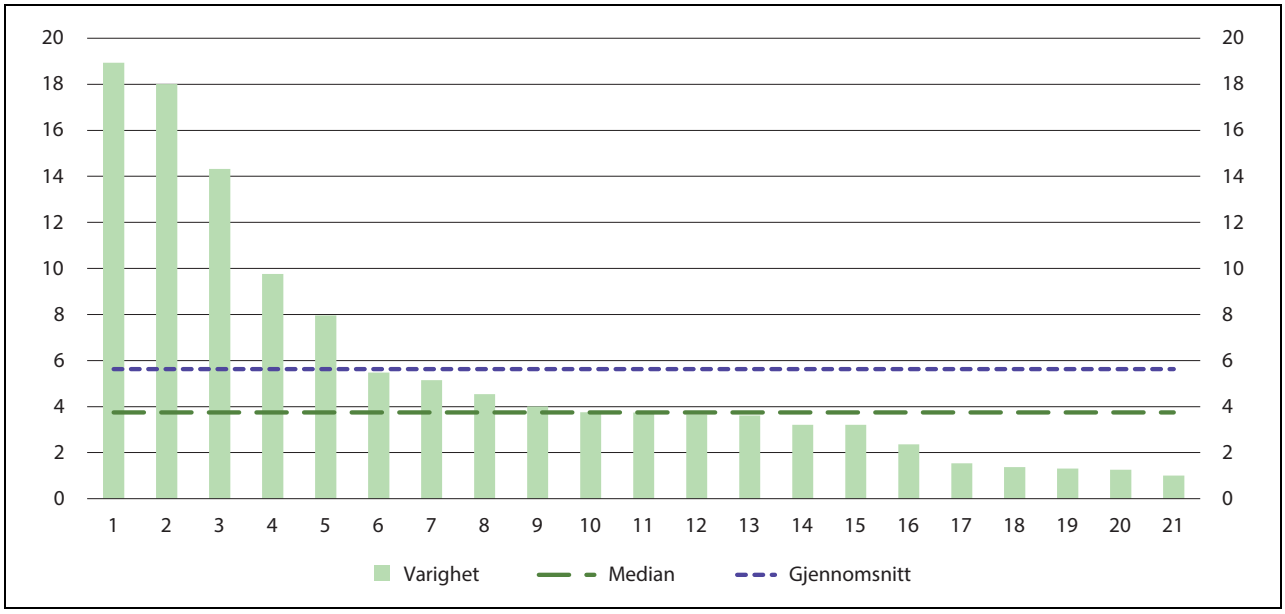
2 I syv av åtte utlysninger ble det stilt som krav at det til enhver tid er en våken ansatt på vakt som oppfyller kravet til minst treårig høyere utdanning innen helse- og sosialfag.

- Kontakt med den domfeltes hjemkommune om informasjon og samtykke kan være tidkrevende.
- Prosessen med anskaffelse av institusjonsplass hos en privat aktør gjennom en anbudsprosess tar tid.
- Påtalemyndigheten skal behandle begjæringer om prøveløslatelse under ordningen, og det må alltid berammes og gjennomføres en rettssak for å kunne etablere prøveløslatelsen.

Det hender at retten, ved behandling av en begjæring om prøveløslatelse fra forvaring, gir uttrykk for at kriminalomsorgen skal eller bør starte forberedelse for en prøveløslatelse under refusjonsordningen. I slike tilfeller kreves en ny beslutning fra retten om etableringen etter at saken er ferdig forberedt.

Det følger av kriminalomsorgens retningslinjer at avtalen mellom kriminalomsorgen og kommunen og/eller institusjonen så vidt mulig bør foreligge når påtalemyndigheten fremmer begjæringen om prøveløslatelse for retten.[19] Siden det er retten som fastsetter vilkårene for prøveløslatelsen, vil avtalen være inngått med forbehold om at retten beslutter at den domfelte skal prøveløslates i ordningen. Avtalen vil i utgangspunktet gjelde så lenge den prøveløslatte har vilkår om opphold i institusjon eller kommunal boenhet utover ett år etter straffeloven § 45 første ledd bokstav c.

19 Retningslinjer til forvaringsforskriften § 20, s. 44.



Figur 16.2 Varighet på avsluttede saker som har resultert i endelig løslatelse. Antall år per 10. desember 2024

Kilde: Kriminalomsorgen, region nord

16.4 Varigheten av en prøveløslatelse under refusjonsordningen

Ved prøveløslatelse fra forvaring fastsettes det en prøvetid på mellom 1 og 5 år, innenfor den fastsatte tidsrammen for forvaringen. Dersom prøveløslatelsen skal være på vilkår om at den domfelte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet utover ett år, beslutter retten prøveløslatelse under refusjonsordningen. Tidsrammen for forvaringen danner en ytre ramme for opprettholdelse av prøveløslatelsen under refusjonsordningen.

Etter lovforarbeidene skal en prøveløslatelse gjennom refusjonsordningen bare være aktuell hvis det er en reell mulighet for at den forvaringsdømte vil kunne mestre et liv i frihet i løpet av prøvetiden. I Rt. 2012 s. 1964 (avsnitt 25 flg.) la Høyesterett til grunn at lovforarbeidene ikke skal forstås dit hen at muligheten for å kunne meste et liv i frihet må være til stede etter bare én prøveløslatelsesperiode. Retten kan vurdere den domfeltes utsikter til progresjon i et noe lengre tidsperspektiv.

Ved alvorlige eller gjentatte brudd på fastsatte vilkår flere ganger, eller dersom den prøveløslatte begår en ny straffbar handling, kan retten ved dom bestemme at den prøveløslatte skal gjeninnsettes i fengsel, eller sette en ny prøvetid og nye vilkår. Det samme gjelder dersom «særlige grunner» ikke lenger tilsier prøveløslatelse på vilkår om at den prøveløslatte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet utover ett år.[20] Videre kan den domfelte selv begjære opphevelse av prøveløslatelse under refusjonsordningen.[21] Hvis den prøveløslatte begjærer gjeninnsettelse i fengsel, kan dette besluttes uten domstolsbehandling dersom påtalemyndigheten og kriminalomsorgen er enige i gjeninnsettelse.[22] Videre skal den domfelte etter straffeloven § 46 fjerde ledd gjeninnsettelse i fengsel dersom kommunen eller institusjonen trekker tilbake samtykket til prøveløslatelsen.

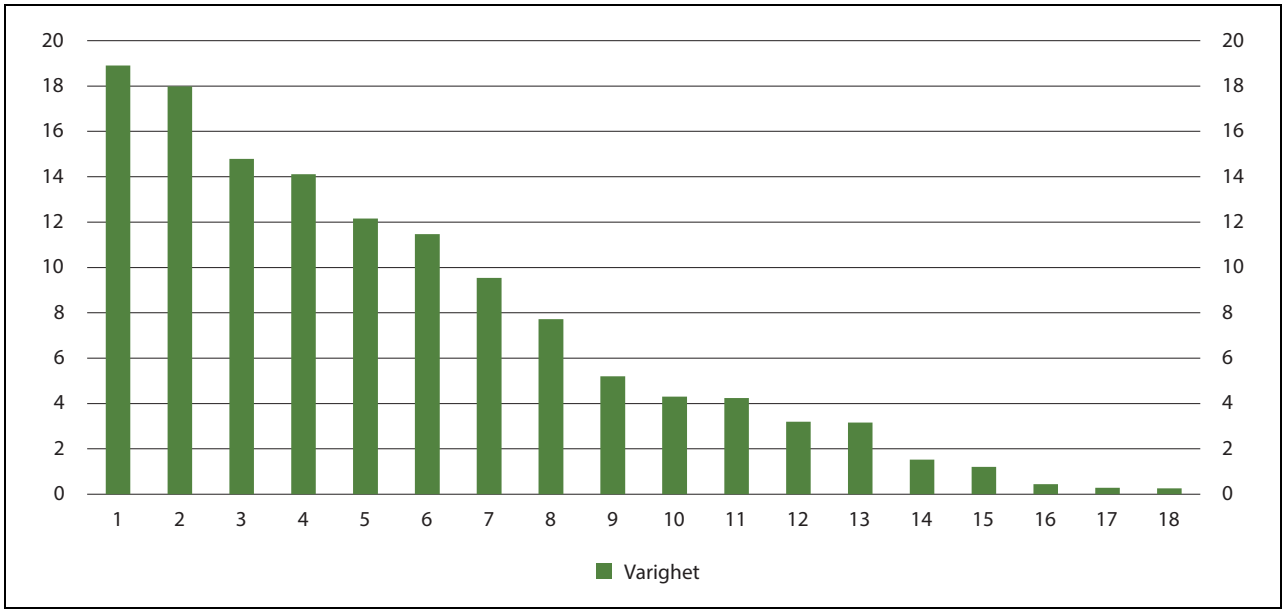
Figur 16.2 viser total varighet for de 21 prøveløslatelsene under refusjonsordningen som per desember 2024 hadde resultert i endelig løslatelse. Det fremgår blant annet at gjennomsnittlig varighet for disse prøveløslatelsene var om lag 5,6 år. De fleste av prøveløslatelsene resulterte i endelig løslatelse før det var gått 6 år, men det fremgår at noen prøveløslatelser hadde vart lenge. Median varighet var om lag 3,7 år. 5 av de 21 hadde vært prøveløslatt til ordningen tidligere, varighet som vises i figuren for disse er summen av varigheten på de to prøveløslatelsesperiodene.

Figur 16.3 viser varigheten på aktive prøveløslatelser under refusjonsordningen per 10. desember 2024. Det fremgår at to av de domfelte har

[20] Straffeloven § 46 første ledd.

[21] Retningslinjer til forvaringsforskriften § 22, s. 47.

[22] Dersom begjæringen ikke tas til følge, kan ny begjæring på samme grunnlag ikke fremsettes før seks måneder etter at forrige vedtak var endelig, jf. forvaringsforskriften § 23 første ledd andre setning.



Figur 16.3 Varighet på aktive prøveløslatelser av forvaringsdømte under refusjonsordningen. Antall år per 10. desember 2024

Kilde: Kriminalomsorgen, Region Nord

vært prøveløslatt under ordningen i rundt 18 år. Begge disse er domfelte med psykisk utviklingshemming, konvertert fra frisikring.

16.5 Rammene for bruk av tvang

Etter straffeloven § 45 første ledd bokstav c kan retten bestemme at den domfelte i refusjonsordningen skal kunne holdes tilbake i institusjonen eller boenheten mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Den offentlige myndigheten vil i denne sammenhengen normalt være politiet. Bestemmelsen minner om straffeloven § 63 annet ledd, som gir en tilsvarende hjemmel for bruk av tvang overfor personer som er dømt til tvungen omsorg.

Hvis retten har bestemt at den domfelte skal kunne holdes tilbake i institusjonen eller boenheten mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, skal dette framgå av avtalen mellom kriminalomsorgen og kommunen og/eller institusjonen. Kriminalomsorgen ved det lokale friomsorgskontoret har det overordnede ansvaret for at prøveløslatelsen gjennomføres i henhold til denne avtalen. I praksis vil det likevel være de som jobber ved den aktuelle institusjonen eller boenheten, som – gjennom avtalen med kriminalomsorgen – får tildelt myndigheten til å utøve tvang når det er nødvendig. Kriminalomsorgen må gjennom avtalen og oppfølgingen av denne sikre at tvangsutøvelsen er i samsvar med den myndigheten som domstolen har gitt. Dette gjelder uavhengig av om tvangen utøves av personer som er ansatt i kommunen, eller hos en privat aktør.

I praksis kan de domfelte i refusjonsordningen være omgitt av strenge sikkerhetstiltak som alarmer, låste dører og vinduer, og fotfølging. Tiltakene kan gå langt utover de hjemlene som kommunene har for tvang og makt overfor enkelte med psykisk utviklingshemming etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Noen domfelte under refusjonsordningen blir ganske isolerte.

I motsetning til det som gjelder for tvungen omsorg, foreligger det ingen særskilt regulering som begrenser rekkevidden av de ordinære sivilrettslige hjemlene for bruk av tvang overfor en forvaringsdømt som er prøveløslatt. Det betyr at hjemlene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 i prinsippet vil kunne komme til anvendelse dersom vilkårene der er oppfylt, og utgjøre et regime «ved siden av» det regimet som ligger i rettens beslutning om vilkår ved etableringen av et botiltak under refusjonsordningen.

16.6 Kontroll og tilsyn

Det lokale friomsorgskontoret har den løpende kontrollen og oppfølgingen med at prøveløslatelsen gjennomføres i henhold til avtalen. Dette

omfatter kontroll både med at prøveløslatelsen er sikkerhetsmessig forsvarlig, og med at den domfelte får et innholdsmessig forsvarlig tilbud. Friomsorgskontoret skal holde regionen orientert om den prøveløslattes forhold, og om eventuelle brudd på vilkårene for prøveløslatelsen. Kopier av eventuelle bruddmeldinger skal sendes til Kriminalomsorgen region nord.[23]

Kriminalomsorgen region nord kan gjennomføre besøk til institusjonene og boenhetene for å undersøke om vilkårene i avtalene blir overholdt. Kommunene og institusjonene utarbeider også selv rapporter til kriminalomsorgen, og det sendes årlig rapport fra kriminalomsorgen til det statsadvokatembetet som har straffesaken.

Kriminalomsorgen gjennomfører internkontroll som dokumentertes i Kriminalomsorgens internkontrollsystem (KIKS). Systemet inneholder blant annet en modul for registreringer av avvik. I tillegg gjennomfører Kriminalomsorgen risikovurderinger som en del av den årlige planleggingen.[24] Generelt er kriminalomsorgens virksomhet dessuten underlagt tilsyn fra tilsynsrådene i kriminalomsorgen, og inngår i kontroll- og tilsynsområdene for Riksrevisjonen og Sivilombudet. Nye regler om tilsynsråd for kriminalomsorgen trådte i kraft 1. januar 2025, etter at det over tid var påpekt en rekke svakheter ved den tidligere tilsynsordningen.

[23] Retningslinjer til forvaringsforskriften § 20, s. 46.

[24] Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport*, s. 101.

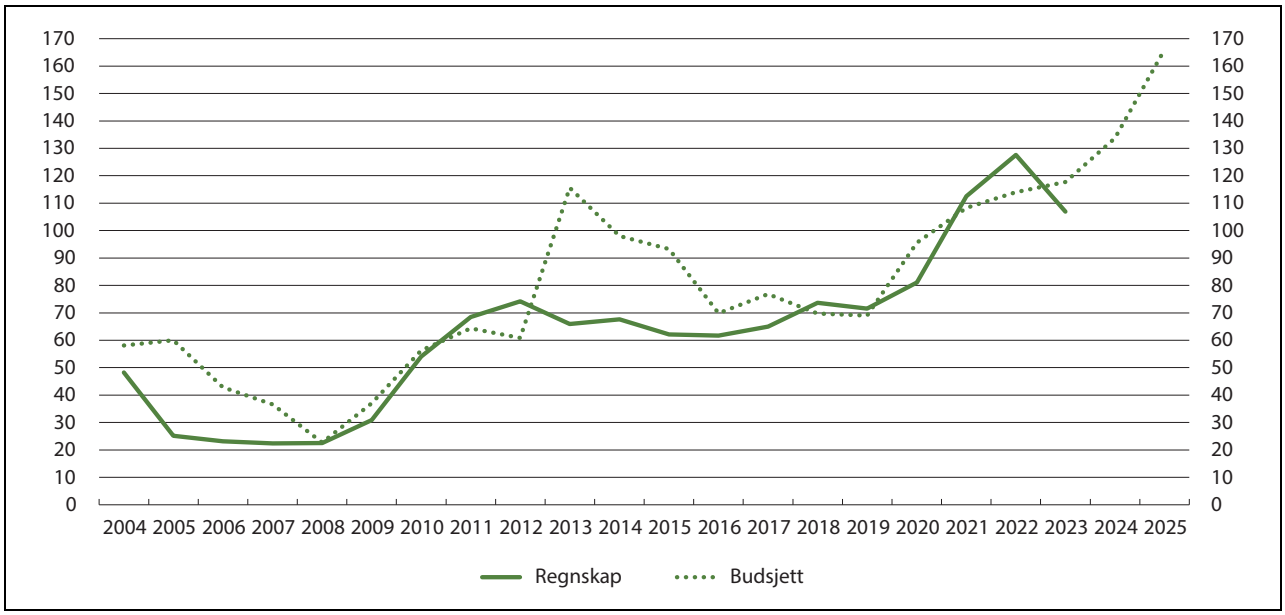
16.7 Kostnader ved ordningen

Som nevnt skal staten ved Justis- og beredskapsdepartementet dekke kommunenes utgifter til gjennomføringen av prøveløslatelser under refusjonsordningen. Refusjonene utbetales i henhold til avtalene med kommunene. Hvis det er inngått en avtale direkte med en privat institusjon, uten at en kommune er involvert, kan refusjonen utbetales direkte til institusjonen. Kriminalomsorgsdirektoratet skal holdes orientert om hvor stor del av bevilgningen som er utbetalt direkte til en privat institusjon.[25]

Hvert år vil det være usikkert hvor store utbetalinger det vil bli innenfor ordningen, blant annet fordi dette avhenger av tidspunktet for utbetalingene av refusjoner til kommunene. Ved inngangen til 2024 hadde ordningen 16 aktive saker, mens den per september 2024 hadde 18 saker. I løpet av de tre første kvartalene av 2024, har én sak opphørt og tre nye har kommet til. Nye saker har gjerne et etterslep knyttet til fakturering i oppstarten som kan gi avvik i regnskapstall sett opp mot faktisk aktivitet.

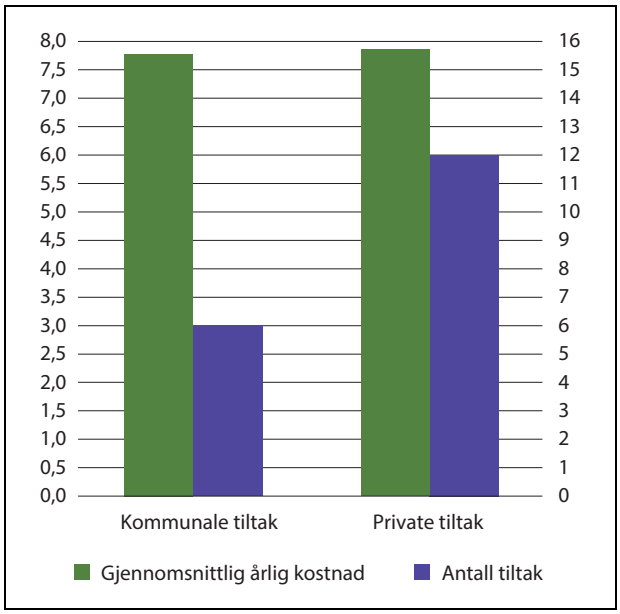
Figur 16.4 viser budsjetterte og regnskapsførte utgifter i perioden fra Kriminalomsorgen region nord overtok administrasjonen av ordningen i 2004, til og med 2023. For 2023 viser regnskapstallene at det ble refundert om lag 107 millioner kroner.

[25] Retningslinjer til forvaringsforskriften kapittel 6.



Figur 16.4 Refusjonsordningen – budsjett og regnskap 2004–2023

Kilde: Kriminalomsorgen, region nord



Figur 16.5 Gjennomsnittlig årlig kostnad for aktive tiltak gjennom refusjonsordningen, millioner kroner (venstre akse) og antall tiltak (høyre akse) per 10. desember 2024

Kilde: Kriminalomsorgen region nord

Det er stor variasjon i hvor mye de ulike tiltakene koster, fra om lag 4,5 millioner kroner for det rimeligste tiltaket, til nær 16 millioner kroner for det mest kostbare. Figur 16.5 viser gjennomsnittlig årlig kostnad for aktive tiltak i refusjonsordningen per 10. desember 2024, hvor det ser skilt mellom gjennomsnittskostnad knyttet til kommunale tiltak og gjennomsnittskostnad knyttet til private tiltak. Det fremgår et det er liten forskjell i gjennomsnittskostnad mellom private og kommunale tiltak, den er i begge tilfeller mellom 7,5 og 8 millioner kroner.

16.8 Enkelte erfaringer med prøveløslatelse fra forvaring med vilkår om at den prøveløslatte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet

Kriminalomsorgsdirektoratet har videreformidlet til utvalget enkelte erfaringer fra Kriminalomsorgen region nord som gjelder prøveløslatelse av forvaringsdømte gjennom refusjonsordningen. Én av erfaringene er at det er vanskelig å få til progresjon i disse sakene, blant annet på grunn av forhold ved de domfelte, for eksempel psykisk utviklingshemming. Regionen viser videre til at flere av prøveløslatelsene under ordningen har vart mye lengre enn fem år. Med prøveløslatelsen forblir de domfelte under straffegjennomføring på grunn av sin tilstand, selv om de straffbare forholdene som ligger til grunn for forvaringsdommen ligger langt tilbake i tid. Regionen påpeker at begrensninger i kommunenes regelverk, for eksempel om bruk av tvang for å ivareta samfunnsvernet, kan gjøre det vanskelig å få overført oppfølgingen av de domfelte til kommunene.

Kriminalomsorgen region nord påpeker også at det i dag er opp til kommunen eller institusjonen om den ønsker å samtykke til en prøveløslatelse gjennom refusjonsordningen. Det kan spørres om det hadde vært enklere å tilbakeføre de domfelte til hjemkommunene dersom kommunene alltid måtte være involvert i prøveløslatelsene. Kommunene ville da være kjent med saken og den domfeltes behov, før den endelige løslatelsen. Fra kriminalomsorgen er det dessuten pekt på som en mulig svakhet at kriminalomsorgen ikke selv kan beslutte å gjeninnsette en domfelt under refusjonsordningen i fengsel, selv om det er kriminalomsorgen som har det sikkerhetsmessige ansvaret. Det er også påpekt behov for avklaringer rundt hvilke vilkår som kan settes overfor den domfelte underveis i prøveløslatelsen, både ved prøveløslatelse fra forvaring generelt, og for prøveløslatelser under refusjonsordningen.

I brev til de kommunene som per 30. november 2023 hadde forvaringsdømte som var prøveløslatt gjennom refusjonsordningen, ba utvalget om at kommunene bidro til å belyse ulike sider ved ordningen. Ett av spørsmålene var hvilke hensyn de legger vekt på ved vurderingen av om de vil inngå en avtale med kriminalomsorgen om en prøveløslatelse under refusjonsordningen. I svar til utvalget er det opplyst at det legges vekt blant annet på om den domfelte vil få et forsvarlig botilbud, om sikkerheten til de ansatte i tiltaket og lokalbefolkningen for øvrig vil bli ivaretatt, og på økonomiske forhold. Noen kommuner svarte at de legger vekt på hva slags oppfølging som vil tilbys fra friomsorgen og eventuelle andre samarbeidspartnere. På spørsmål om hvordan de opplever samarbeidet med kriminalomsorgen i forbindelse med forberedelsen til, og gjennomføringen av, prøveløslatelser gjennom refusjonsordningen, svarte flere av kommunene at samarbeidet med kriminalomsorgen fungerer godt i disse sakene, og at ansvarsdelingen framstår som avklart.

Til spørsmål om fordeler og ulemper ved ordningen i stort, var det flere kommuner som pekte på at samarbeidet mellom kriminalomsorgen og kommunene kan bidra til bedre rehabilitering og tilbakeføring av den prøveløslatte. Flere kommu-

ner ser det som en fordel at ordningen fullt ut er finansiert av staten. Blant de ulempene som er trukket fram, er at kommunene kan mangle kompetanse eller ressurser til å håndtere behovene til den prøveløslatte, at prøveløslatelsen under ordningen kan medføre stigmatisering av den prøveløslatte, og at ordningen framstår som noe byråkratisk.

Del IV
De strafferettslige særreaksjonene

Kapittel 17
Hensynene bak særreaksjonene

17.1 Innledning

Den som var utilregnelig på handlingstidspunktet for en straffbar handling, kan ikke idømmes eller ilegges straff, jf. straffeloven § 20. I tilfeller hvor personen var strafferettslig utilregnelig på grunn av sterkt avvikende sinnstilstand, sterk bevissthetsforstyrrelse eller høygradig psykisk utviklingshemming,[1] og det foreligger risiko for gjentakelse, kan det derimot være aktuelt å idømme en *strafferettslig særreaksjon*. Gjeldende særreaksjoner er overføring til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62, og overføring til tvungen omsorg etter straffeloven § 63. Til sammen åpner disse bestemmelsene for at det ved dom kan etableres et kriminalitetsvern i tilfeller hvor alvorlige, samfunnsskadelige eller særlig «plagsomme» straffbare handlinger er begått av utilregnelige personer som har en tilbøyelighet til å begå nye liknende lovbrudd.

Dagens særreaksjoner ble innført med virkning fra 1. januar 2002.[2] I utgangspunktet kunne det bare idømmes tidsubestemte særreaksjoner, i den forstand at reaksjonene ble idømt uten at retten samtidig fastsatte noe om hvor lenge de skulle vare. Med virkning fra 1. oktober 2016 ble dette endret, slik at det nå også kan idømmes en tidsbestemt særreaksjon. Tidsbestemte særreaksjoner kan ha en varighet på inntil tre år.[3]

En særreaksjon ilegges ved dom, etter tiltalebeslutning og påstand fra påtalemyndigheten.[4] Det er opp til retten å vurdere, på bakgrunn av bevisførselen i saken, hvilken av de to særreaksjonene som skal idømmes.[5] Under gjennomføringen av en tidsubestemt særreaksjon kan blant annet den domfelte få prøvd for retten en begjæring om opphør med ett års mellomrom, og minst hvert tredje år etter siste rettskraftige dom skal retten vurdere om en ubestemt særreaksjon skal opprettholdes eller oppheves.[6] I tillegg kan påtalemyndigheten til enhver tid beslutte opphør på eget initiativ.

Særreaksjonene gjennomføres i utgangspunktet av spesialisthelsetjenesten, for dom til tvungent psykisk helseverns vedkommende i stor grad etter de samme regler som tvungent psykisk helsevern besluttet på grunnlag av psykisk helsevernloven § 3-3 (også kalt sivilrettslig tvungent psykisk helsevern).[7] Som det fremgår av den videre teksten her, er det også ellers betydelig sammenheng mellom de strafferettslige særreaksjonene og sivilrettslig bruk av tvang på grunnlag av hjemler i helselovgivningen.

17.2 Beskyttelse mot nye og alvorlige straffbare handlinger

Formålet med særreaksjonene er ikke straff, men å beskytte den enkelte og samfunnet mot fremtidige voldshandlinger som har stort skadepotensiale, begått av lovbrytere som var utilregnelige på handlingstidspunktet. Andre behov, slik som å sikre at en person får nødvendige helse- og omsorgstjenester, kan ikke danne grunnlag for dom til en særreaksjon.[8] En særreaksjon kan heller ikke begrunnes ut fra gjengjeldelsesbetraktninger eller et ønske om å markere avstand fra den handlingen som er begått.[9]

Dagens tidsubestemte særreaksjoner ble innført i forbindelse med at reglene om sikring ble opphevet. Under sikringsinstituttet kunne tvun-

1 Straffeloven § 20 andre til fjerde ledd.

2 Ot.prp. nr. 87 (1993–94) og Ot.prp. nr. 46 (2000–2001).

3 Prop. 122 L (2014–2015).

4 Straffeprosessloven kapittel 7, påtaleinstruksen kapittel 23 og Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2020 regulerer myndigheten til å treffe beslutninger om henleggelse, tiltale og påstand.

5 Prop. 154 L (2016–2017), s.150.

6 Jf. straffeloven § 65 tredje og fjerde ledd.

7 Jf. psykisk helsevernloven kapittel 5.

8 Behov for helse- og omsorgstjenester skal først og fremst sikres gjennom helse- og omsorgslovgivningen, jf. Prop. 122 L (2014–2015) *Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.)* punkt 3.7.1, s. 36.

9 Prop. 122 L (2014–2015), s. 40, og Prop. 154 L (2016–2017), s. 149.

gent psykisk helsevern bare gjennomføres dersom vilkårene etter psykisk helsevernloven til enhver tid var oppfylt.[10] Dette kunne medføre at en sikringsdømt som fortsatt ble vurdert å kunne utgjøre fare for andre, men som ikke lenger oppfylte lovens kriterier for innleggelse og tilbakeholdelse i psykiatrien, ikke kunne beholdes som innlagt. Vurderingene etter denne loven lå (og ligger fortsatt) til den faglig ansvarlige i psykiatrien. Noen som var utilregnelige på handlingstiden, men som ikke lenger hadde klare psykotiske symptomer, men med liten sykdomsinnsikt eller forståelse for fortsatt medikamentell behandling, ble overført til en sikringsinstitusjon. Mange sikringsdømte som var utilregnelige på handlingstidspunktet måtte utholde sikringstiden i fengsel. Dette kunne ses som en omgåelse av prinsippet om at sikringsdømte som var utilregnelige på handlingstidspunktet ikke er strafferettslig ansvarlige.[11] Samtidig konstaterte man at enkelte sikringsdømte som var utilregnelige på handlingstidspunktet kan utgjøre en såpass stor fare for andres liv, helse og frihet at det av den grunn må kunne iverksettes tiltak.[12] At man i første omgang kom til at særreaksjonene burde være tidsubestemte, ble begrunnet blant annet med at reglene i størst mulig grad burde være de samme som etter psykisk helsevernloven.[13] Ved å begrense hjemmelen for å idømme særreaksjoner til de mest alvorlige kategoriene av lovbrudd, skulle særreaksjonene forutsetningsvis være aktuelle overfor bare et fåtall av de utilregnelige som begår lovbrudd.[14]

Reglene om rett til å få prøvet en begjæring om opphevelse, og om regelmessig overprøving, er grunnet i hensyn til den domfeltes rettssikkerhet.

Ved utformingen av reglene om særreaksjonene ble det også lagt til grunn at behandling og egnede omsorgstilbud kunne bidra til at gjerningspersonen fikk en bedre livssituasjon, og at en opplevelse av bedring og hjelp til adferdsregulering ville forhindre nye lovbrudd.[15] Hvilke behandlingsutsikter den enkelte har, er likevel ikke avgjørende for om det kan idømmes en særreaksjon. Under lovforberedelsen så man at dette kunne medføre at det ville være særreaksjonsdømte som psykiatrien ikke hadde noen adekvat behandling for, men dette ble antatt ikke å ville bli et problem i praksis.[16] Som en slags sikkerhetsventil, ble det vedtatt en bestemmelse som åpnet for at domfelte til tvungent psykisk helsevern som ikke lenger var behandlingstrengende, i særlige tilfeller kunne overføres til kriminalomsorgen.[17] Tanken var at den domfelte i slike tilfeller skulle ha samme oppfølgning i fengselet som forvaringsdømte.[18] Senere er denne hjemmelen for overføring av domfelte til tvungent psykisk helsevern til fengsel opphevet, med henvisning blant annet til at det er «prinsipielt galt» at en gjerningsperson som var utilregnelig i handlingsøyeblikket, og dermed er uten strafferettslig skyldevne, skal kunne innsettes i fengsel.[19]

17.3 Behov for et supplement til tvang på sivilrettslig grunnlag

Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett til helsehjelp på frivillig grunnlag. I tillegg har samme lov regler som åpner for tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for å forhindre farlige handlinger fra psykisk syke. Etter psykisk helsevernloven § 3-3 kan en alvorlig sinnslidende som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, etter nærmere vilkår underlegges tvungent psykisk helsevern. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5 at kommunen kan bruke tvang overfor personer med en diagnostisert utviklingshemming for å hindre at personen utsetter seg selv eller andre for «vesentlig skade». Slik tvang forutsetter et forutgående vedtak i kommunen om tjenester i hjemmet, institusjonsopphold eller avlastningstiltak.[20] Tvang etter disse reglene besluttes i ulike deler av forvaltningen, og betegnes derfor gjerne som tvang på sivilrettslig grunnlag.

Det er en nær sammenheng mellom tvang på sivilrettslig grunnlag og behovet for strafferettslige særreaksjoner. Jo større adgangen til å gripe

10 Høyesteretts kjennelse 23. oktober 1984.

11 NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 4.1.1 og Ot.prp. nr. 87 (1993–94) punkt 7.4.1.

12 NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 4.1.2, Ot.prp. nr. 87 (1993–94) punkt 7.4.3 og Innst. O. nr. 33 (1996–1997) komitéflertallets merknader under punkt 3 og punkt 5.

13 NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 5.3.

14 Ot.prp. nr. 87 (1993–94) punkt 7.4.3.

15 NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 4.1.2, 4.1.3, 4.1.5 og punkt 4.2. Se også Prop. 122 L (2014–2015) punkt 3.5.4 om tidsbestemte særreaksjoner.

16 NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 4.1.5 og Ot.prp. nr. 87 (1993–94) punkt 7.5.2.3.3.

17 Psykisk helsevernloven § 5-6, jf. også NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 6.6.

18 NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 6.6.

19 Opphevet med virkning fra 1. oktober 2020. Se ellers NOU 2010: 14 og Prop. 154 L (2016–2017) punkt 5.3.4.

20 Helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 første ledd, jf. § 3-2 nr. 6 bokstavene a til c og § 3-6 første ledd nr. 2.

inn på sivilrettslig grunnlag er (og benyttes i praksis), jo mindre vil behovet for strafferettslige særreaksjoner være.[21]

Reglene om de strafferettslige særreaksjonene bygger blant annet på en vurdering av at de sivilrettslige hjemlene for tvang ikke gir tilstrekkelig beskyttelse mot faren for gjentakelse av straffbare handlinger begått av utilregnelige gjerningspersoner. Det er således funnet behov for et supplement til det sivilrettslige regelverket, i form av mulighet til å idømme en strafferettslig særreaksjon.[22] Bakgrunnen for begrensninger i utformingen og bruken av de sivilrettslige hjemlene for tvang, er blant annet en skepsis mot å institusjonalisere personer med psykiske og kognitive funksjonsnedsettelser, og et generelt ønske om å hindre misbruk av tvang. Det er også påpekt viktigheten av å unngå at tiltak som skal beskytte mot straffbare handlinger får for store konsekvenser for personer med betydelige helse- og omsorgstjenestebehov som ikke har en farlig atferd.[23] Det er videre tatt til orde for å skille tydeligere mellom bestemmelser om tvangsinngrep for å ivareta personen selv, og bestemmelser om tvangsinngrep ved fare for andre i helse- og omsorgslovgivningen.[24]

For at det skal kunne idømmes en tidsubestemt særreaksjon, krever straffeloven § 62 at reaksjonen må være «nødvendig» i det enkelte tilfellet. I samsvar med lovforarbeidene har Høyesterett slått fast at det i denne nødvendighetsvurderingen har betydning hvilke tiltak som er tilgjengelige etter den sivilrettslige lovgivningen.[25]

Med en dom til tvungent psykisk helsevern får spesialisthelsetjenesten en plikt til å motta den domfelte, uavhengig av om vilkårene for tvangsinnleggelse og tvungent vern etter psykisk helsevernloven er oppfylt. Under lovforberedelsen ble muligheten for å idømme en særreaksjon når dette er nødvendig for å beskytte mot nye alvorlige straffbare handlinger, ikke ansett å utgjøre en «urimelig belastning for det psykiske helsevern» eller et «uforholdsmessig inngrep i det psykiske helsevernets asylsuverenitet».[26] Blant premissene for denne vurderingen, var at det ville være få domfelte som ikke oppfyller vilkårene for sivilrettslig tvang.

17.4 Påtalemyndigheten som «vokter» av samfunnsvernet

Ved idømmelse av en særreaksjon har påtalemyndigheten en sentral funksjon. Foruten å kunne anmode domstolen om å opprettholde en tidsubestemt reaksjon, eller beslutte opphør av tidsubestemte og tidsbestemte reaksjoner, har påtalemyndigheten klagerett til kontrollkommisjonen på vedtak om overføring mellom institusjoner i det psykiske helsevernet, og mellom ulike tvangsformer (med og uten døgnopphold i spesialisthelsetjenesten). Med denne klageretten får påtalemyndigheten en partsrolle som innebærer at den skal underrettes om slike vedtak.[27] Videre kan påtalemyndigheten begjære endringer i gjennomføringen av særreaksjonen, for eksempel at den domfelte overføres til et høyere sikkerhetsnivå i det psykiske helsevernet, eller at den domfelte overføres tilbake til døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Dersom begjæringen ikke etterkommes av den faglig ansvarlige, går saken til kontrollkommisjonen for videre behandling. Påtalemyndighetens kontrollfunksjoner er begrunnet med hensynet til samfunnsbeskyttelsen.[28]

I rettspraksis er det flere eksempler på at påtalemyndighetens partsrolle og kontrollfunksjon er tillagt vekt i vurderingen av om tiltak på sivilrettslig grunnlag er tilstrekkelig. Ikke sjeldent blir hensynet til påtalemyndighetens mulighet til å føre kontroll med rammevilkårene for tvungent psykisk helsevern utslagsgivende for om særreaksjon idømmes eller opprettholdes.[29]

Politiet kan begjære at det etableres tvungent psykisk helsevern også på sivilrettslig grunnlag. Videre kan en pasient eller vedkommendes nærmeste pårørende, eventuelt den myndigheten som har begjært tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, påklage den faglig ansvarliges vedtak til kontrollkommisjonen.[30]

---

21 Sammenhengen mellom tvang på sivilrettslig grunnlag og behovet for strafferettslige særreaksjoner er påpekt blant annet i NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 4.1.3. og i NOU 2014: 10 punkt 22.3.1.

22 NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 4.1.3 og 4.2.

23 Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutning, bedre behandling.* punkt 11.2.1.

24 NOU 2019: 14, s. 51, 59, 322–324 og 528.

25 HR-2004-1142-A avsnitt 23 og HR-2006-1595-A avsnitt 25 og 31.

26 NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 6.3 og Ot.prp. nr. 87 (1993–94) punkt 7.5.2.1.3.

27 Forvaltningsloven § 27, psykisk helsevernloven § 5-4, psykisk helsevernforskriften § 12 og forskrift om tvungen omsorg § 12.

28 NOU 1990: 5 kapittel VIII punkt 6.4 og 6.5 og Ot.prp. nr. 87 (1993–94) punkt 7.5.2.1.3.

29 Se for eksempel HR-2002-72-A, HR-2005-1448-A avsnitt 22 og 23, HR-2011-559-A avsnitt 31 og 32, LB-2023-73446 og LG-2024-1110 om ankenektelse.

30 Psykisk helsevernloven § 3-7 tredje og fjerde ledd.

Kapittel 18
Statistiske opplysninger om domfelte til særreaksjonene

18.1 Utviklingen av antall domfelte til særreaksjonene

Antall personer som til enhver tid gjennomfører dom til tvungent psykisk helsevern eller dom til tvungen omsorg, er et resultat av nye dommer og opphør av tidligere dommer hvert år. Figur 18.1 viser utviklingen i antall pågående dommer til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg, fordelt på tidsubestemte og tidsbestemte dommer, i perioden 2002–2023.

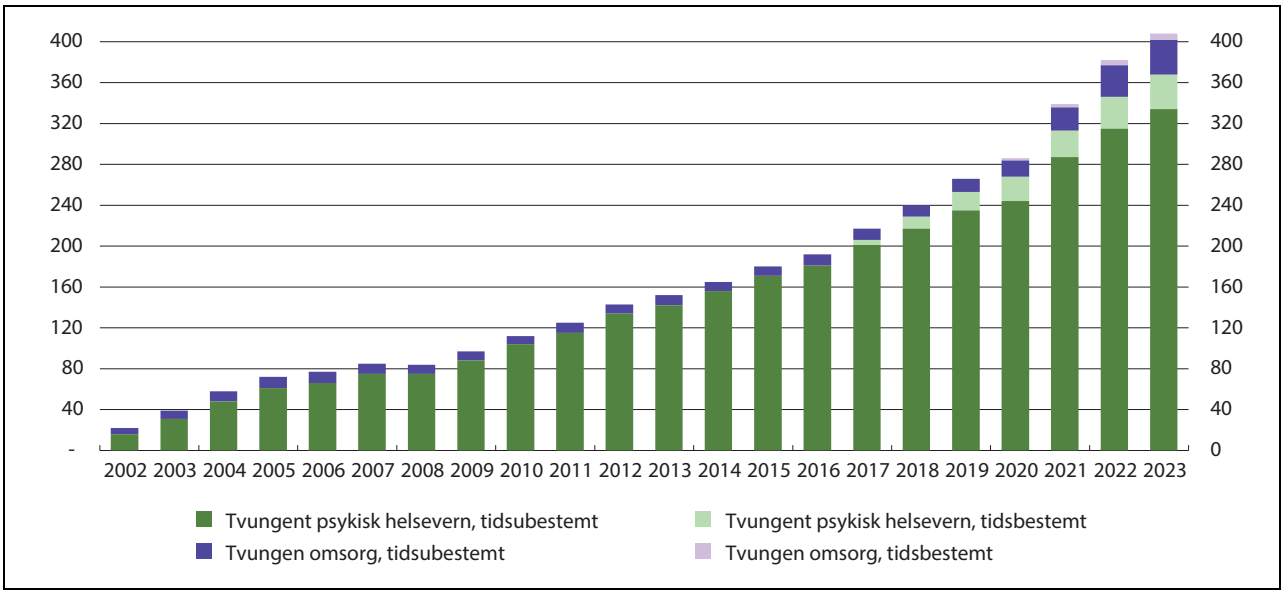
Ved utgangen av 2023 var det ifølge årsrapporten for 2023 fra Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern i alt 368 personer som gjennomførte dom til tvungent psykisk helsevern, hvorav 34 på grunnlag av en tidsbestemt dom og 334 på grunnlag av en tidsubestemt dom.[1] Ifølge Sentral fagenhet for tvungen omsorg var det på samme tidspunkt 40 personer som gjennomførte dom til tvungen omsorg, hvorav 6 på grunnlag av en tidsbestemt dom og 34 på grunnlag av en tidsubestemt dom.

Så lenge antallet opphør av dommer årlig er lavere enn antall nye dommer, vil antall pågående dommer fortsatt øke. Helt fra innføringen av særreaksjonsreformen i 2002, har antallet opphør av dom til tvungent psykisk helsevern hvert år vært lavere enn antallet nye dommer. For tvungen omsorger er bildet mer sammensatt. I perioden 2002–2017 var det få nye dommer hvert år, men det var nesten like mange dommer som opphørte, slik at antallet domfelte var relativt stabilt. Etter 2017 har ingen tidsubestemte dommer til tvungen omsorg opphørt, samtidig som antall nye dommer hvert år har økt, særlig fra 2021.

Figur 18.2 viser utviklingen i antallet nye dommer til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg hvert år fra 2002 til og med 2023.

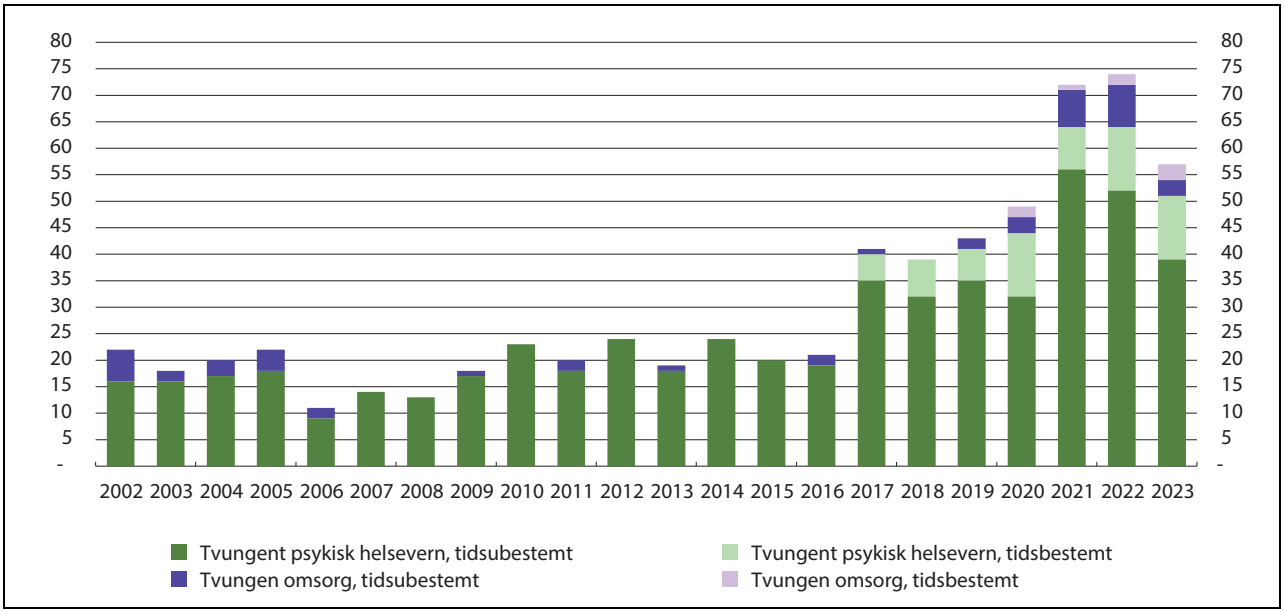
I perioden 2002–2016 ble det avsagt i gjennomsnitt om lag 18 nye tidsubestemte dommer til

[1] I Koordineringsenhetens årsrapport for 2024 er antallet for 2023 justert ned til 363, hvorav 332 med en tidsubestemt og 31 med en tidsbestemt dom til tvungent psykisk helsevern.



Figur 18.1 Antall pågående dommer til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg, fordelt på tidsubestemte og tidsbestemte dommer (fra 2017). 2002–2023

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, årsrapport 2023 og Sentral fagenhet for tvungen omsorg



Figur 18.2 Antall nye dommer til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg[1], fordelt på tidsubestemte og tidsbestemte dommer i perioden 2002–2023

[1] Antall nye dommer til tvungen omsorg i figuren inkluderer tidligere sikringsdommer i årene 2002–2006

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, årsrapport 2023 og Sentral fagenhet for tvungen omsorg

tvungent psykisk helsevern hvert år. I perioden 2017–2020 var det gjennomsnittlige antallet nye tidsubestemte dommer til tvungent psykisk helsevern om lag 34, altså nær en dobling i antall nye dommer årlig. I tillegg har de tidsbestemte dommene til tvungent psykisk helsevern, som det ble åpnet for fra 1. oktober 2016, medvirket til økningen i det totale antallet domfelte til tvungent psykisk helsevern hvert år. Etter 2020 har antallet årlige nye tidsubestemte dommer til tvungent psykisk helsevern økt ytterligere, og utgjorde i perioden 2021–2023 i gjennomsnitt om lag 50 dommer årlig. Antallet årlige dommer til tidsbestemt tvungent psykisk helsevern har variert en del i perioden 2017–2023, med et gjennomsnitt på om lag 9 nye dommer årlig.

Antallet dommer til tvungen omsorg er generelt betydelig lavere enn antallet dommer til tvungent psykisk helsevern. I perioden 2002–2020 ble det avsagt i gjennomsnitt én ny dom årlig, ikke hensyntatt tidligere sikringsdommer. I perioden 2021–2023 ble det avsagt i gjennomsnitt vel seks dommer om overføring til tidsubestemt tvungen omsorg hvert år, hvilket representerer en mangedobling i antall årlige tilfeller. I tillegg har de tidsbestemte dommene til tvungen omsorg medvirket til økningen i det totale antallet domfelte til tvungen omsorg hvert år. Den første dommen til tidsbestemt tvungen omsorg ble avsagt først i 2020, selv om muligheten for å idømme slik reaksjon ble innført allerede fra 1. oktober 2016. I perioden 2020–2023 har det blitt avsagt i gjennomsnitt to dommer til tidsbestemt tvungen omsorg hvert år.

Det er trolig sammensatte årsaker til utviklingen i antallet domfelte til særreaksjonene. Flere utviklingstrekk enn regelendringer påvirker utviklingen i antallet domfelte til særreaksjonene, og det vil være tilfeldige variasjoner over tid. I 2023 ble det avsagt 51 dommer til tvungent psykisk helsevern, hvorav 39 tidsubestemte og 12 tidsbestemte, som er færre enn de to foregående årene. I 2024 ble det avsagt 59 nye slike dommer, hvorav 51 tidsubestemte og 8 tidsbestemte. Tallene var altså noe høyere i 2024 enn i 2023, men fortsatt en del lavere enn i 2021 og 2022.

Selv om årsaksforholdene vil være usikre, er det en utbredt oppfatning at endringene i straffelovens bestemmelser med virkning fra oktober 2020 har bidratt til den sterke økningen fra 2020 til 2021 i antallet årlig domfelte til særreaksjoner totalt sett, og til en relativt høyere økning i antall domfelte til særreaksjonen tvungen omsorg. Endringene i 2020 gjaldt en senket terskel for å kunne idømme en tidsubestemt særreaksjon, endring av utilregnelighetsbestemmelsen som åpner for at flere tilstander kan danne grunnlag for en særreaksjon, heving av den veiledende IQ-grensen for når en person kan anses å ha en høygradig utviklingshemming, og at valget av særreaksjon

ble lagt til rettens skjønn. Effekten av regelendringene var imidlertid større enn antatt på forhånd. Samlet sett la lovendringene grunnlag også for en viss vridning i bruk av særreaksjonene i favør av flere dommer til tvungen omsorg, relativt til dommer til tvungent psykisk helsevern. I praksis åpnet lovendringene for såkalte konverteringsdommer fra tvungent psykisk helsevern til tvungen omsorg, når domstolen tar stilling til om en tidsubestemt særreaksjon skal opprettholdes. Det er opplyst om fire konverteringsdommer til tvungen omsorg per 20. mars 2024.[2]

Den mest markerte økningen i årlig antall nye dommer til tidsubestemt tvungent psykisk helsevern fant sted fra 2016 til 2017. Det har vært reist spørsmål om økningen kan ha sammenheng med endringene i psykisk helsevernloven og innføringen av krav om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang på behandlingsvilkåret. De aktuelle endringene i psykisk helsevernloven trådte imidlertid i kraft først fra 1. september 2017. Det er også slik at sivilrettslig tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres uten hensyn til vilkåret om manglende samtykkekompetanse dersom det er «nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse». I følge Riksadvokaten har det heller ikke skjedd endringer i retningslinjene for bruken av særreaksjonene, eller i kjent henleggelsespraksis, som kan forklare en slik plutselig og kraftig økning i årlig antall tilfeller fra det ene året til det andre.[3]

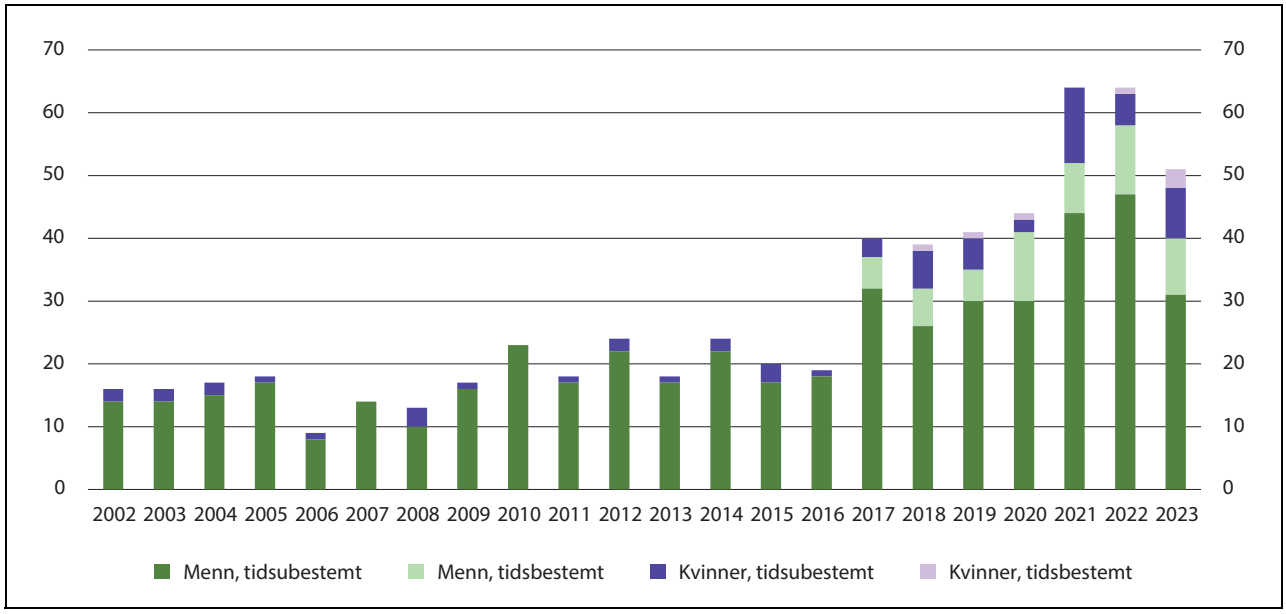
Utover 2010-tallet kan det synes som samfunnet har fått en mindre toleranse for vold, og at det er utviklet et syn om at det er behov for høyere samfunnsbeskyttelse på mange områder. Videre førte den gradvise nedbyggingen av sengeplasser i psykisk helsevern til kortere liggetid for pasientene, og til at flere ble utskrevet etter kort tid til et liv de muligens ikke mestret, og som kunne øke faren for psykotiske symptomer. I tillegg har det vært en økning i rusmiddelbruk og vold i samfunnet, også hos personer med psykiske lidelser. Disse faktorene kan ha bidratt til flere domfelte over tid.

18.2 Statistikk om domfelte til tvungent psykisk helsevern

Figur 18.3 viser antallet nye dommer til tvungent psykisk helsevern per år, fordelt på tidsubestemte og tidsbestemte dommer og på kvinner og menn i perioden 2002–2023. Det fremgår at det i perioden har vært totalt 609 dommer til tvungent psykisk helsevern i perioden, 547 tidsubestemte og, fra 2017, 62 tidsbestemte. Kvinner utgjør en liten andel av de domfelte til tvungent psykisk helsevern hvert år, i gjennomsnitt omlag 11 prosent. Dette gjelder

[2] Brev fra Sentral fagenhet for tvungen omsorg 2. april 2024.

[3] Brev fra Riksadvokaten 12. september 2024.



Figur 18.3 Antall nye dommer til tvungent psykisk helsevern fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom og kvinner og menn. 2002–2023

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, årsrapport 2023

Tabell 18.1 Aldersfordeling, domfelte til tidsubestemt og tidsbestemt[1] tvungent psykisk helsevern i perioden 2002–2023

	Tidsubestemt		Tidsbestemt[1]	
Aldersgruppe	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Under 20 år	15	2,7	0	0,0
20–29 år	157	28,7	12	19,4
30–39 år	205	37,5	26	41,9
40–49 år	108	19,7	17	27,4
50–59 år	45	8,2	5	8,1
60–69 år	13	2,4	2	3,2
70–79 år	4	0,7	0	0,0
Totalt	547	100,0	62	100,0

[1] fra 2017

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, årsrapport 2023

både for de tidsubestemte og de tidsbestemte dommene. Andelen kvinner har likevel økt noe over tid.

Når det gjelder den aldersmessige fordelingen av de domfelte til tidsubestemt og tidsbestemt tvungent psykisk helsevern, er disse vist aggregert for perioden 2002–2023 i tabell 18.1. I perioden sett under ett, har 85–90 prosent av de domfelte til både tidsubestemt og tidsbestemt (fra 2017) tvungent psykisk helsevern vært i aldersgruppen 20–49 år. Andelen er høyest, om lag 40 prosent, i aldersgruppen 30–39 år.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern opplyser i årsrapporten for 2023 at blant de 15 personene under 20 år som har fått en dom til tvungent psykisk helsevern, alle tidsubestemte, var to 17 år og fire 18 år på tidspunktet for rettskraftig dom.

Ved årsskiftet 2023/2024 hadde 11 personer fått en dom til tvungent psykisk helsevern to ganger, hvorav syv har fått en ny tidsubestemt dom og tre har fått en ny tidsbestemt dom. Én person har hatt en tidsubestemt dom og fått opphør av denne, for så å bli idømt en tidsbestemt dom på et senere tidspunkt.[4]

I perioden 2002–2023 har 213 tidsubestemte dommer, for 211 personer, opphørt. 84 av dommene, det vil si i underkant av 40 prosent, opphørte etter beslutning fra retten,[5] mens 128 av dommene, om lag 60 prosent, opphørte etter beslutning fra påtalemyndigheten. Av alle dommene som opphørte i perioden, opphørte 29 dommer som følge av personens død og 21 dommer i forbindelse med effektuering av utvisningsvedtak, i all hovedsak, men ikke utelukkende som følge av påtalemyndighetens beslutning. Det fremgår videre at Nasjonal koordineringsenhet i perioden hadde registrert ett tilfelle der dom til tvungent psykisk helsevern opphørte som følge av konvertering til dom til tvungen omsorg. Som nevnt er det til utvalget opplyst om fire slike konverteringsdommer til tvungen omsorg per 20. mars 2024. I ett tilfelle er en domfelt til tvungent psykisk helsevern overført til kriminalomsorgen i medhold av psykisk helsevernloven § 5-6. Denne overføringsmuligheten ble fjernet i 2020.

Figur 18.4 viser domfelte til tidsubestemt tvungent psykisk helsevern fordelt på hovedlovbruddstyper hvert år i perioden 2002–2023. Samlet for hele perioden 2002–2023 fordeler hovedlovbruddene seg med 47 prosent drap og drapsforsøk, 20 prosent voldslovbrudd, 9 prosent ildspåsettelse, 9 prosent trusler, 6 prosent tyveri, innbrudd og ran og 5 prosent seksuallovbrudd. I 4 prosent av sakene er hovedlovbrudd ikke kjent.[6] Det påpekes at lovbruddskategoriene her er grov-

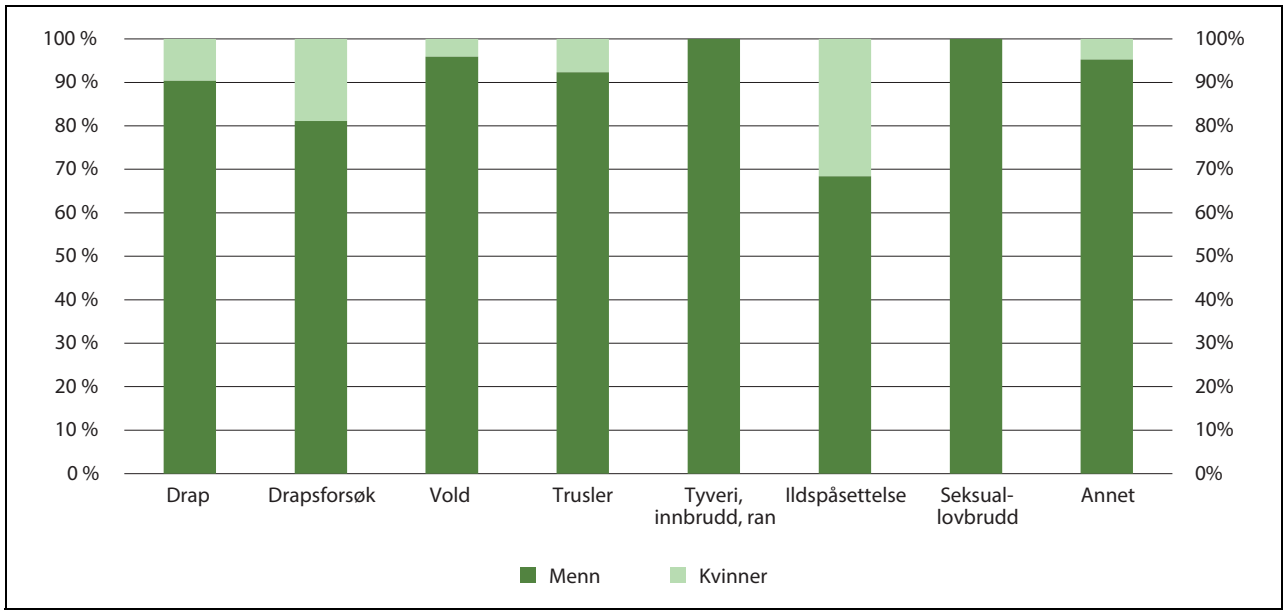
[4] Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport.*2023, s. 3.

[5] Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport.*2023, s. 4.

[6] Ifølge Nasjonal koordineringsenhet er dette dommer tilhørende Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord som opphørte før 2012, og som ble inkludert i koordineringsenhetens register i forbindelse utvidelse til nasjonal funksjon i 2013. Opplysningene er derfor mangelfulle i flere av disse sakene.

Figur 18.4 Hovedlovbrudd for tidsubestemte dommer til tvungent psykisk helsevern i perioden 2002–2023. Fordeling i prosent

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, årsrapport 2023



Figur 18.5 Hovedlovbrudd for tidsubestemte dommer til tvungent psykisk helsevern etter kjønn. Totalt i perioden 2002–2023

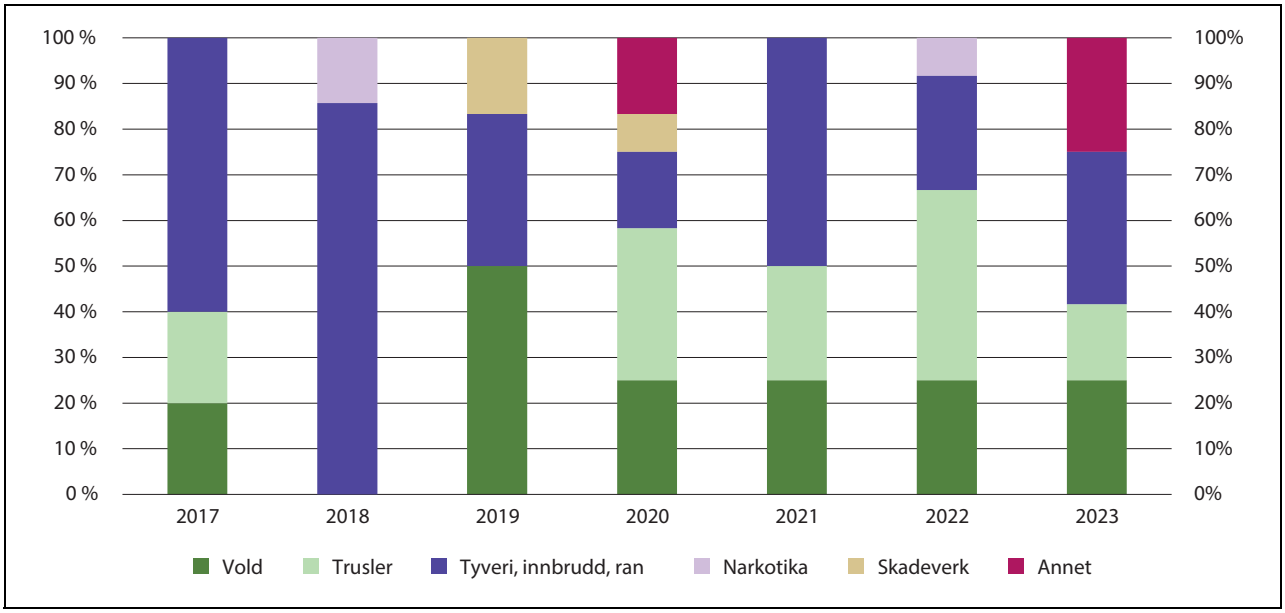
Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, årsrapport 2023

sorterte, og at tiltalebeslutningene kan ha inneholdt flere tilleggslovbrudd.

Fordelingen av type hovedlovbrudd ved tidsubestemt dom til tvungent psykisk helsevern er ulik for kvinner og menn, se figur 18.5

Det fremgår av figuren at kvinner som har fått en dom til tvungent psykisk helsevern (om lag 11 prosent av populasjonen), står for 32 prosent av alle hovedlovbruddene som gjelder ildspåsettelse, og for 15 prosent som gjelder drap og drapsforsøk. Ingen av de domfelte kvinnene har begått tyveri, innbrudd, ran eller seksuallovbrudd.

De tidsbestemte dommene opphører automatisk etter tre år. Nasjonal koordineringsenhet opp-



Figur 18.6 Hovedlovbrudd for tidsbestemte dommer til tvungent psykisk helsevern i perioden 2017–2023. Fordeling i prosent

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, årsrapport 2023

lyser at 11 personer i perioden 2002–2023 har begjært opphør av dommen i løpet av treårsperioden, uten å ha fått medhold.[7]

Tidsubestemte dommer som opphørte i perioden 2002–2023, hadde en gjennomsnittlig varighet på seks år.[8] Median varighet var fire år, og dommen med lengst varighet opphørte etter 18 år. 93 dommer (44 prosent av totalt 213) opphørte etter første treårsperiode. 64 dommer opphørte etter seks år, 25 dommer etter ni år, 15 dommer etter 12 år, 12 dommer etter 15 år og fire dommer etter 18 år (seks treårsperioder). Ved årsskiftet 2023/2024 var gjennomsnittlig varighet på pågående dommer fem år og åtte måneder. Median varighet var fire år. Fire dommer som er konverteringsdommer fra sikring, er ved årsskiftet fortsatt pågående.

Hovedlovbruddene som ligger til grunn for de tidsbestemte dommene til tvungent psykisk helsevern, er vist i figur 18.6. Det påpekes at eventuelle tilleggslovbrudd kan bidra til å begrunne idømmelsen av en tidsbestemt særreaksjon. Det fremgår at den dominerende hovedlovbruddskategorien er tyveri, innbrudd og ran, med nær 40 prosent av de begåtte hovedlovbruddene i perioden 2017–2023 sett under ett. Deretter følger voldslovbrudd med 24 prosent og trusler med 23 prosent totalt i perioden. Kvinner er representert i alle hovedlovbruddskategoriene, bortsett fra i kategorien narkotikalovbrudd og skadeverk.

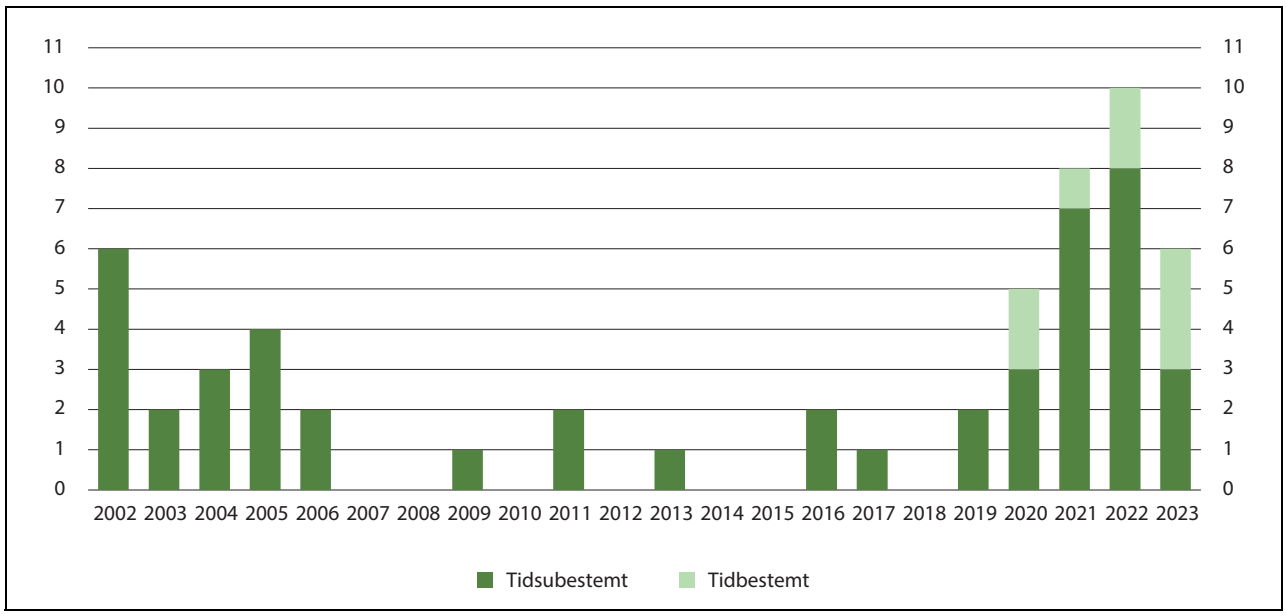
18.3 Statistikk om dom til tvungen omsorg

Figur 18.7 viser antall nye dommer til tvungen omsorg hvert år fra 2002 til og med 2023. I perioden har i alt 55 personer fått dom til tvungen omsorg, fordelt på 47 tidsbestemte og 8 tidsubestemte. 12 dommer var konverteringer fra det tidligere sikringsinstituttet. Den første tidsbestemte dommen ble avsagt i 2020, selv om adgangen til å idømme tidsbestemt dom til tvungen omsorg ble innført allerede i 2016. Ved utgangen av 2023 var det 40 pågående dommer, hvorav 35 tidsubestemte og 5 tidsbestemte. Det vil si at i alt 15 dommer har opphørt i perioden 2002–2023. Av disse var 13 tidsubestemte og 2 tidsbestemte. 5 konverteringsdommer fra tidligere sikring er fortsatt pågående. I fire tilfeller per mars 2024 har retten, i forbindelse med vurdering av om en dom på overføring til tvungent psykisk helsevern skulle opprettholdes, besluttet at dommen konverteres til en dom på tvungen omsorg.

Figur 18.8 viser antall pågående dommer til tvungen omsorg.

7 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport.*2023, s. 4.

8 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport.*2023, s. 5–6.



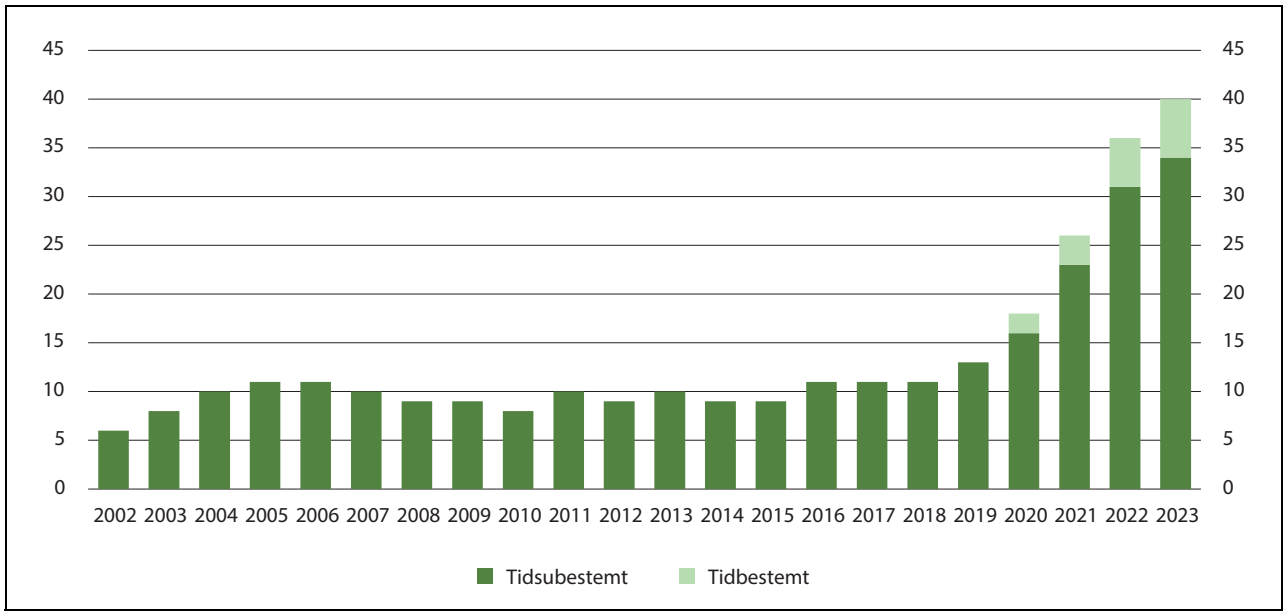
Figur 18.7 Antall nye dommer til tvungen omsorg 2002–2023

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg

I perioden 2002–2017 var det i gjennomsnitt i underkant av én tidsubestemt dom som opphørte hvert år. Etter 2017 har som nevnt ingen tidsubestemte dommer til tvungen omsorg opphørt.

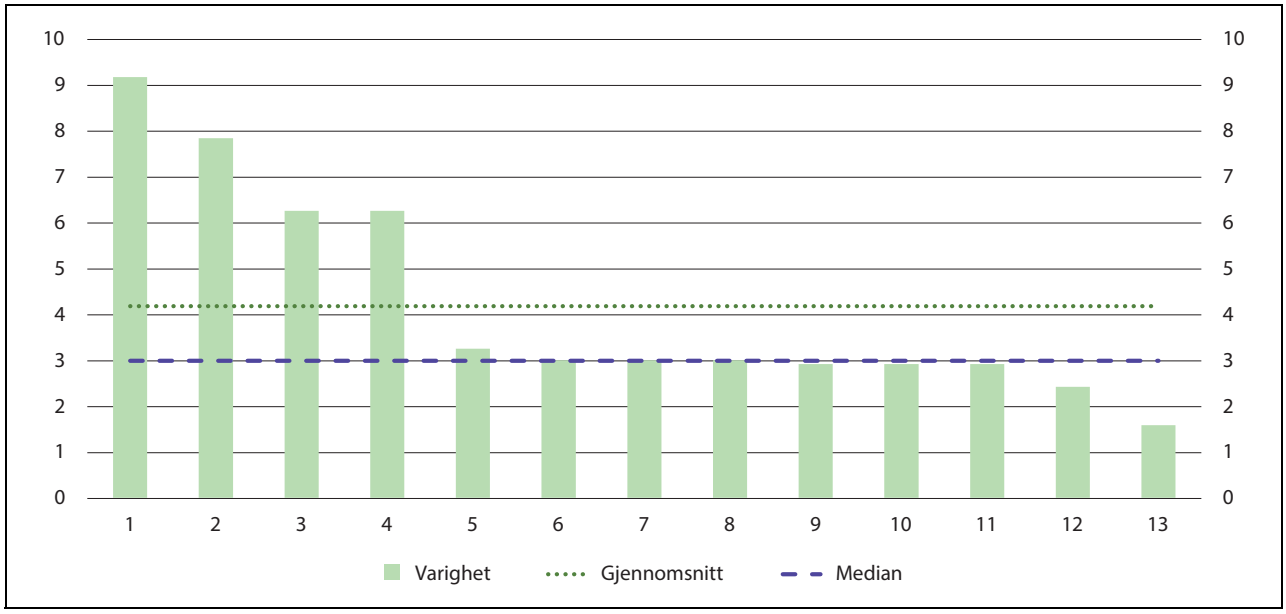
Figur 18.9 viser varigheten på de tidsubestemte dommene til tvungen omsorg som har opphørt. Det fremgår at den lengste varigheten var noe over 9 år, den korteste om lag 1,5 år. Gjennomsnittlig varighet i de opphørte sakene var noe over 4 år. Median varighet var 3 år. 7 av de 13 dommene var konverteringer fra sikring. Ett opphør skyldtes domfeltes død.

Tilsvarende viser figur 18.10 hvor lenge de pågående tidsubestemte dommene til tvungen omsorg hadde vart ved utgangen av 2023. Det fremgår at fem av dommene har hatt en varighet



Figur 18.8 Antall pågående dommer til tvungen omsorg 2002–2023

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg



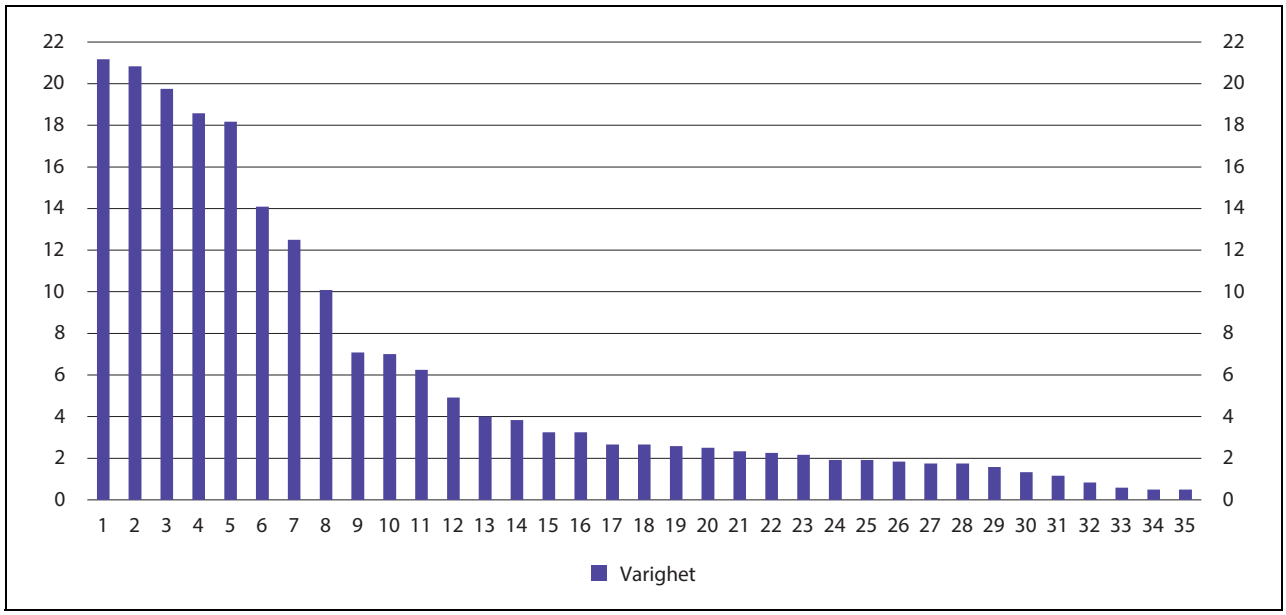
Figur 18.9 Varighet for tidsubestemte dommer til tvungen omsorg som har opphørt. Antall år

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg

på rundt 20 år. Alle disse er konverterte sikringsdommer. Videre har tre av de øvrige dommene hatt en varighet som overstiger ti år.

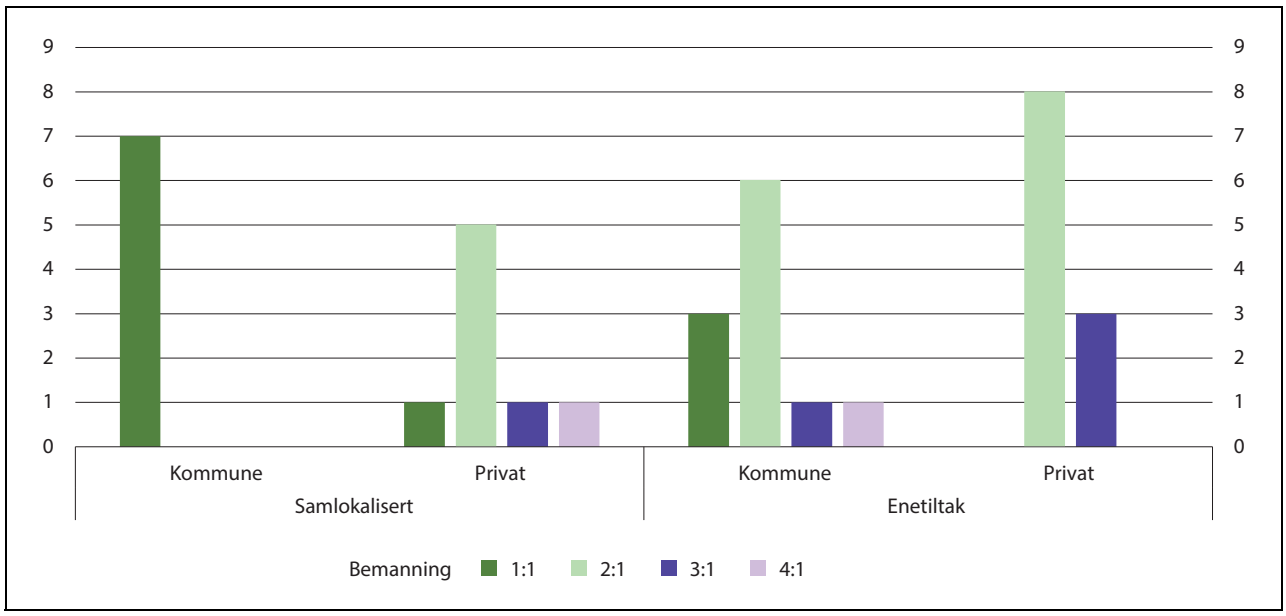
Per 29. mai 2024 var det 42 rettskraftige dommer. Fire domfelte til tvungen omsorg hadde opphold i Sentral fagenhet for tvungen omsorg, og tre domfelte hadde opphold i en privat avlastningsenhet for Fagenheten. Avlastningsenheten har avtale med Helse Midt-Norge RHF og er lokalisert i Malvik kommune i Trøndelag.

Fagenheten hadde på dette tidspunktet inngått avtale med kommuner om gjennomføring av dom for 20 domfelte til tvungen omsorg. Av disse er 15 i kommunale tiltak og for 5 domfelte har



Figur 18.10 Varighet for tidsubestemte dommer til tvungen omsorg som er pågående. Antall år per 31. desember 2023

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg



Figur 18.11 Bo- og bemanningstiltak for domfelte til tvungen omsorg per 1. mars 2024.[1] Antall

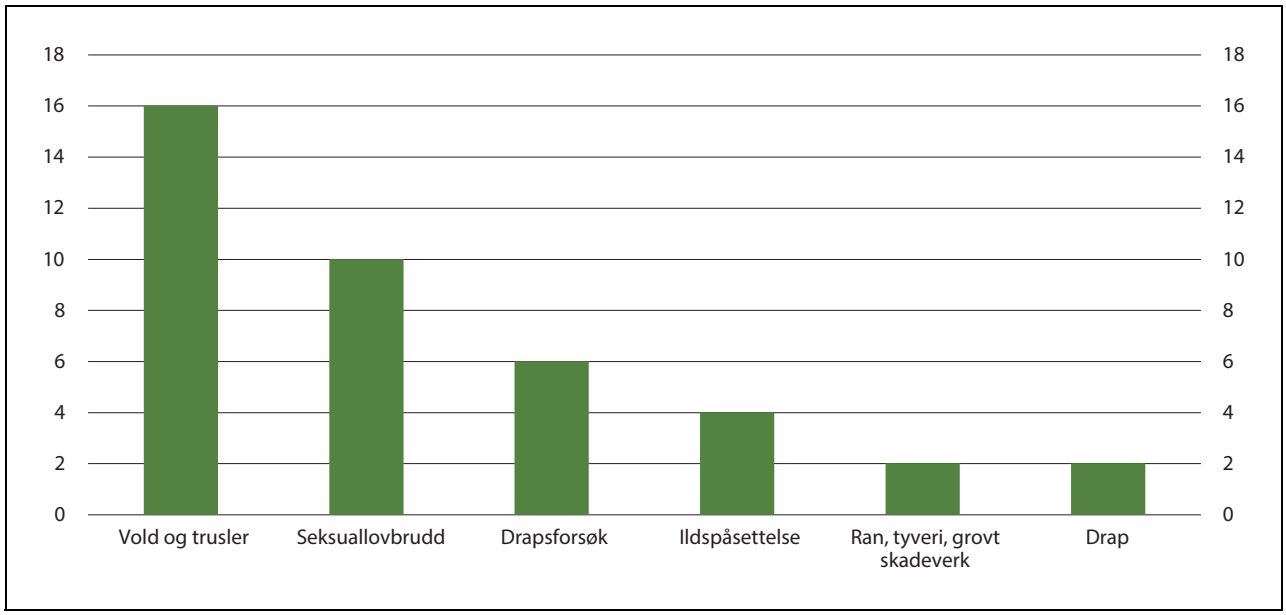
[1] På grunn av ulike referansetidspunkter, avviker totalt antall domfelte i figuren fra det som oppgis som antall domfelte som per 29. mai 2024 var i tiltak utenfor Sentral fagenhet og utenfor avlastningsenheten

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg

kommunen inngått avtale med en privat aktør. For 15 domfelte, utover de tre domfelte i avlastningsenheten, har Fagenheten inngått avtale direkte med en privat aktør om gjennomføring i kommunen. Dette betyr at totalt 20 av de totalt 38 domfelte som på referansetidspunktet var i tiltak utenfor Sentral fagenhet og utenfor avlastningsenheten, var bosatt i enheter drevet av private aktører.

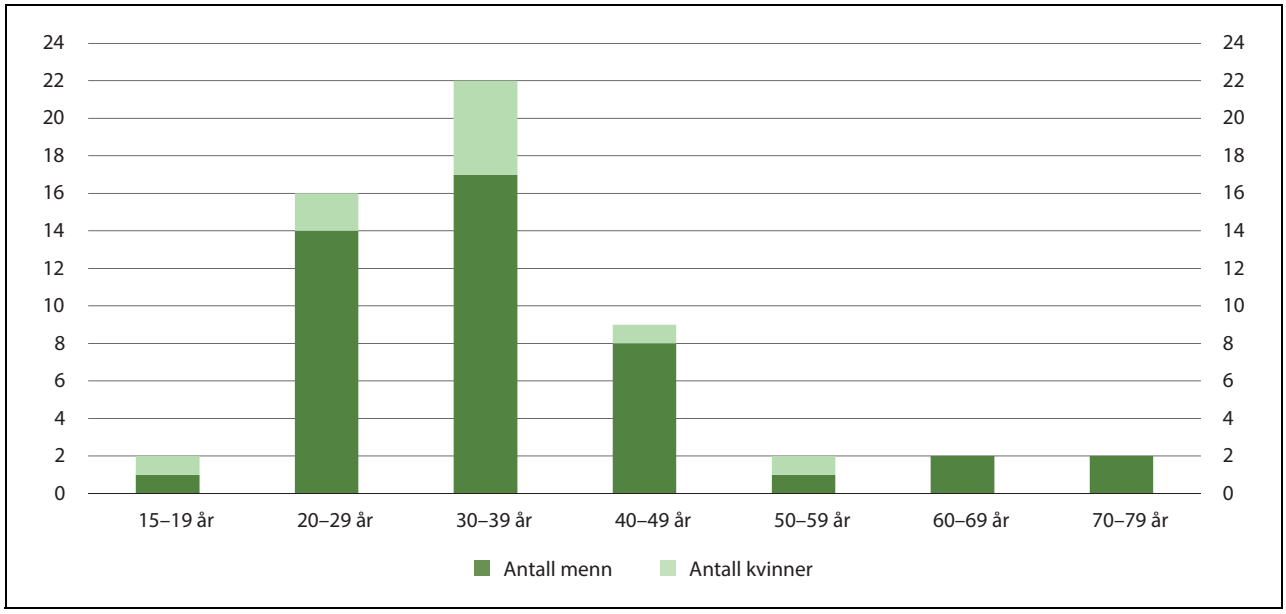
Domfelte til tvungen omsorg som har opphold i kommunene, enten i kommunal regi eller i private tiltak, har ulike boformer med ulik bemanningsgrad, se figur 18.11.

Det fremgår at en bemanning på 2:1 er det vanligste – om lag halvparten av botiltakene har denne bemanningsgraden. Det fremgår også at om lag 60 prosent av tiltakene enetiltak.



Figur 18.12 Lovbrudd som grunnlag for dommer til tvungen omsorg. Antall

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg



Figur 18.13 Alders- og kjønnsmessig fordeling ved dom til tvungen omsorg, totalt i perioden 2002–2023

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg

Figur 18.12 oppsummerer hvilke typer lovbrudd som ligger til grunn for pågående dommer til tvungen omsorg ved utgangen av 2023.

Figur 18.13 viser alders- og kjønnsfordelingen til alle domfelte til tvungen omsorg ved første gangs domfellelse. Det fremgår at størstedelen av de domfelte var i aldersgruppen 30–39 år. Dette gjelder både for kvinner og menn. Gjennomsnittsalderen for alle som har vært dømt til tvungen omsorg var vel 35 år på tidspunktet for rettskraftig dom. Gjennomsnittsalderen for domfelte med pågående dommer var om lag 40 år ved utgangen av 2023.

Kapittel 19
Statistiske opplysninger om psykisk helsevern generelt

19.1 Innledning

Som nevnt gjennomføres særreaksjonene i spesialisthelsetjenesten, som også gjennomfører psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag. Dom til tvungent psykisk helsevern gjennomføres i stor grad etter de samme reglene som ved tvang på sivilrettslig grunnlag, og de domfelte er i samme institusjoner som ikke domfelte pasienter. Selv om utvalgets mandat ikke gjenspeiler dette så godt, krever en vurdering av særreaksjonene at man også har et bilde av det generelle psykiske helsevernet.

I psykisk helsevern måles behandlingsaktivitet i antall døgninnleggelser og polikliniske konsultasjoner. Tilgjengelige aktivitetsdata baserer seg på helseforetakenes årlige rapporteringer om henholdsvis kapasitetsdata til Statistisk sentralbyrå (SSB) og individdata til Norsk pasientregister (NPR). NPR er en del av Folkehelseinstituttet (FHI), som publiserer aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten, herunder for psykisk helsevern.

Rapporterte aktivitetsdata viser at 168 000 pasienter var under behandling i psykisk helsevern for voksne (18 år og eldre) hele eller deler av 2023.[1] Tilnærmet alle hadde hatt poliklinisk oppfølging, og 16 prosent (26 880 pasienter) hadde i tillegg vært innlagt i en psykiatrisk døgnavdeling i løpet av året. For 2023 ble det videre rapportert om 47 000 døgnopphold, og om nærmere 2 millioner polikliniske kontakter. 59 prosent av de pasientene som ble behandlet i psykisk helsevern for voksne i 2023 var kvinner. Overvekten av kvinnelige pasienter gjaldt spesielt for de yngste aldersgruppene. I 2023 var 61 prosent av pasientene yngre enn 40 år. For en del pasienter i aldersgruppen 18–23 år, kan oppfølgingen fortsatt ivaretas gjennom psykisk helsevern for barn og unge.[2]

For 2023 ble det rapportert om over 71 000 pasienter som var under behandling i psykisk helsevern for barn- og unge dette året. Tre prosent (2 130 pasienter) mottok døgnbehandling. Gutter utgjorde 51 prosent av pasientene, og 57 prosent av pasientene var 13 år eller eldre. Overvekten av gutter gjaldt de aller yngste pasientene. I aldersgruppene fra 13 år og oppover var det flere jenter enn gutter.

Av det totale antallet innleggelser i psykisk helsevern i 2022, var om lag 9 400 tvangsinnleggelser.[3] Noen blir innlagt flere ganger, så antallet personer som var omfattet, er lavere. Det var etablert tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven for 4 712 personer. I tillegg var 1 948 personer underlagt tvungen observasjon etter psykisk helsevernloven. Totalt utgjør dette 6 660 pasienter innlagt under tvangshjemler i psykisk helsevernloven. Dette var en økning på om lag 25 prosent siden 2015.

Figur 19.1 viser antall tvangsinnlagte pasienter i perioden 2015–2022, fordelt etter om tilleggsvilkåret etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 er «bare behandling», «behandling og fare» eller «bare fare».[4] Det fremgår av figuren at i en stor andel av tilfellene, særlig de siste årene, er tilleggsvilkår «ikke oppgitt».[5] Den store kategorien «ikke oppgitt» etter 2019 gjør det vanskelig å si noe om utviklingen i antall tvangsinnlagte pasienter på de ulike tilleggsvilkårene de senere årene. Fra 2015 til 2019 var det en økning i tvangsinnleggelser etter tilleggsvilkåret «fare», relativt til tvangsinnleggelser etter tilleggsvilkåret «behandling».

---

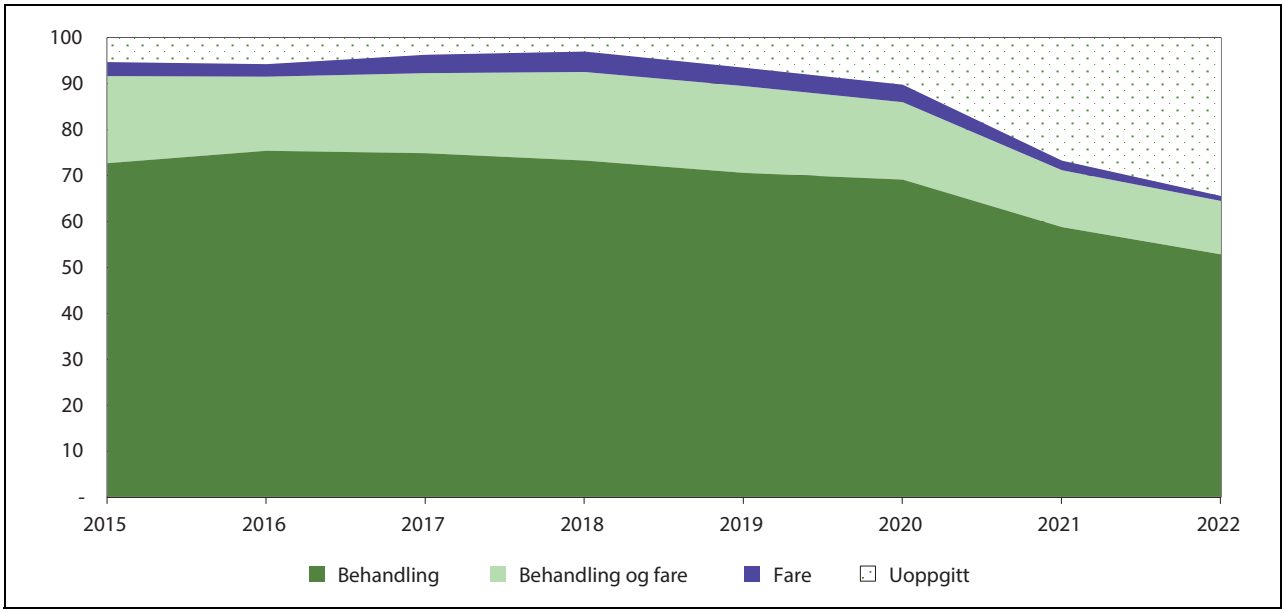
1 Folkehelseinstituttet. (2024). *Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsevern for voksne*, årsdata 2023.

2 Folkehelseinstituttet. (2024). *Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten, Psykisk helsevern for barn og unge*, årsdata 2023.

3 Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutning, bedre behandling,* s. 133–134.

4 Tallene som er benyttet i figuren er hentet fra Helsedirektoratets nettsider – Samdata spesialisthelsetjenesten *Psykisk helsevern – tvungent psykisk helsevern med døgnopphold*, 3. april 2024.

5 Helsedirektoratet har opplyst at omlegging av rapporteringsformat har skapt problemer i rapporteringen, særlig fra enkelte av de regionale helseforetakene. Dette er (del av) forklaringen på at en så stor andel er «uoppgitt» når det gjelder tilleggsvilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern de siste årene (for Helse Nord hele 96 prosent i 2022).



Figur 19.1 Vilkår for tvangsinnleggelse i psykisk helsevern – fordeling på ulike tilleggsvilkår i perioden 2015–2022. Prosent

Kilde: Helsedirektoratet, Samdata spesialisthelsetjenesten – *Psykisk helsevern – tvungent psykisk helsevern med døgnopphold*

19.2 Lokale og regionale sikkerhetsavdelinger

De lokale og regionale sikkerhetsavdelingene utgjør i dag «sikkerhetspsykiatrien» i Norge, og består av 4 regionale og 17 lokale sikkerhetsavdelinger. Sikkerhetsavdelingene er som regel bedre bemannet enn andre avdelinger i psykisk helsevern. De er lukkede avdelinger, og har også lukkede uteområder. De regionale sikkerhetsavdelingene har det høyeste sikkerhetsnivået i psykisk helsevern. Samtidig foreligger det planer om endring i sikkerhetspsykiatriens organisering og arbeidsmåte med etablering av nye funksjoner slik det fremkommer i kapittel 28.

Bemanningsfaktoren, det vil si antall ansatte i turnus per pasient, var i gjennomsnitt 5,4:1 for de regionale sikkerhetsavdelingene og 3,4:1 for de lokale sikkerhetsavdelingene per 31. desember 2023. Ved flere av de lokale sikkerhetsavdelingene er det ansatt personell til å drive med poliklinisk eller annen ambulant virksomhet, noe som kan ha trukket opp bemanningsfaktoren i døgnpostene. Den reelle bemanningsfaktoren i lokale sikkerhetsavdelinger er derfor muligens noe lavere.[6]

Ved utgangen av 2023 var det 201 døgnplasser ved lokale sikkerhetsavdelinger og 48 døgnplasser ved regionale sikkerhetsavdelinger, totalt 249 døgnplasser, med fordeling på de ulike helseregionene som vist i tabell 19.1.

I perioden 2019–2023 har kapasiteten økt med 29 døgnplasser; 6 på regionalt nivå og 23 på lokalt nivå.[7] Kapasiteten ellers i det psykiske helsever-

[6] SIFER Sør-Øst. (2023). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – En statusrapport,* s. 36.

Tabell 19.1 Døgnplasser i lokale og regionale sikkerhetsavdelinger. 31. desember 2023

Helseregion	Regionale døgnplasser	Lokale døgnplasser	Totalt
Helse Sør-Øst	22	109	131
Helse Vest	10	40	50
Helse Midt-Norge	10	26	36
Helse Nord	6	26	32
Totalt	48	201	249

Kilde: SIFER Sør-Øst, «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – En statusrapport», side 12.

net påvirker kapasiteten i sikkerhetsavdelingene. I perioden 1990–2023 ble antallet døgnplasser i psykisk helsevern for voksne redusert fra 7 745 til 3 296 (inkludert antall sikkerhetsplasser).[8] I statusrapport for sikkerhetspsykiatrien 2023 fremkommer det at sikkerhetsavdelingene i flere år har hatt utfordringer med å videreføre pasienter til andre avdelinger i psykisk helsevern, til distriktspsykiatrisk sentra (DPS) og til kommunale tjenester med poliklinisk oppfølging.[9] Utfordringer knyttet til utskrivning fra sikkerhetsavdeling til kommune framkommer også i en tidligere kartlegging.[10]

Ved årsskiftet 2023/2024 var det totalt 240 pasienter innlagt i sikkerhetsavdelingene.[11] Av disse var 213 menn og 27 kvinner. 97 prosent av pasientene har tidligere hatt innleggelser i psykisk helsevern.[12] 66 prosent var 40 år eller yngre. To pasienter var under 18 år.[13] Ikke alle avdelingene har et tilpasset aktivitetstilbud eller mulighet til å skjerme barn under 18 år fra voksne pasienter, og ikke alle pasientene i skolepliktig alder får tilbud om skolegang.

Av de 240 som var innlagt i sikkerhetsavdelingene ved årsskiftet 2023/2024, var 43 prosent innlagt på sivilrettslig grunnlag etter psykisk helsevernloven, de aller fleste av disse etter vedtak om tvungent psykisk helsevern. Det innebærer at 57 prosent var innlagt på strafferettslig eller straffeprosessuelt grunnlag.[14]

I perioden 2020–2023 var 90 kvinner innlagt i sikkerhetsavdelingene.[15] I statusrapport for sikkerhetspsykiatrien 2023 er det opplyst at ikke alle avdelinger har et tilpasset behandlingstilbud til kvinner, og at bygningsmessige forhold gjør det vanskelig å skjerme kvinner fra menn når dette har vært en aktuell problemstilling. Noen steder innebærer dette blant annet at kvinner må dele bad og toalett med menn. Generelt skjermer man ikke pasienter fra hverandre etter kjønn i psykisk helsevern, og dette gjelder også for sikkerhetspsykiatrien.

19.3 I hvilken grad «opptar» domfelte til tvungent psykisk helsevern døgnplasser i psykiatrien?

Ved utgangen av 2023 var det i alt 368 personer som gjennomførte dom til tvungent psykisk helsevern, hvorav 231 av de domfelte hadde døgnopphold i psykisk helsevern.[16] Av disse var 148 domfelte i sikkerhetsavdelinger – 13 i regionale sikkerhetsavdeling og 135 i lokale sikkerhetsavdeling. De resterende 83 domfelte med døgnopphold var fordelt mellom allmennpsykiatriske avdelinger, akuttpsykiatriske avdelinger, opphold i DPS og enkelte andre tiltak. Til sammen benyttet de domfelte pasientene om lag syv prosent av døgnplassene totalt sett i psykisk helsevern for voksne.[17]

Figur 19.2 viser hvordan antall domfelte (rate per 10 000) og antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne (rate per 1 000) har utviklet seg siden særreaksjonen ble innført i 2002. Det fremgår at antall døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne har falt fra om lag 1,5 plasser per 1 000 innbyggere i 2002, til om lag 0,75 plasser per 1 000 innbyggere 18 år og over i 2023, det vil si en halvering av antall døgnplasser sett i forhold til antall personer i den voksne befolkningen. Antall døgnplasser i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene har likevel vært relativt stabilt med mellom om lag 0,41 (2015 og 2019) og om lag 0,49 (2005) per 10 000 innbyggere.[18] Denne utviklingen har funnet sted samtidig med økningen i antall som gjennomfører dom til tvungent psykisk helsevern. Siden 2002 har antallet domfelte per 10 000 innbyggere fra 18 år og oppover økt gradvis, til det i 2022 var om lag 0,85 domfelte per 10 000 voksne innbyggere.

Det er store regionale forskjeller med hensyn til hvor stor andel av døgnplassene i sikkerhetsavdelingene som benyttes av domfelte pasienter. Ved inngangen til 2024 ble om lag 50 prosent av de lokale sikkerhetsplassene i Helse Sør-Øst og i Helse Vest disponert av domfelte pasienter, mens om lag 70 prosent og 80 prosent av de lokale sikkerhetsplassene i henholdsvis Helse Midt-Norge og Helse Nord ble disponert av domfelte. På landsbasis ble om lag 67 prosent (135 av 201) av døgnplassene i de lokale sikkerhetsavdelingene

7 SIFER Sør-Øst. (2023). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – En statusrapport,* s. 11.

8 SIFER Sør-Øst. (2023), s. 11.

9 SIFER Sør-Øst. (2023), s. 43–44.

10 SIFER. (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune.*

11 SIFER Sør-Øst. (2023), s. 17–18.

12 SIFER Sør-Øst. (2023), s. 19.

13 SIFER Sør-Øst. (2023), punkt 2.4.6 og 3.2.1.

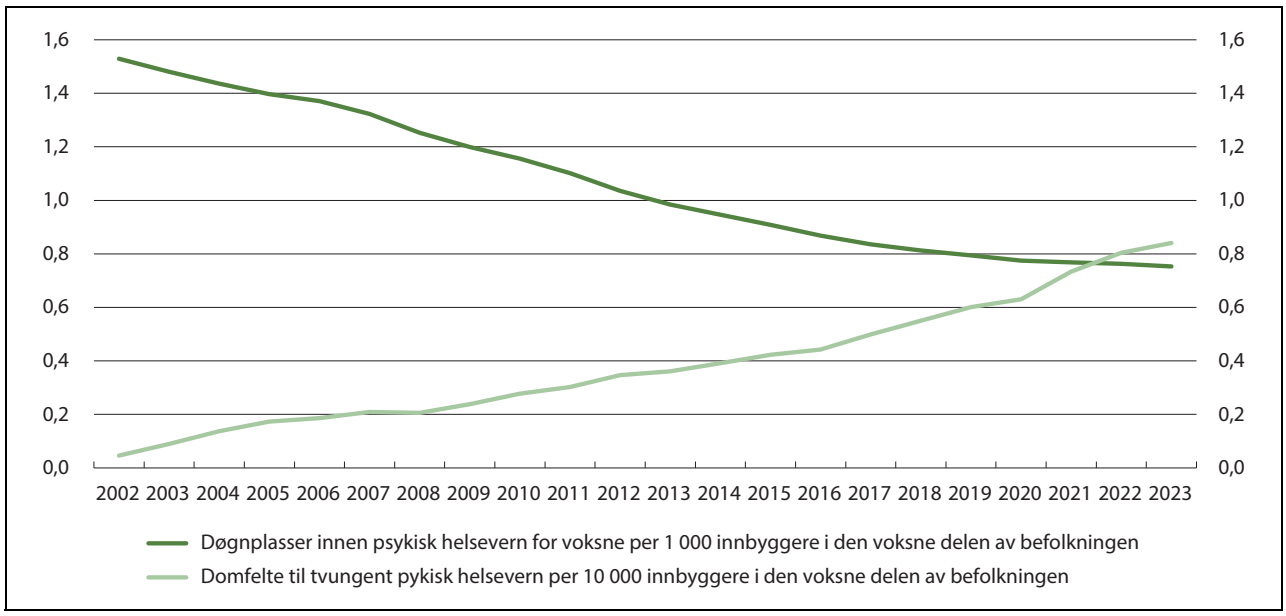
14 SIFER Sør-Øst. (2023), s. 25.

15 SIFER Sør-Øst. (2023), punkt 2.4.7 og 3.2.2.

16 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport,* s. 8.

17 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport.* s. 8.

18 SIFER Sør-Øst. (2023). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – En statusrapport* SIFER Sør-Øst, s. 48.



Figur 19.2 Antall domfelte til tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbyggere over 18 år og antall døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne per 1 000 innbyggere over 18 år. 2002–2023

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 05411, 13942 og 07459

disponert av domfelte ved utgangen av 2023. Den tilsvarende andelen for de regionale sikkerhetsavdelingene var 27 prosent (13 av 48).

Informasjon om behandlingstid i sengepost for domfelte til tvungent psykisk helsevern er vanskelig tilgjengelig. Noen domfelte har innleggelser som kan vare i flere år, andre har kortvarige innleggelser. Noen har hyppige endringer mellom døgnbehandling og poliklinisk behandling, og andre kan ha langvarige polikliniske behandlingsperioder etter den første innleggelsen.

I statusrapport for sikkerhetspsykiatrien 2023 er det opplyst (for samtlige pasienter, inkludert pasienter uten dom) at gjennomsnittlig behandlingstid for pågående behandlingsopphold ved utgangen av 2023 var på 625 dager i regionale sikkerhetsavdelinger og 849 dager i lokale sikkerhetsavdelinger.[19] Videre fremgår det av statusrapporten at gjennomsnittlig behandlingstid for avsluttede behandlingsopphold i 2023 var på 127 dager i regionale sikkerhetsavdelinger og 373 dager i lokale sikkerhetsavdelinger. Ved inngangen til 2024 ventet til sammen 31 pasienter på videreføring fra en sikkerhetsavdeling til en annen avdeling i psykisk helsevern, hvorav 10 fra regional sikkerhetsavdeling.[20] Årsaken til at disse pasientene ikke var overført, var etter det opplyste manglende kapasitet der de skulle mottas.

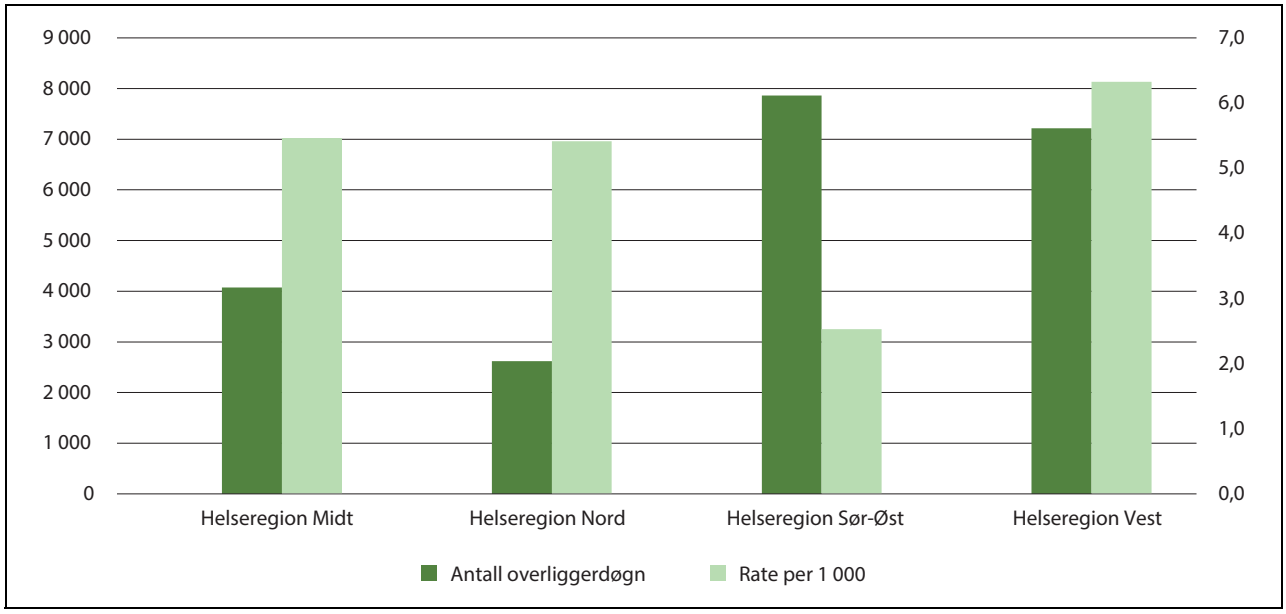
Ved årsskiftet 2023/2024 var 137 domfelte i behandling uten døgnopphold.[21] Ved poliklinisk oppfølging etter overføring til bolig i kommunen vil forløpene variere. Siden 2020 er det arbeidet systematisk for å opprette ambulante sikkerhetsteam, utgått fra sikkerhetspsykiatrien, som skal følge opp pasienter som utskrives derfra. Behandlingsansvaret vil da fortsatt ligge hos sikkerhetsavdelingene, og domfelte vil være ivaretatt av personell med særskilte kompetanse. Noen av disse ambulante teamene har arbeidet etter FACT-modellen (også kalt FACT-S), mens andre arbeider etter andre metoder. Domfelte kan også være overført til en faglig ansvarlig ved en annen avdeling i det psykiske helsevernet. Ved årsskiftet 2023/2024 hadde DPS behandlingsansvaret for 100 av de domfelte uten døgnopphold, mens lokale sikkerhetsavdelinger hadde behandlingsansvaret for 23 domfelte uten døgnopphold.[22]

[19] SIFER Sør-Øst. (2023). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – En statusrapport* SIFER, s. 15. Tallene må ses i lys av at pasientene til dels beveger seg mellom lokale og regionale sikkerhetsavdelinger. Det registreres ny dato for «inn» og «ut» ved bytte av avdeling. Dette medfører at tallene er lavere enn de faktiske forholdene egentlig tilsier.

[20] SIFER Sør-Øst. (2023), s. 16.

[21] Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport,* s. 8

[22] Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport, s. 8.*



Figur 19.3 Overliggerdøgn innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter helseregion. Antall (venstre akse) og rate per 1 000 innbyggere (høyre akse). 2022

Kilde: Helsedirektoratet

19.4 Omfanget av «overliggerdøgn» i spesialisthelsetjenesten

Kommunene betaler en gitt sats per døgn for en utskrivningsklar pasient som blir værende innlagt i døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt tilbud.[23] For 2024 var satsen 5 745 kroner per døgn, som tilsvarer om lag 2,1 millioner kroner på årsbasis. Helsedirektoratet fører statistikk over antall døgn pasienter som forblir innlagt i spesialisthelsetjenesten til tross for at de er utskrivningsklare – såkalte overliggerdøgn.

For overliggerdøgn innen somatikken er det utarbeidet detaljert statistikk for årene 2018–2022. Den er tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider.[24] For overliggerdøgn innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) er det ikke utarbeidet en tilsvarende oversikt, men utvalget har mottatt fra Helsedirektoratet tall per kommune for årene 2021 og 2022. Helsedirektoratet opplyser at det er noe usikkerhet knyttet til tallene.

Figur 19.3 viser totalt antall overliggerdøgn innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2022, totalt nær 22 000 døgn, og forekomsten per 1 000 innbyggere, fordelt på regioner. Til sammenlikning var totalt antall overliggerdøgn innenfor somatikken om lag 72 000 døgn. Det fremgår at Helse Sør-Øst RHF var den helseregionen med flest overliggerdøgn innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2022, men med lavest forekomst i forhold til innbyggertall. Helseregion Vest RHF hadde høyest forekomst av overliggerdøgn innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i forhold til innbyggertall i 2022.

Statistikken fra Helsedirektoratet om overliggerdøgn i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling angir ikke i hvilken grad overliggerdøgnene er knyttet til domfelte. I en artikkel i Kommunal Rapport 31. januar 2024 er kommunenes høye utgifter til overliggerdøgn, særlig innenfor psykisk helsevern, omtalt. Det hevdes i rapporten at domfelte til tvungent psykisk helsevern står for en stor andel av kostnadene til overliggerdøgn i enkelte kommuner. Som et eksempel er nevnt at Kristiansund kommune i 2023 hadde til sammen 809 overliggerdøgn i psykisk helsevern i 2023, hvorav 730 av døgnene var knyttet til to pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern. For øvrig fremgår det av tallene fra Helsedirektoratet at Kristiansund hadde 300 overliggerdøgn i 2021 og 63 i 2022, knyttet til psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette illustrerer at antall overlig-

[23] Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter.

[24] Helsedirektoratet: Utskrivningsklare pasienter per kommune – somatikk.

gerdøgn i kommunene kan variere mye fra et år til et annet.

I tilfeller hvor det opprettholdes vilkår om tvang og restriktive tiltak i pasientens bolig som kommunen ikke har hjemmel til å utføre, vil pasienten ikke være utskrivningsklar i henhold til § 9 andre ledd i forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Det må antas at den domfelte i så fall blir værende i spesialisthelsetjenesten med døgnopphold uten kostnader for kommunene. Nevnte forskrift inneholder ikke et eksplisitt samfunnsvernkriterium.

Kapittel 20
Nærmere om vilkårene for å kunne idømmes en særreaksjon

20.1 Dagens regler

Straffeloven § 62 angir vilkårene for dom til tvungent psykisk helsevern. De samme vilkårene gjelder for dom til tvungen omsorg, jf. samme lov § 63 første ledd. Vilkårene for idømmelse av en særreaksjon kan inndeles i objektive og subjektive krav. De objektive kravene uttrykker hvilke straffbare handlinger – eller lovbruddskategorier – som dekkes av bestemmelsen, både de handlingene som er begått, og de handlingene som særreaksjonen skal verne mot. De subjektive kravene knytter seg blant annet til egenskaper ved den enkelte gjerningsperson, og til forhold av betydning for hans eller hennes situasjon.

Det er et grunnvilkår for idømmelse av en særreaksjon er at gjerningspersonen var utilregnelig etter straffeloven § 20 andre til fjerde ledd *da den straffbare handlingen ble begått*. Hvilken tilstand gjerningspersonen er i på domstidspunktet, er ikke av betydning for om dette grunnvilkåret er oppfylt. Foruten straffeloven, oppstiller EMK artikkel 5 krav som må være oppfylt for at noen kan frihetsberøves. Artikkel 5 nr. 1 bokstav e åpner for frihetsberøvelse av blant annet sinnslidende. Rekkevidden av denne adgangen er belyst gjennom høyesterettspraksis og praksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD).[1]

Etter straffeloven § 62 første ledd kan en *tidsubestemt* særreaksjon være aktuelt i tilfeller der gjerningspersonen «har begått eller forsøkt å begå» et lovbrudd som enten «krenker andres liv, helse eller frihet», eller som «kunne utsette disse rettsgodene for fare». Dette omfatter særlig voldslovbrudd, seksuallovbrudd, frihetsberøvelse og ildspåsettelse. Lovbrudd som består i å utsette andre for smitte, trusler, ran eller utpressing, og handlinger som er egnet til å fremkalle fare for liv, helse eller frihet, er også omfattet. Videre må særreaksjonen være «nødvendig for å verne samfunnet», og det må være en «nærliggende» fare for at gjerningspersonen vil begå «en ny og alvorlig integritetskrenkelse». Lovteksten spesifiserer ikke hvilke forhold som anses å være en «alvorlig integritetskrenkelse». Dette beror på en konkret vurdering. Noen eksempler er drap, grov kroppskrenkelse, voldtekt, seksuell omgang med barn under 14 år, kvalifisert frihetsberøvelse og vold i nære relasjoner.

Kravet om at særreaksjonen må være «nødvendig», innebærer at det må foretas en bred helhetsvurdering av behovet for en særreaksjon, herunder hva slags tilbud samfunnet ellers kan tilby, og forholdsmessigheten av inngrepet.[2] I vurderingen av gjentakelsesfaren skal det legges vekt på «det begåtte lovbruddet sammenholdt særlig med lovbryterens øvrige adferd, sykdomshistorie, aktuelle psykiske tilstand og forhold til rusmidler», jf. straffeloven § 62 tredje ledd. Dette stiller krav til vurderingen også av gjentakelsesfaren. For at gjentakelsesfaren skal fremstå som nærliggende, må den ifølge Høyesterett være «kvalifisert», og på domstidspunktet vurderes som «reell».[3]

Straffeloven § 62 andre ledd angir virkeområdet for *tidsbestemte* særreaksjoner. En tidsbestemt reaksjon kan være aktuelt i tilfeller der gjerningspersonen «har begått gjentatte» lovbrudd av «samfunnsskadelig eller særlig plagsom art». Kravet om at lovbruddene er av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, angir den nedre grensen for hvilke lovbrudd som kan gi grunnlag for en tidsbestemt særreaksjon, og markerer at «plagsom» atferd i sin alminnelighet ikke kan møtes med en særreaksjon.[4] Om de lovbruddene som danner utgangspunktet for saken kan sies å være av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, vil bero på en skjønnsmessig vurdering. Eksempler kan være skadeverk, krenkelser av privatlivets fred, hensynsløs atferd, trafikklovbrudd og mindre alvorlige integritetskrenkelser. Grensedrag-

[1] HR-2022-534-A avsnitt 20–21 og avsnitt 32–37.

[2] Prop. 154 L (2016–2017) s. 149. HR-2004-1142-A avsnitt 23 og HR-2006-1595-A avsnitt 25 og 31.

[3] HR-2023-937-A avsnitt 119 med videre henvisninger.

[4] Prop. 122 L (2014–2015) punkt 3.7.4.1, s. 38.

ningen mellom mindre alvorlige og alvorlige integritetskrenkelser kan by på tvil i praksis.[5]

For tidsbestemte særreaksjoner gjelder det også et krav om en kvalifisert gjentakelsesfare. Terskelen er noe strengere enn for tidsubestemte reaksjoner ved at det må foreligge en «særlig» nærliggende gjentakelsesfare. Videre må den tidsbestemte reaksjonen være nødvendig for å beskytte mot nye straffbare handlinger av samme art som det begåtte lovbruddet. I tillegg er det et selvstendig vilkår at «andre tiltak» må ha vist seg å være «åpenbart uhensiktsmessige». Andre tiltak kan være for eksempel helse- og omsorgshjelp etter helselovgivningen.[6] Det kreves ikke at ethvert annet tenkelig tiltak skal være prøvd, og heller ikke at det er forsøkt med tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven. Det sentrale er at det ikke skal idømmes en særreaksjon så lenge det finnes andre relevante, mindre inngripende tiltak som kan benyttes.[7]

Endelig nevnes at det er presisert i straffeloven § 62 fjerde ledd at overføring til tvungent psykisk helsevern også kan idømmes når utilregnelighetstilstanden har medført at gjerningspersonen var i faktisk villfarelse eller at gjerningspersonen ellers var i en tilstand som utelukker forsett.[8]

Det følger av *Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern* at påtalemyndigheten, straks tiltalebeslutning er utferdiget, skal varsle Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern ved å oversende kopi av tiltalebeslutningen.[9] Ved brev av 7. oktober 2022 fra Riksadvokaten er det videre gitt pålegg om at påtalemyndigheten straks skal varsle Sentral fagenhet for tvungen omsorg når det tas ut tiltale med påstand om dom til tvungen omsorg. Det fremkommer at dersom valget av særreaksjon ikke er avklart ved utferdigelse av tiltalebeslutningen, bør både Koordineringsenheten og Fagenheten varsles. Hensikten med slike varsler er at psykisk helsevern kan forberede innleggelse av personer med dom til en særreaksjon.

20.2 Kort om enkelte justeringer i vilkårene for særreaksjonene etter 2002

Dagens regelverk om særreaksjonene er ikke helt det samme som det som ble vedtatt i 2001. I det følgende beskrives kort to sentrale endringer – én i 2016 og én i 2020.

Virkeområdet for særreaksjonene ble utvidet fra 1. oktober 2016, gjennom tilføyelse av dagens § 62 andre ledd i straffeloven. Denne delen av § 62 åpner for at utilregnelige som gjentatte ganger har begått lovbrudd av «samfunnsskadelig» eller av «særlig plagsom art», kan idømmes en tidsbestemt særreaksjon for inntil tre år.[10] Vedvarende innbruddvirksomhet, skadeverk og personforfølgelse er eksempler på handlinger som kan danne grunnlag for en tidsbestemt særreaksjon etter § 62 andre ledd.

Forut for lovendringen i 2016 ble det i ulike sammenhenger vurdert hvilke tiltak som bør være aktuelle overfor utilregnelige som begår handlinger som ikke er blant de alvorligste, men som likevel er samfunnsskadelige eller plagsomme. I forbindelse med overgangen fra sikring til særreaksjonene, vurderte Justisdepartementet det slik at fare for mindre alvorlige lovbrudd bør møtes med sivilrettslige tiltak.[11] Helsedepartementet har på sin side påpekt at terskelen for bruk av tvang i det psykiske helsevernet på sivilrettslig grunnlag vanskelig kunne senkes «uten å komme i konflikt med sentrale menneskerettsdokumenter».[12]

I 2004 gjennomførte Justisdepartementet en begrenset etterkontroll av særreaksjonsreformen. Erfaringer viste at det var behov for tiltak overfor en liten gruppe utilregnelige som opptrer «særlig plagsomt», men det var også en rekke innvendinger mot å utvide anvendelsesområdet for særreaksjonene. I proposisjonen til straffeloven av 2005 uttalte departementet blant annet at strafferettslige særreaksjoner «i prinsippet» bør reserveres for utilregnelige gjerningspersoner som utgjør en fare for andres «liv, helse eller frihet», og at «de beste grunner» taler for at det bør søkes andre løsninger for utilregnelige som begår klart samfunnsskadelig, men ikke farlig kriminalitet.[13]

I 2006 fikk en utredningsgruppe i oppdrag å foreta en utvidet etterkontroll av særreaksjonene

5 Dette illustreres ved HR-2023-937-A. I saken hadde dommerne ulike vurderinger av om personforfølgelse i form av tekstmeldinger falt innenfor virkeområdet til en tidsubestemt eller tidsbestemt særreaksjon.

6 HR-2023-1248-A avsnitt 36 -37.

7 HR-2023-1248-A avsnitt 38 og 39 med videre henvisninger.

8 En utilregnelighetstilstand betyr ikke nødvendigvis at personen ikke er klar over hva han eller hun faktisk gjør.

9 Nasjonal retningslinje etter psykisk helsevernloven § 5-2a.

10 Vedtatt ved lov 29. april 2016 nr. 7, se Prop. 122 L (2014–2015).

11 Ot.prp. nr. 87 (1993–94) punkt 7.5.2.3.3.

12 Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) punkt 25.2.3.

13 Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) punkt 25.2.4.

mv. («Mæland-rapporten»).[14] Utredningsgruppen kom til at det var behov for nye virkemidler som kunne gi en bedre beskyttelse mot omfattende samfunnsskadelig og særlig plagsom kriminalitet begått av utilregnelige gjerningspersoner.[15] Den la til grunn at det helsepolitisk ikke var ønskelig å endre psykisk helsevernloven med sikte på å åpne for bruk av sivilrettslig tvang overfor denne gruppen utilregnelige.[16] Ifølge utredningsgruppen ville en slik endring av psykisk helsevernloven representere et formål mer i retning av «samfunnsrenovasjon», i liten harmoni med lovens øvrige formål. Samtidig ble det fremhevet som en sentral utfordring at virkemidlene for å kunne understøtte en tilstrekkelig stabil behandlingsrelasjon over tid var begrenset.[17]

Utredningsgruppen foreslo i stedet å utvide de lovbruddskategoriene som kan danne grunnlag for en særreaksjon. Forslaget var imidlertid ikke uten forbehold og tilknyttede dilemmaer. Utredningsgruppen viste blant annet til at det er «betydelig usikkerhet» om behandling i det psykiske helsevernet har effekt på den plagsomme atferden til den aktuelle gruppen utilregnelige.[18] Å oppta sengeplasser dersom effekten av behandlingsoppholdet er usikker, til fortrengsel for andre pasienter, mente utredningsgruppen representerer et betydelig samfunnsmessig dilemma og et potensielt uforholdsmessig frihetsberøvende inngrep overfor den domfelte. Det inngikk derfor i utredningsgruppens anbefalinger at oppfølgingen av denne gruppen utilregnelige i hovedsak bør skje utenfor døgninstitusjon, med betydelige rehabiliteringstiltak og kontrolltiltak i tverrfaglig samarbeid mellom det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet og spesialisthelsetjenesten.[19]

Etter høring som frembragte både støtte og motstand, ble det i Prop. 122 L (2014–2015) fremmet forslag om å utvide virkeområdet for de særreaksjonene.[20] I proposisjonen pekte Justis- og beredskapsdepartementet blant annet på at samfunnets behov for å beskytte innbyggerne mot de mindre alvorlige integritetskrenkelsene er legitimt og nødvendig, og at det kan være uholdbart om lokalsamfunn skal måtte tåle å bli utsatt for gjentatte lovbrudd av særlig plagsom karakter. Det var også av betydning at helsetilbudet til denne gruppen utilregnelige var mangelfullt.[21] Etter forslaget skulle muligheten for en tidsbestemt dom også gjelde for tvungen omsorg, men forslagets betydning for utilregnelige med en høygradig utviklingshemming ble ikke drøftet nærmere.

Forslaget om utvidelse av virkeområdet for særreaksjonene oppstilte strenge vilkår. Departementet forutsatte blant annet at en tidsbestemt reaksjon bare ville 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».[22] Nødvendighetskravet ble ytterligere betonet gjennom et selvstendig vilkår om at «andre tiltak har vist seg åpenbart uhensiktsmessige». Samlet sett mente departementet at utvidelsen av virkeområdet for særreaksjonene bygget på en «rimelig balanse mellom den enkeltes rett til vern mot frihetsberøvelse og samfunnets behov for å beskytte seg mot gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art».[23] Departementet antok også at:

> (...) personer som blir dømt til tvungent psykisk helsevern på grunnlag av lovbrudd av samfunnsskadelige eller særlig plagsom art, i mange tilfeller vil kunne overføres til poliklinisk oppfølgning langt raskere enn domfelte som er idømt slik særreaksjon på grunnlag av farlig kriminalitet. Behovet for døgnopphold i sikkerhetsavdeling antas også å være langt mindre for denne gruppen utilregnelige. Samtidig er det grunn til å understreke at muligheten for å gjennomføre dom på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, må antas å avhenge av at domfelte gis tett og differensiert oppfølgning og at det gis tilbud om adekvat bolig.[24]

Under Stortingets behandling av lovforslaget ble det forutsatt at ordningen med tidsbestemte særreaksjoner skulle evalueres etter tre års virketid.[25]

Med virkning fra 1. oktober 2020 ble terskelen for å idømme tidsubestemte særreaksjoner noe

---

14 Rapport fra utredningsgruppe oppnevnt av Justis- og politidepartementet. (2006). *Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring* (Mæland-utredningen). Se mandatpunkt 2.5 på s. 22.

15 Punkt 5.5 i Mæland-utredningen.

16 Punkt 5.3.1 i Mæland-utredningen.

17 Punkt 5.4 i Mæland-utredningen.

18 Punkt 5.4.2 i Mæland-utredningen.

19 Punkt 5.5 i Mæland-utredningen.

20 Prop. 122 L (2014–2015) punkt 3.5.4.

21 Prop. 122 L (2014–2015) punkt 3.4.1.

22 Prop. 122 L (2014–2015) punkt 3.9.

23 Prop. 122 L (2014–2015) punkt 3.9.

24 Prop. 122 L (2014–2015) punkt 3.6.6.1.

25 Innst. 179 L (2015–2016), se justiskomiteens forslag under punkt 3.

senket.[26] Endringen, som bygget på en anbefaling fra Tilregnelighetsutvalget, innebar at kravet til det *begåtte* lovbruddets alvorlighet ble fjernet.[27] I stedet er det alvorligheten ved de lovbruddene som særreaksjonen skal beskytte mot fremover, som er i fokus.[28] Hovedbegrunnelsen for endringen var at kravet til alvor ved den begåtte handlingen kunne medføre at det ikke ble idømt en tidsubestemt særreaksjon selv om den potensielle faren for fremtidige alvorlige integritetskrenkelser var betydelig.

Prop. 154 L (2016–2017), som lå til grunn for lovendringen, inneholdt for øvrig også forslag til endringer i straffeloven § 20 om strafferettslig utilregnelighet. For dette temaet vedtok Stortinget en annen utforming av loven enn departementet hadde foreslått, se nærmere omtale i punkt 6.3. Stortinget vedtok formuleringen «sterkt avvikende sinnstilstand». Vurderinger opp mot denne formuleringen inkluderer blant annet en vurdering av virkelighetsforståelse og funksjon. Dette endret kriteriene for hvem som skal anses utilregnelige.

20.3 Noen erfaringer i spesialisthelsetjenesten om bruken av særreaksjonene

Underveis i arbeidet sendte utvalget en rekke spørsmål til de regionale helseforetakene om ulike sider ved særreaksjonene. Ett av spørsmålene var om det forekommer tilfeller av dom til tvungent psykisk helsevern hvor behandlingsinstitusjonene faglig sett mener at denne reaksjonen ikke er en hensiktsmessig reaksjonsform. Alle helseregionene har besvart dette spørsmålet positivt. Særlig kan situasjonen være slik når man ved behandlingsinstitusjonen ikke er enig i de rettssakkyndiges vurdering av den domfeltes grunnlidelse. Dette kan være tilfelle for eksempel dersom de sakkyndige mente at vedkommende har en schizofrenilidelse og en samtidig ruslidelse, mens det etter innleggelse og behandling heller synes å dreie seg om rusutløste tilstander, personlighetsforstyrrelser eller en kombinasjon av disse. Sykehusene opplyser at det er en høy forekomst av rusproblematikk blant de domfelte. Behandlingen av slike tilstander kan være noe annerledes enn ved alvorlige sinnslidelser. Rusmiddelbruk kan forverre tilstanden raskt og føre til økt voldsrisiko selv om pasienten er tilnærmet frisk når vedkommende ikke ruser seg. Likevel kan dommen føre til et langt behandlingsforløp, ofte i sykehus, fordi gjentakelsesfaren står sentralt.

Om økningen i antallet dommer til tvungent psykisk helsevern de siste årene, peker sykehusene blant annet på følgende mulige faktorer:

- Endringer i lovgivning og praksis som medfører at flere pasienter med rusproblemer dømmes til en særreaksjon.
- Økt ressursbruk innen politiet rettet mot denne gruppen.
- Økt bruk av rusmidler i samfunnet.
- Økte sosiale forskjeller i samfunnet.
- Økte kulturelle samfunnsendringer med sviktende integrasjon.
- Økt fokus på reduksjon av tvang på sivilrettslig grunnlag.
- Svekkede muligheter til å forbygge et uheldig sykdomsforløp med voldsrisiko, på grunn av ressursmangel i kommunene, spesialisthelsetjenesten og politiet.
- Ikke godt nok samarbeid mellom kommunene, politiet og spesialisthelsetjenesten om pasienter med rus, psykose og voldsatferd.
- Pasienter med en rusutløst psykose blir ikke godt nok utredet for underliggende psykoselidelse, og kommer for sent i behandling.
- Manglende kompetanse og ressurser hos legevakt og akutteamene ved DPS for å vurdere behov for innleggelse av psykosepasienter.
- Utilstrekkelige lovmessige forutsetninger for å ivareta pasienter med rusproblemer, sviktende egenomsorg og økonomistyring.
- Mangel på bemannede boliger for psykosepasienter med dårlig ADL-funksjon.
- Organiseringen av psykisk helsevern legger opp til mange brudd i behandlingskjeden.
- Stor utskiftning og rekrutteringsproblemer blant spesialister fører til manglende kontinuitet.
- For få døgnplasser med høy bemanning fører til for tidlig utskrivning av psykosepasienter med stor sannsynlighet for prognosetap og utvikling av voldsatferd.
- Innsatsstyrt finansiering (ISF) innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TBS) har gjort det vesentlig mer lønnsomt for helseforetaket å prioritere mindre syke pasienter. Tidligere omfattet ISF bare somatiske spesialisthelsetjenester. Fra 2017 ble ordningen utvidet til også å omfatte poliklinisk tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TBS).

[26] Endret ved lov 21. juni 2019 nr. 48.
[27] NOU 2014: 10 punkt 24.2.3.2.
[28] Prop. 154 L (2016–2017) punkt 5.1.5.3 s. 135.

– Koronapandemien kan ha medført forsinkelser og opphopninger av rettssaker.

Flere sykehus påpeker at sivilrettslig tvang ikke er tilstrekkelig for å beskytte mot nye straffbare handlinger. Videre er det en praktisk forutsetning for gjennomføring av de strafferettslige særreaksjonene at det er tilstrekkelig med døgnkapasitet i spesialisthelsetjenesten, og at det er gode rutiner for samarbeid og informasjonsdeling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen, politiet og påtalemyndigheten. Enkelte mener at tidsbestemt dom til tvungent psykisk helsevern i liten grad beskytter mot nye straffbare handlinger, ettersom mange domfelte til denne reaksjonen er personer med personlighetsforstyrrelser og rusproblemer. Ett sykehus opplever det som problematisk at helsevesenet skal ha som oppgave å beskytte mot straffbare handlinger.

20.4 Regelverket om opphør og opprettholdelse av særreaksjonene

Straffeloven § 65 regulerer opphør av særreaksjonene og opprettholdelse av en tidsubestemt dom. En særreaksjon kan bare opprettholdes så lenge vilkåret om gjentakelsesfare er oppfylt.[29] I motsetning til vilkårene for *idømmelse* av en særreaksjon, fremgår det ikke uttrykkelig av § 65 at *opprettholdelse* av særreaksjonen må være «nødvendig for å verne samfunnet». Det anses imidlertid for å være sikker rett at kravet til nødvendighet også gjelder ved spørsmål om opprettholdelse av reaksjonen.[30] I praksis vil nødvendighetsvurderingen ofte falle sammen med farevurderingen.

Høyesterett har slått fast at domstolene, i en sak om opprettholdelse av en tidsubestemt særreaksjon, ikke kan prøve de alminnelige straffbarhetsvilkårene, herunder tilregnelighetsspørsmålet, på nytt.[31] En sak etter straffeloven § 65 fjerde ledd gjelder utelukkende spørsmål om særreaksjonen skal *vedvare*.

Påtalemyndigheten kan til enhver tid beslutte opphør av særreaksjonen.[32] Den faglig ansvarlige som har behandlingsansvaret for domfelte til tvungent psykisk helsevern, utarbeider årlige statusrapporter om den enkelte domfelte pasient med en oppsummering av det foregående året. Statusrapporten er et viktig dokument for påtalemyndigheten i vurderingen av om særreaksjonen bør opphøre eller opprettholdes.

Som utgangspunkt opphører særreaksjonen etter tre år fra siste rettskraftige dom.[33] For at den skal kunne videreføres, må påtalemyndigheten bringe saken inn for tingretten, som avgjør ved dom om reaksjonen skal forlenges. En tidsbestemt særreaksjon kan ikke forlenges. Det betyr at reaksjonen opphører senest tre år etter rettskraftig overføringsdom.[34]

Domfelte, dennes nærmeste pårørende og den faglig ansvarlige som har behandlingsansvaret for den domfelte, kan begjære opphør av særreaksjonen.[35] Hvem som er den domfeltes nærmeste pårørende, avgjøres etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b. For tidsubestemte særreaksjoner kan begjæring om opphør ikke fremmes før det er gått ett år etter at selve overføringsdommen er endelig.[36] Deretter kan begjæring om opphør kun fremmes med ettårsintervaller. Treårsfristen for opphør regnes da fra siste rettskraftige dom som nekter opphør. Ved tidsbestemte særreaksjoner kan det ikke begjæres opphør før det er gått seks måneder etter rettskraftig overføringsdom.[37] Deretter kan begjæring om opphør kun fremmes seksmånedersintervaller. Påtalemyndigheten fremmer saken for tingretten, som treffer sin avgjørelse ved dom.

Dagens regelverk åpner ikke lenger for å overføre en domfelt til en særreaksjon til fengsel på grunnlag av dommen om særreaksjonen. Dersom en domfelt til en særreaksjon begår nye straffbare handlinger, og finnes å ha vært tilregnelig på handlingstidspunktet, kan vedkommende imidlertid dømmes til straff.[38]

Dersom en person som er idømt en særreaksjon, utvises og forlater Norge, opphører særreaksjonen midlertidig.[39] Vender personen tilbake til Norge, skal påtalemyndigheten avgjøre om reaksjonen skal opprettholdes eller opphøre. Hvis påtalemyndigheten beslutter at reaksjonen skal opprettholdes, og det er gått mer enn tre år siden siste rettskraftige dom, skal påtalemyndigheten bringe saken inn for tingretten, som treffer sin avgjørelse ved dom.

---

29 Straffeloven § 65 første ledd.

30 HR-2021-937-A avsnitt 15.

31 HR-2022-534-A avsnitt 31.

32 Straffeloven § 65 fjerde ledd første punktum.

33 Straffeloven § 65 fjerde ledd andre punktum.

34 Straffeloven § 65 fjerde ledd tredje punktum.

35 Straffeloven § 65 andre ledd.

36 Straffeloven § 65 tredje ledd første punktum.

37 Straffeloven § 65 tredje ledd andre punktum.

38 Overføringsadgangen til kriminalomsorgen ble opphevet med virkning fra 1. oktober 2020, se Prop. 154 L (2016–2017) punkt 5.3.4.

39 Straffeloven § 65 femte ledd.

Kapittel 21
En generell beskrivelse av tilstand og behandling for de domfelte til en særreaksjon

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern registrerer en rekke opplysninger om den enkelte domfelte til denne særreaksjonen, herunder diagnoser og rusproblematikk. Dette er basert på den helseinformasjonen som faglig ansvarlig sender til koordineringsenheten etter rettskraftig dom.

Av utredningens punkt om statistiske opplysninger om de domfelte til særreaksjonene fremgår blant annet at de langt fleste domfelte er menn, og at drap og drapsforsøk, vold og seksuallovbrudd er de kategoriene lovbrudd som særlig danner grunnlag for domfellelse til en særreaksjon. Det er store individuelle forskjeller i særreaksjonsdømtes funksjonsevne, tilstand, problematikk og livssituasjon, men det er også noen trekk som går igjen. Artikkelen «Tidligere kriminalitet og psykisk helsehjelp hos personer med soningserfaring som blir dømt til tvungent psykisk helsevern»[1] fra 2024 bidrar til å belyse bakgrunnen til domfelte til tvungent psykisk helsevern. Studien ser nærmere på bakgrunn, annen kriminalitet og psykisk helse i tiden før begåtte lovbrudd blant personer med «soningserfaring». Av 431 personer dømt til tvungent psykisk helsevern i perioden 2002–2020, hadde 286 personer «soningserfaring», det vil si at de tidligere enten hadde sonet i fengsel eller hadde vært i varetekt i forbindelse med de kriminelle gjerningene som førte til dommen til tvungent psykisk helsevern. Hovedfunnene fra undersøkelsen til grunn for artikkelen er formulert slik:

> Av 286 personer med soningserfaring som ble dømt til tvungent psykisk helsevern i perioden 2002–20, var 246 (86,0 prosent) tidligere domfelt.
>
> Videre hadde 140 (49,0 prosent) tidligere fått kriminelle forhold henlagt grunnet tvil om strafferettslig tilregnelighet.
>
> Behandlingen i psykisk helsevern de siste to årene før siste kriminelle gjerning som førte til dom til tvungent psykisk helsevern, var preget av sporadisk poliklinisk kontakt (median på 20 kontakter per år) og kortvarige innleggelser (median på 2 dager).
>
> De vanligste psykiske lidelsene var psykoselidelser (106/186 (57,0 prosent)) og rusmiddellidelser (109/186 (58,6 prosent)).

Frem til lovendringen i 2020, ville alle domfelte til tvungent psykisk helsevern ha hatt en psykosediagnose på handlingstidspunktet. Etter lovendringen, må det antas at de fleste domfelte fortsatt vil ha en slik diagnose. Dette dreier seg primært om personer med schizofreni, men også om andre psykoselidelser, som organiske psykoser og affektive lidelser med psykose. Rusutløste psykoser og noen typer paranoide psykoser fritar vanligvis ikke for straffansvar. Det skal bemerkes at mange pasienter med schizofreni eller organiske psykoser, både domfelte og innlagte på sivilrettslig grunnlag, også har problemer med rus. Rusmiddelbruk gir økt sårbarhet for tilbakefall til psykose og mulige voldshandlinger.

I tillegg til grunnlidelsen, kan domfelte til tvungent psykisk helsevern ha andre sykdommer eller tilstander som kan påvirke behandlingen og funksjonsevnen. Dette kan være personlighetsforstyrrelser, hjerneskader, lett utviklingshemming, ADHD, Aspergers syndrom og andre mer sjeldne tilstander. Domfelte kan også ha somatiske lidelser, traumebakgrunn, erfaringer med vold og omsorgssvikt i barndommen og lite nettverk og kontakt med pårørende. Ofte er hverdagslivets funksjoner (ADL-funksjoner) redusert, med lite egenomsorg, igangsettingsvansker og en tendens til isolasjon.

[1] Rognli, E., Bukten, A., Jørgen G., Bramness, J. og Stavseth, M. (2024). Tidligere kriminalitet og psykisk helsehjelp hos personer med soningserfaring som blir dømt til tvungent psykisk helsevern. *Tidsskrift for den norske legeforening.*

Ved flere diagnoser og/eller tilstander og et sammensatt utfordringsbilde, blir behandlingen mer kompleks, omfattende, ressurs- og tidkrevende, og resultatet eller prognosen kan være forskjellig. Hvis en domfelt til tvungent psykisk helsevern har tilstander som ikke kan behandles, slik som hjerneskade eller demens, er det lite sannsynlig at innleggelse i psykisk helsevern vil føre til en vesentlig bedring i personens tilstand eller funksjon. Den terapeutiske intervensjonen må i slike tilfeller fokusere på bedre mestring av tilværelsen og ADL-funksjoner.

Behandling med medisiner hjelper for de fleste med psykosesykdommer, selv om mange ikke blir helt «friske» fra sine symptomer. Det er likevel sentralt at medisineringen følges opp av lege med særskilt kompetanse på slik behandling. Antipsykotiske medikamenter fjerner eller reduserer såkalt positive symptomer på psykose, slik som hallusinasjoner og vrangforestillinger, og på den måten bedres personens funksjon og virkelighetsforståelse, men de fjerner i mindre grad såkalt negative symptomer, som avflatethet, likegyldighet og initiativløshet. For de domfelte benyttes ofte injeksjonsmedisiner som vedlikeholdsmedisinering, under forutsetning av frivillighet eller et gyldig tvangsmedisineringsvedtak. Som alle andre medisiner kan antipsykotiske medisiner gi bivirkninger som kan oppleves plagsomme, og som kan være alvorlige.[2] Kunnskapsgrunnlaget om effekter av medikamenter, spesielt langtidseffekter, er omdiskutert.[3] Dette handler særlig om at det har vært vanskelig å gjennomføre forskning på området.

Mange av de domfelte til tvungent psykisk helsevern har behov for tiltak for å redusere og stoppe rusmiddelmisbruk, eventuelt behandling for avhengighetsproblematikk. Noen av disse tiltakene er medikamentelle, slik som legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Andre tiltak kan være motivasjonsarbeid og samtaleterapi. Slik behandling tar vanligvis lang tid og tilbakefall til bruk av rusmidler forekommer hyppig.

Andre tiltak under gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern, er miljøterapi som gjennomføres i sengeposter. Denne typen behandling handler oftest om å få til en bedre fungering i dagliglivet (for eksempel ivaretakelse av personlige hygiene, klesvask, matlaging, kosthold mv.), samspill med andre (å forholde seg til andre uten trusler og vold, og ta hensyn til andres behov mv.), aktivitetstrening og å følge regler (husregler, samfunnsregler mv.). Slike tiltak skal bidra til rehabilitering, hvis personen har hatt disse funksjonene tidligere, eller til habilitering, hvis personen ikke har hatt slike ferdigheter tidligere i livet.

I oppfølgingen av den domfelte forsøkes også ulike psykoterapeutiske tilnærminger ut fra indikasjon og forventet nytte. Dette kan være samtaleterapi i ulike former, kognitive metoder med eksponering, eller tiltak i form av gruppeterapi. Sinnemestringsprogrammer og ulike programmer som har til hensikt å bidra til et bedre og selvstendig liv, kan også være aktuelt.

Videre er det viktig å etablere en stabil tilværelse med ordnet økonomi, bolig som er tilpasset den domfeltes behov, og et meningsfylt aktivitetstilbud. Dette har særlig betydning i forbindelse med spørsmål om utskrivning til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Pårørendearbeid og bedre relasjoner kan gi en bedre prognose for den domfelte. Men mange domfelte har ikke pårørende, eller har begrenset kontakt med sine pårørende.

Barn under 18 år og unge voksne mellom 18 og 25 år kan ha et mer omfattende utrednings- og behandlingsbehov enn eldre personer. Dette har sammenheng med at den psykiske lidelsen ofte nylig har oppstått, og fordi symptomer hos unge personer kan være annerledes enn hos eldre personer.[4]

De fleste domfelte til tvungen omsorg har medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser som oftest er varige og sammensatte. Mange – men ikke alle – av de domfelte til denne reaksjonen har psykisk utviklingshemming. Andre tilstander kan være psykiske lidelser som skyldes skade eller dysfunksjon i hjernen eller fysisk sykdom, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer, schizofrenilidelse, utviklingsforstyrrelser og føtalt alkoholsyndrom. Domfelte har ofte en kombinasjon av flere tilstander og lidelser, med betydelig individuell variasjon i den samlede funksjonsevnen.

---

2 NOU 2011: 9 punkt 9.3 s. 113–115.

3 NOU 2019: 14 kapittel 10 og punkt 25.6.2.2 s. 571 flg. Se også NOU 2011: 9 kapittel 9.

4 SIFER Sør-Øst. (2023). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – En statusrapport,* punkt 3.2.1 side 52–53.

Kapittel 22
Gjennomføringen av særreaksjonene

22.1 Ansvarlige for gjennomføringen

Ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern får psykisk helsevern en plikt til å overta ansvaret for den domfelte straks dommen er rettskraftig.[1] Med «psykisk helsevern» menes den statlige spesialisthelsetjenesten, som de regionale helseforetakene (RHF) skal sørge for.[2] Sentral fagenhet for tvungen omsorg (SFTO) har en tilsvarende plikt til å overta den domfelte ved dom til tvungen omsorg.[3] Fagenheten utgjør en egen seksjon ved St. Olavs hospital HF i helseregionen Midt-Norge RHF. Fagenheten er samlokalisert med regional sikkerhetsavdeling (RSA) ved St. Olavs hospital i Trondheim.

Domfelte til tvungent psykisk helsevern skal være i en heldøgns institusjon i første fase av særreaksjonen, av minimum tre ukers varighet. Senere kan vedkommende etter omstendighetene overføres til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), men mange har behov for lengre tids døgnbehandling. Gjennomføring uten døgnopphold innebærer at den domfelte i noen grad er underlagt begrensninger mens vedkommende bor i kommunen, noen ganger i en bolig driftet av en privat aktør. Kommunens ansvar for å yte nødvendige tjenester følger i hovedsak av helse- og omsorgstjenesteloven. De tiltakene som det psykiske helsevernet kan fatte vedtak om, er at pasienten skal møte til samtaler, må ta medisiner og måtte avgi rusprøver. Kommunen har ingen tvangshjemler, og pasienten må frivillig samarbeide om de tjenestene kommunen tilbyr.

En dom til tvungen omsorg innledes i de aller fleste tilfellene med heldøgnsopphold i regi av *Sentral fagenhet for tvungen omsorg*, før det etter hvert etableres et botiltak i en kommune. For domfelte til tvungen omsorg gjelder ikke helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 om tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, ettersom gjennomføring av dom til tvungen omsorg fullt ut er et statlig ansvar. Kommunens tiltak under gjennomføringen av dom til tvungen omsorg utføres på grunnlag av en avtale med Fagenheten, og etter vedtak med hjemmel i forskrift om gjennomføring av særreaksjonen dom til tvungen omsorg.[4]

De kravene til faglig forsvarlighet, kvalitet og pasient- og brukersikkerhet som ligger i lovgivningen, danner et rettslig utgangspunkt for de målene og verdiene som helse- og omsorgstjenestene skal arbeide ut fra. Statsforvalteren er den ordinære tilsynsmyndigheten på helse- og omsorgsområdet i sitt fylke.[5] I tilsynssaker er statsforvalteren underlagt Statens helsetilsyn, som har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenestene i Norge. Ved alvorlige hendelser plikter offentlige og private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, å varsle Statens helsetilsyn.[6] Statens undersøkelseskommisjon (Ukom) kan beslutte å undersøke alvorlige hendelser eller alvorlige forhold med sikte på å bedre pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten gjennom læring og forebygging av nye hendelser.[7]

I tillegg til de nevnte med ansvar for gjennomføringen av en særreaksjon, er også enkelte andre aktører sentrale. *Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern* er en administrativ enhet, fra 1. januar 2025 organisert under Regional seksjon for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (RSS) ved Oslo universitetssykehus HF. I henhold til psykisk helsevernloven § 5-2 a skal

---

1 Psykisk helsevernloven §§ 5-1 og 5-2.

2 Psykisk helsevernloven § 1-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 og 2-1 a.

3 Straffeloven § 63 andre ledd første punktum.

4 Straffeloven § 63 andre ledd andre punktum og forskrift om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg §§ 5 og 12.

5 Helsetilsynsloven § 4 andre ledd.

6 Helsetilsynsloven § 6 første ledd.

7 Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten § 5. Etter forslag fra Varselutvalget, som fremla sin rapport *Fra varsel til læring og forbedring,* 12. april 2023, er det uttrykt et politisk ønske om å slå sammen Ukom og Statens helsetilsyn, se nyheter på www.regjeringen.no 27. juni 2024.

Koordineringsenheten utarbeide retningslinjer for god samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og justissektoren ved iverksettelse og gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern, veilede helseforetakene ved valg av behandlingssted, sørge for at alle parter har den informasjonen som er nødvendig for å sikre at lovpålagte oppgaver blir løst på en best mulig måte, og føre en nasjonal oversikt over tiltalte og domfelte til tvungent psykisk helsevern. Koordineringsenhetens register er hjemlet i psykisk helsevernloven § 5-2 b.

Påtalemyndigheten er part i saker om idømmelse, opprettholdelse og gjennomføring av alle dommer til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg. På samme måte som for sin øvrige virksomhet, er påtalemyndigheten uavhengig av andre myndigheter ved behandlingen av den enkelte sak. Når det foreligger en sak med behov for rettspsykiatrisk undersøkelse, sender påtalemyndigheten en bestilling til *Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet* (NERS). NERS har blant annet ansvar for en oppdatert nasjonal oversikt over sakkyndige, og for å komme med forslag til kompetente sakkyndige etter bestilling fra påtalemyndigheten.

Alle døgnenheter og dagenheter/poliklinikker i spesialisthelsetjenesten som er godkjent for å ha ansvar for tvungent psykisk helsevern, skal være tilknyttet en uavhengig *kontrollkommisjon*. Kontrollkommisjonenes hovedoppgave er å ivareta den enkeltes rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. De kontrollerer alle tvangsvedtak, behandler klager og fører tilsyn med pasientenes velferd. Dersom kommisjonen finner forhold som den ønsker å påpeke, kan den ta saken opp med den faglig ansvarlige og statsforvalteren.

Kontrollkommisjonenes virksomhet reguleres av psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften kapittel 7. Kommisjonsmedlemmene oppnevnes av statsforvalteren i fylket, og rapporterer årlig til Helsedirektoratet.

Det er etablert en egen kontrollkommisjon for tvungen omsorg. Det følger av forskrift om tvungen omsorg § 12 at blant annet avgjørelser om tiltak som skal settes i verk under opphold utenfor Fagenheten for å beskytte samfunnet mot faren for nye alvorlige lovbrudd, og vesentlige endringer i dette, kan påklages til kontrollkommisjonen ved Fagenheten.

22.2 Rettslige rammer for gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern

22.2.1 Generelt

For særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern gjelder bestemmelsene i psykisk helsevernloven «så langt de passer», jf. psykisk helsevernloven § 5-1. Ettersom rettsgrunnlaget for det tvungne vernet er straffeloven §§ 62 og 65, er det gjort unntak for de bestemmelsene i psykisk helsevernloven som regulerer etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag. Beslutninger om de ytre rammene for det tvungne vernet ligger således til domstolene og i noen grad til påtalemyndigheten, ikke hos den faglige ansvarlige eller kontrollkommisjonen.

I den daglige gjennomføringen skiller de to formene for tvungent psykisk helsevern – dom til tvungent psykisk helsevern og tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven § 3-3 etter farekriteriet – seg lite fra hverandre. I praksis betyr gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern at de domfelte vil være plassert på ulike nivåer i psykisk helsevern, herunder i regional sikkerhetsavdeling, lokal sikkerhetsavdeling, annen sykehusavdeling eller døgnavdeling ved distriktspsykiatrisk sentre (DPS). Domfelte som er utskrevet fra døgnopphold og til en bolig i kommunen, følges opp poliklinisk ved DPS eller av ambulante sikkerhetsteam. Tjenesteutførelsen må oppfylle krav til faglig forsvarlighet,[8] og de domfelte har status som pasient med rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven.[9] Domfeltes nærmeste pårørende har de samme rettighetene som pårørende ellers etter helselovgivningen.

Psykisk helsevernloven § 5-3 første ledd fastsetter som nevnt at dom til tvungent psykisk helsevern skal innledes med minimum tre ukers døgnopphold. Der kan den domfelte holdes tilbake, og eventuelt hentes tilbake, om nødvendig med tvang, jf. psykisk helsevernloven § 3-5 første ledd andre punktum. I hvilken døgnavdeling den domfelte blir plassert, avhenger av klinisk tilstand og voldsatferd. I praksis vil domfelte i mange tilfeller være innlagt i psykisk helsevern allerede før dommen blir rettskraftig.

---

8 Helsepersonelloven §§ 4 og 16 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. også helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 for kommunale helse- og omsorgstjenester.

9 Psykisk helsevernloven § 1-5 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav a.

Etter den obligatoriske innleggelsestiden på tre uker, bestemmer den faglig ansvarlige hvordan det tvungne vernet for domfelte pasienter skal gjennomføres videre, jf. psykisk helsevernloven § 5-3 andre ledd første punktum. Ved tidsbestemt dom skal det ved avgjørelsen om det videre forløpet «legges vekt på hensynet til behandling av den domfelte og på behovet for å beskytte samfunnet mot faren for nye lovbrudd».[10] I disse tilfellene er behandlingshensyn og sikkerhetshensyn likestilte. Ved tidsubestemt dom skal det ved avgjørelsen om det videre forløpet «legges særlig vekt på behovet for samfunnsbeskyttelse».[11] I disse tilfellene veier hensynet til å beskytte mot nye straffbare handlinger tyngst, dersom dette kommer i konflikt med behandlingshensynet.

Den faglig ansvarlige kan beslutte at den domfelte skal overføres mellom ulike sikkerhetsnivåer innen samme institusjon, eller treffe vedtak om at det tvungne vernet skal gjennomføres uten døgnopphold. Når «særlige hensyn» tilsier det, plikter den faglig ansvarlige å konsultere påtalemyndigheten før domfelte overføres mellom ulike sikkerhetsnivåer innen samme institusjon eller får permisjon, jf. psykisk helsevernloven § 5-3 tredje ledd. Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern har utarbeidet retningslinjer for å sikre nødvendig samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og justissektoren.[12] I henhold til disse retningslinjene skal den faglig ansvarlige orientere påtalemyndigheten (og Nasjonal koordineringsenhet) om alle nye forhold som kan ha betydning for gjennomføringen av dommen og påtalemyndighetens kontrollfunksjon.[13] Per i dag finnes det ikke en enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå i Norge, men det er hjemmel for etablering av slik enhet tilknyttet en regional sikkerhetsavdeling (RSA).[14] Ved eventuelt spørsmål om overføring til og fra enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå skal den faglig ansvarlige innhente politiets vurdering av sikkerheten før vedtak om overføring treffes, jf. psykisk helsevernloven § 4A-8 andre ledd. Den faglig ansvarlige plikter også å varsle fornærmede i straffesaken eller den fornærmedes etterlatte i tråd med psykisk helsevernloven § 5-6 c. Varslingsplikten gjelder bare så langt fornærmede eller dennes etterlatte ønsker slik varsling, og så langt hensynet til domfeltes sikkerhet blir tilstrekkelig ivaretatt.

Hvilke tiltak som kan iverksettes under gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern, reguleres i utgangspunktet av psykisk helsevernloven kapittel 4 og bestemmelser i psykisk helsevernforskriften. Av dette regelverket følger blant annet at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og at det så langt mulig skal tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Psykisk helsevernloven kapittel 4 A gir hjemmel for strengere sikkerhetstiltak i de regionale sikkerhetsavdelingene.

Psykisk helsevernloven § 3-5 gir regler om overføring til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. Den faglig ansvarlige må vurdere om «pasienten behøver døgnkontinuerlig omsorg og behandling», eller om det er «bedre for pasienten å bo i egen bolig eller ha opphold i annen institusjon» under gjennomføringen av det tvungne vernet.[15] Sentralt i vurderingen, er om det tvungne vernet kan ivaretas på en tilstrekkelig og forsvarlig måte uten døgnopphold i institusjon. For domfelte pasienter må det i tillegg tas tilstrekkelig hensyn til behovet for å beskytte mot faren for nye straffbare handlinger. Utskrivning fra sykehuset forutsetter i alle tilfeller at den domfelte ikke er bostedsløs. Vedtak om overføringer mellom institusjoner og om overføringer til og fra døgnopphold kan påklages til kontrollkommisjonen av domfelte, dennes nærmeste pårørende og påtalemyndigheten, jf. psykisk helsevernloven § 5-4 første ledd.

Kontrollkommisjonen prøver om vedtaket om overføring er strengt nødvendig og forholdsmessig, og om vedtaket fremstår som urimelig ut fra hensynet til den domfelte, andres liv, helse og frihet, plasseringsalternativene og forholdene ellers. Vedtak om overføring *til døgnopphold* kan av domfelte og nærmeste pårørende også bringes inn for tingretten etter de særlige prosessreglene i tvisteloven kapittel 36.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold innebærer at den domfelte skrives ut av sykehuset med videre oppfølging poliklinisk, der samtaler, hjemmebesøk, ulike aktivitetstilbud og behandling med medisiner ofte vil være det konkrete innholdet i det tvungne vernet. Den domfelte kan gis pålegg om å møte opp til time for undersøkelse eller behandling ved DPS eller en

[10] Psykisk helsevernloven § 5-3 andre ledd andre punktum.

[11] Psykisk helsevernloven § 5-3 andre ledd tredje punktum.

[12] Psykisk helsevernloven § 5-2 a bokstav a.

[13] Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern, punkt 3.9.

[14] Etter en utredning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2024, anbefaler de regionale helseforetakene at en enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå piloteres ved Helse Midt-Norge.

[15] Psykisk helsevernforskriften § 11.

annen behandlingsinstitusjon i det psykiske helsevernet.[16]

Behandling med medisiner uten eget samtykke (tvangsmedisinering) forutsetter et eget vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4 a, og kan opprettholdes også når den domfelte er skrevet ut fra sykehuset. Under forutsetning av faglig forsvarlig tilsyn og veiledning, kan den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler etter avtale med den ansvarlige institusjonen som har truffet tvangsmedisineringsvedtaket, overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet, for eksempel til hjemmesykepleien i kommunen, dersom pasienten ønsker det, jf. psykisk helsevernforskriften § 22 andre ledd. Det behandlingsmessige ansvaret vil fremdeles ligge hos spesialisthelsetjenesten. Fastlegen ivaretar normalt behovet for regelmessige blodprøver og annen somatisk oppfølging.[17] Klager på tvangsmedisineringsvedtak behandles av statsforvalteren.

Domfelte pasienter som utskrives til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, kan ha behov for en betydelig kommunal innsats til behandling, rehabilitering og omsorg etter opphold i sykehus. Kommunens plikter og ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Disse forpliktelsene omfatter ikke ansvar for kriminalitetsvern. For mange kommuner kan det være krevende å tilby boliger og tjenester i tråd med de sikkerhetstiltakene som defineres av spesialisthelsetjenesten for å beskytte mot fare for nye straffbare handlinger.

Ved gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern gjelder pasient- og brukerrettighetsloven, jf. psykisk helsevernloven § 1-5. Domfelte som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til individuell plan og en koordinator etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-5 og 2-5 b. Når det er behov for oppfølging fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, er det kommunens ansvar å sørge for at arbeidet med individuell plan settes i gang og koordineres.

Ved utskriving av domfelte fra døgnavdeling besluttes det ofte behandlings- og oppfølgingstilbud fra ambulante sikkerhetsteam som jobber i nært samarbeid med kommunale tjenester. Andre steder brukes ACT-team, FACT-team, eller andre ambulante tjenestemodeller som er aktivt oppsøkende behandlingsteam. Dette er tverrfaglig sammensatte team med representanter fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Teamene retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusproblematikk, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet.

Hvis en domfelt som er overført til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, ikke møter til pålagt undersøkelse eller behandling, kan den domfelte om nødvendig hentes, eventuelt med bistand fra politiet.[18] Dersom den domfelte etter en henting fortsatt ikke møter til undersøkelse eller behandling, skal det på nytt vurderes om gjennomføring med døgnopphold er det beste.[19] I så fall må den faglig ansvarlige treffe vedtak om overføring tilbake til institusjonen.

22.2.2 Særlig om barn

Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon sikrer barn særlige rettigheter. Ved alle handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Ved avveininger mellom hensynet til barnets beste og andre hensyn, må det begrunnes tilfredsstillende hvorfor hensynet til barnets beste eventuelt ikke har kunnet tillegges avgjørende vekt.

I pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 6 er barns særlige rettigheter konkretisert for helse- og omsorgstjenesten. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2 at barn som har opphold i en helseinstitusjon, har rett til samvær med minst én av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjonen, med mindre dette er «utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven». Barn med opphold i helseinstitusjon har videre rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjon, så langt dette er «forsvarlig ut fra barnets helsetilstand», jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-3. Barnet har også rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon «i den grad dette følger av opplæringslova», jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-4.

Nærmere bestemmelser om barns opphold i helseinstitusjon, herunder institusjoner i psykisk helsevern, er gitt i forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon. Det fremgår blant annet av forskriften § 4 at barn «fortrinnsvis» skal legges inn på egne barne-

[16] Psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd tredje punktum.

[17] Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og forskrift om fastlegeordning i kommunene § 10.

[18] Psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd fjerde og femte punktum.

[19] Psykisk helsevernforskriften § 34 andre ledd.

avdelinger, og at barn «ikke skal legges på rom med voksne som er i en medisinsk tilstand som kan virke skremmende på dem». Videre følger det av forskriften § 6 fjerde og femte ledd at foreldre skal ha adgang til egnet oppholdsrom, og at helseinstitusjonen skal tilby foreldrene kontakt med sosionom, psykolog og/eller annet støttepersonell mens barnet er innlagt. Dekning av foreldres reise- og oppholdsutgifter reguleres av forskriften §§ 8–10.

Psykisk helsevernloven § 4-8 tredje ledd setter skranker for bruk av mekaniske tvangsmidler (belter, remmer og skadeforebyggende spesialklær) og for å iverksette isolasjonstiltak («kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede») under gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. Slike tiltak er ikke tillatt overfor pasienter under 16 år, inkludert domfelte pasienter. Fysiske inngrep overfor barn, herunder maktbruk for å overvinne barnets motstand, er alvorlige inngrep i barnets personlige integritet. Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) har slått fast at fysisk maktbruk må være strengt nødvendig ut fra pasientens atferd og som en siste utvei, for å være rettmessig.[20]

Familier som har barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 c.

22.2.3 Særlig om ruskontroll

Ved gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om at domfeltes rom eller eiendeler skal undersøkes, og at det skal foretas kroppsvisitasjon (ransaking) av den domfelte, dersom det foreligger en begrunnet mistanke om at rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander vil bli forsøkt innført eller er innført i institusjonen, jf. psykisk helsevernloven § 4-6 første ledd. Andre ledd gir hjemmel for at institusjoner for døgnopphold kan innføre rutinekontroll ved innleggelse og etter utganger, for å hindre innføring av midler som nevnt i første ledd. Kontrollen kan omfatte undersøkelse av pasientens eiendeler og kroppsvisitasjon uten avkledning av pasienten. Undersøkelse av kroppens hulrom er ikke tillatt. Rutinekontroll kan bare innføres når det er nødvendig for å ivareta sikkerheten eller hensynet til helsehjelpen. Dersom det er begrunnet mistanke om at rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander vil bli forsøkt innført til den domfelte, kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om at den domfeltes post skal åpnes og kontrolleres med henblikk på å avdekke dette, jf. psykisk helsevernloven § 4-5 fjerde ledd. Vedtak om beslag kan treffes i tråd med psykisk helsevernloven § 4-7.

Er det mistanke om at den domfelte misbruker rusmidler, kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om at det skal tas prøver av den domfeltes biologiske materiale for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp, jf. psykisk helsevernloven § 4-7 a andre ledd. Adgangen omfatter ikke rutinemessig testing.[21] Det må foretas en konkret vurdering for den enkelte pasient, og testingen må være begrunnet i at dette fremstår som «strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen».

Muligheten for å treffe vedtak om tvungen rustesting etter psykisk helsevernloven § 4-7 a andre ledd gjelder for domfelte til tvungent psykisk helsevern både med og uten døgnopphold i institusjon. I Helsedirektoratets rundskriv til bestemmelsen er det presisert at et vedtak om tvungen rustesting kan gi hjemmel for flere prøver gjennom et behandlingsforløp. Det må i så fall fremgå av vedtaket hvor lang periode det skal tas prøver. Dersom vedtaket skal omfatte mer enn én enkelt prøve, må det fortløpende vurderes om vilkårene i bestemmelsen fremdeles er oppfylt.

For domfelte til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon er det ikke lov til å utøve faktisk tvang i den enkeltes bolig, jf. psykisk helsevernforskriften § 11 tredje ledd. Dersom den domfelte ikke samarbeider om gjennomføringen av et vedtak om tvungen rustesting (eller tvangsmedisinering), og ikke etterlever pålegg om fremmøte ved for eksempel DPS, kan pasienten hentes med tvang, eventuelt med bistand fra politiet, jf. psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd.

22.2.4 Særlig om utskrivningsklare pasienter

De regionale helseforetakene plikter å inngå samarbeidsavtaler med kommunene om utskrivningsklare pasienter, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-6. Forskrift 18. november 2011 nr. 1115 om

[20] *Bureš mot Tsjekkia* [C], no. 37679/08, (2012) avsnitt 86 og 95 og *M.S. mot Kroatia* [C], no. 75450/12 (2015) avsnitt 97 og 104.

[21] Ot.prp.nr.65 (2005–2006) punkt 10.3.4 side 79 og kapittel 12 særmerknader til bestemmelsen.

kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter angir kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar. Hensikten med forskriften er å bidra til bedre arbeidsdeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, til å skape gode pasientforløp og til å etablere kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten, jf. § 1.

Etter forskriften § 9 første ledd andre punktum er en pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) utskrivningsklar når en lege eller psykolog ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og nærmere angitte punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen. Det fremgår ikke direkte av forskriften hvilken betydning hensynet til å beskytte mot straffbare handlinger har for vurderingene, men når spesialisthelsetjenesten har det faglige ansvaret for samfunnssikkerheten, må dette i praksis være en del av vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar. Samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten forutsetter en klar forståelse av handlingsrommet de ulike omsorgsinstansene har.

Kommunene plikter å betale for utskrivningsklare pasienter som blir værende i døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt tilbud, jf. forskriften § 13. Betalingsplikten gjelder for den kommunen som pasienten skal oppholde seg i. Fra 2019 omfatter betalingsplikten også utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette inkluderer domfelte til tvungent psykisk helsevern. Det følger av forskriften § 9 andre ledd at for «pasienter i psykisk helsevern skal tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar».

Helsedirektoratet har i en tolkningsuttalelse lagt til grunn at dersom den faglig ansvarlige for det tvungne psykiske helsevernet vurderer det som nødvendig med tiltak i form av utgangsbegrensninger, fotfølging eller andre kontroll- og overvåkningstiltak i den domfeltes bolig, og kommunen ikke har hjemmel til å gjennomføre disse tiltakene, vil den domfelte ikke være å anse som utskrivningsklar etter forskriften § 9 andre ledd. Selv om forskriften ikke eksplisitt nevner samfunnsvernhensyn blant de relevante kriteriene ved vurdering av om pasienten er utskrivningsklar, tyder denne tolkningsuttalelsen på at det er utvilsomt at spesialisthelsetjenesten har et slikt ansvar. Dermed inntrer heller ikke kommunens betalingsplikt etter forskriften § 13. I henhold til Helsedirektoratets vurdering vil pasientens samtykke ikke være et tilstrekkelig rettsgrunnlag for tvang og restriktive tiltak i en bolig, selv om den domfeltes funksjonsnivå kan tilsi en overføring til kommunen.[22] Tvang og restriktive tiltak som ikke kan videreføres utenfor sykehus, må derfor være avsluttet før den domfelte kan skrives ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. En eventuell utskrivning likevel vil ifølge Helsedirektoratet være i strid med forsvarlighetskravet.

22.3 Erfaringer med gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern

22.3.1 Enkelte erfaringer fra spesialisthelsetjenesten

I svar til utvalget beskriver sykehusene at de som regel har god oversikt over domfeltes tidligere sykehistorie. De aller fleste har vært pasienter i psykisk helsevern forut for den straffbare handlingen, og ofte er det tale om en lang sykdomshistorie med hyppige innleggelser og tidligere vold. Dobbeltdiagnoser (rus og alvorlig psykisk lidelse) er vanlig. I tilfeller der pasientens bosted er utenfor sykehusets opptaksområde, kan det ta noe tid, eller være vanskelig, å få tilstrekkelig informasjon og samhandling.

For å oppnå god progresjon i behandlingsforløpet, peker flere sykehus på betydningen av en god strukturell ramme med muligheter for å gjøre nødvendig kartlegging, utredning og behandling, og å foreta gradvis utprøving og etablere tverrfaglig samarbeid og fungerende ansvarsgrupper. En stabil personalbase, egnede boforhold, stabil økonomi og meningsfylte dagaktiviteter løftes frem som viktige forutsetninger for kvaliteten i behandlingen og oppfølgingen av den domfelte. Ett sykehus nevner at samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan være utfordrende, og at i samhandlingen bør begge partene være gjensidig forpliktet til å sikre tilstrekkelig beskyttelse. Et annet sykehus uttaler at rehabiliteringsperspektivet kommer til kort på grunn av manglende muligheter for utprøving av pasienter på sykehusnivå (tilgang på treningsboliger, overgangsboliger mv.). «Overtid» i institusjon kan føre

[22] Helsedirektoratets brev til Oslo kommune 9. mai 2022.

til frustrasjon og dårligere fungering med økt sannsynlighet for utagering og vold.

Ett sykehus gir uttrykk for at det er krevende å gi et godt tilbud til kvinner der andre domfelte har historikk med sedelighetsforbrytelser, eller der eldre bygningsmasse ikke gir mulighet for eget bad. Kvinner blir i noen grad plassert i bygninger med svakere sikkerhet og bemanning for å unngå at de utsettes for vold og overgrep. Flere av de domfelte kvinnene har Aspergers syndrom med adferdsforstyrrelse og/eller personlighetsforstyrrelse.

Et annet sykehus påpeker at det er flere domfelte under 24 år. I prinsippet har disse et større tilfriskningspotensial enn eldre, men unge er ofte er mer aktive i rusmiljø og gjengkriminalitet.

De domfelte skrives ut til ulike boformer, noen i kommunal regi, noen organisert under sikkerhetsavdelingen i spesialisthelsetjenesten, og noen i en privat bolig eller institusjon. Sykehusene opplever sjelden at påtalemyndigheten klager på vedtak om overføring til tvungent helsevern uten døgnopphold, men det nevnes også at påtalemyndigheten har blitt mer kritisk til om tilbudet utenfor døgnopphold er godt nok. Rusinntak, manglende samarbeid om medisiner, trusler/utagering eller varseltegn på forverring av tilstanden er typiske årsaker til at den domfelte i noen tilfeller gjeninnlegges i døgninstitusjon. Enkelte sykehus opplyser at overføring tilbake til døgnopphold skjer relativt ofte. Det forekommer at domfelte begår nye straffbare handlinger under gjennomføringen av det tvungne vernet, men det er sjeldent. Noen sykehus rapporterer om vold og vold mot ansatte, men at dette ikke prioriteres av politiet når gjerningspersonen allerede er på dom til tvungent psykisk helsevern.

Flere sykehus har svart at det er dialog med pårørende når det vurderes som hensiktsmessig, og når det er uttrykt ønske om og behov for det. Ett sykehus uttaler at pårørende involveres i tråd med den nasjonale pårørendeveilederen. Et annet sykehus opplyser at pårørende tilbys samtaler ved uønskede hendelser. Et tredje sykehus erkjenner at oppfølging av pårørende ofte ikke blir prioritert. Pasienter på sikkerhetsavdelingene har erfaringsvis mindre kontakt med sine pårørende enn andre pasientgrupper i det psykiske helsevernet.

Som mulige forbedringspunkter i gjennomføringen av dom til tvungent psykisk helsevern, nevner helseforetakene blant annet at det er behov for å utvide kapasiteten til ambulante sikkerhetsteam og antall sengeplasser, et tydeligere lovverk som gir anledning til kontrolltiltak utenfor sykehus, en finansieringsordning som følger den domfelte, flere tilpassede boliger og bo-treningsmuligheter, og behov for kompetanseheving og kunnskapsutvikling i kommunene. Forskjellige journalsystemer utfordrer også en rask og sikker informasjonsflyt.

Ett sykehus påpeker at for høye forventninger til fungering hos den domfelte, behandlingsresultater og rehabilitering kan føre med seg mye unødvendig lidelse. Inntrykket er at pasienter, pårørende, myndigheter og fagfolk utenfor psykosefeltet i for liten grad aksepterer at sykdommen kan gi en varig funksjonsnedsettelse. Et annet sykehus gir uttrykk for at spesialisthelsetjenesten enkelte ganger «overbehandler» domfelte for å minimere sannsynligheten for nye straffbare handlinger, og at denne ressursbruken går på bekostning av andre pasienter. Av denne grunn mener sykehuset at ordningen med tidsbestemt dom bør evalueres ut fra et kost-nytte-perspektiv. Et tredje sykehus mener derimot at ordningen med både tidsbestemt og tidsubestemt dom bør bevares, med en sømløs overgang til sivilrettslig vern.

22.3.2 Erfaringer fra kommunene

Veksten i antall domfelte til tvungent psykisk helsevern setter kommunene i en krevende situasjon når det gjelder å sørge for egnede bo- og tjenestetilbud, og å sikre tilstrekkelig kompetanse, bemanningsgrad og et forsvarlig arbeidsmiljø. SIFER-rapporten *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune* bygger på en spørreundersøkelse hvor 36 kommuner var inkludert, og som kartla status ved årsskiftet 2019/2020. De aktuelle kommunene hadde mottatt henvendelser fra spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter i løpet av 2019. I svarene ga kommunene blant annet uttrykk for at:

- Det er få tilpassede boliger med oppfølging til de pasientene som utskrives fra sikkerhetspsykiatrien.
- Rusbruk ofte fører til raske tilbakefall for pasienten, og vanskeligheter for kommunen med å følge oppsatte planer.
- Det oppleves som en utfordring at påtalemyndigheten og spesialisthelsetjenesten bestemmer hvilke betingelser pasienten skal bo under i kommunen.
- Egenandelskravet i toppfinansieringstilskuddet er for høyt for små kommuner.
- Mangel på en tilstrekkelig finansieringsordning er en viktig grunn til at enkelte kommuner

sliter med å kunne overta pasienter fra sikkerhetsavdelingene.
- Tilgang på personalressurser er en utfordring for mange kommuner, enten det er tale om kompetent personell eller omfang av personell.
- Det er problemer med å få tilgang til døgnopphold i spesialisthelsetjenesten når det trengs.
- Spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om forholdene i kommunene, herunder at kommunene ikke har lovgrunnlag for å kunne bruke tvang og makt eller iverksette restriktive tiltak overfor pasientene som utskrives.
- Det er et forbedringspotensial i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.[23]

Som sentrale premisser for at kommunene skal være i stand til å ta vare på denne pasientgruppen, er det i SIFER-rapporten blant annet pekt på et behov for tydelig fordeling av ansvar, tidlig involvering i planleggingen av en utskrivning, felles forståelse av pasienten og dennes behov for tiltak ved utskrivning, gode planer for behandling og risikohåndtering, og et avklart samarbeid om oppfølgingen.

I 2023 publiserte Fafo rapporten *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*. Rapporten hadde følgende overordnede problemstilling:

> Hvordan vurderer kommunene utfordringene knyttet til ivaretakelse av behovene til personer med alvorlig psykisk lidelse, eventuelt med samtidige rusproblemer, og en vurdert sikkerhetsrisiko?

Temaet for arbeidet inkluderte både personer med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold etter psykisk helsevernloven (368 i tallet), og personer med dom til tvungent psykisk helsevern (134 i tallet).[24] I rapporten presenteres resultatene av et forskningsprosjekt, basert på casestudier i seks kommuner og en spørreundersøkelse til et utvalg av kommuner.[25] 34 kommuner og 8 bydeler (til sammen 42 respondenter, omtalt som «kommuner») svarte på undersøkelsen. Prosjektet ble gjennomført i perioden fra september 2022 til januar 2023.

Svarene fra de 42 respondentene viser et stort mangfold i kommunenes erfaringer. Kommunene oppgir at det er særlig krevende å gi et egnet bo- og tjenestetilbud til personene i målgruppen. Flere uttrykker frustrasjon over det som oppleves som manglende involvering av kommunene fra spesialisthelsetjenestens side, og manglende forståelse av hvilket handlingsrom kommunene har. Det fremkommer at 28 av de 42 kommunene kjøpte plasser i private bo-, behandlings-, eller omsorgstilbud til personer i målgruppen, og at 10 av de 29 kommunene som har domfelte til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, kjøper eksterne plasser.[26] Årsakene til kjøp av eksterne plasser kan være at kommunen ikke har mulighet til å oppfylle spesialisthelsetjenestens vurdering når det gjelder bolig, omsorg/tjenester og kontroll, pasientens historikk i nærmiljøet, behov for heldøgnsbemanning og at det kan ta tid å få etablert et egnet botilbud i kommunen. 22 av mente det er vanskelig å oppnå innleggelse i spesialisthelsetjenesten ved forverring og behov for døgnbehandling.[27] 28 av de 29 kommunene som har domfelte til tvungent psykisk helsevern, har erfaring med at pasienten meldes utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten, mens kommunen er uenig i dette.[28] Kommunene peker generelt på et behov for mer ressurser til oppfølging og tjenester utover ordinær arbeidstid.[29]

Fra Vennesla kommune og region Kristiansand har utvalget fått ytterligere informasjon om kommunenes utfordringer med domfelte til tvungent psykisk helsevern. Etter det opplyste har Vennesla kommune, med sine cirka 16 000 innbyggere, like mange personer med dom til tidsbestemt tvungent psykisk helsevern som Oslo. Kommunen har erfart at spesialisthelsetjenesten må prioritere stramt som følge av stadig færre døgnplasser i psykisk helsevern. Resultatet er at mange domfelte til tvungent psykisk helsevern får korte sykehusopphold før de overføres til kommunene for tvungent vern uten døgnopphold. Kommunen har imidlertid ikke de rammene og forutsetningene som trengs for å sikre tilstrekkelig beskyttelse mot nye straffbare handlinger, og det kan bli en «runddans» hvor den domfelte begår ny kriminalitet og skader seg selv og omgivelsene. Det vil være særdeles utfordrende for kommunene å skulle utøve den tvangen og de

[23] SIFER. (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune,* s. 20–22.

[24] Fafo. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*, s. 7.

[25] Utført på oppdrag fra KS. Rapporten er utarbeidet i samarbeid med Agenda Kaupang.

[26] Fafo. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv,* s. 42.

[27] Fafo. (2023), s. 66.

[28] Fafo, (2023), s. 58–59.

[29] Fafo, (2023), s. 45.

restriksjonene som det kan være behov for overfor denne gruppen. Dette er heller ikke en oppgave som det er ønskelig for kommunen å ha. Videre er det påpekt at den domfelte ikke alltid er best tjent med bosetting i hjemkommunen. I praksis kan det ofte være personer i rusmiljøet som er den domfeltes nærmeste, siden familie og annet nettverk kan være slitne og «uttømt». Det beste for pasienten kan derfor være å komme seg bort fra sitt opprinnelige lokalmiljø og etablere seg i en annen kommune. Fra Vennesla kommune er det også pekt på at dagens situasjon kan være ganske uverdig for de domfelte, med oppmerksomhet i lokalmiljøet om nye straffbare handlinger.

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomfører SINTEF årlige kartlegginger av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Rapporten for 2023 omhandler situasjonen i kommunene våren 2023.[30] I kartleggingen er kommunene bedt om å kategorisere tjenestemottakerne i tre ulike bruker- og pasientforløp med utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder om lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, *Sammen om mestring.*[31] I veilederen er det beskrevet tre hovedforløp; 1) Milde og kortvarige problemer, 2) Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser og 3) Alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Det fremkommer at de fleste kommunene vurderer at tilbudet til målgruppene i forløp 3 er dårligere enn til gruppene i de øvrige forløpene. Svarene på spørsmålet om hva som bør endres for at tilbudet til voksne i forløp 3 skal bli bedre, er oppsummert i følgende hovedpunkter:[32]

- Styrking av FACT-team.
- Bedre og mer differensierte boligtilbud.
- Mer ressurser og fagpersoner.
- Bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.
- Aktivitetstilbud og lavterskeltilbud.

Svarene på spørsmålet om hva som bør endres for at tilbudet til barn i forløp 3 skal bli bedre, er oppsummert i følgende hovedpunkter:

- Bedre samarbeid med BUP.
- Flere ressurser i tjenestene.
- Mer kompetanse.
- Ambulerende spesialisthelsetjeneste/FACT Ung.
- Miljøtjenester.

Kartleggingen gir også ytterligere informasjon, blant annet om hvordan kommunene opplever samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Videre viser den at mange kommuner i større eller mindre grad har problemer med å tilby nødvendige psykiske helse- og rusbehandlingstjenester til personer som vurderes å være utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten.[33] Problemene handler særlig om:

- At kommunen ikke har døgnbemannet botilbud.
- Mangel på egnede boliger.
- Mangel på ressurser/kapasitet til bo-oppfølging, fritidstilbud og arbeidstiltak.
- Voldsrisiko vanskeliggjør prosessen med å finne riktig bosted.
- Tjenester er ikke bemannet utover vanlig kontortid.
- Varsel om utskrivning kommer på fredag
- For kort tid fra varsel til utskrivning.
- Pasienten ønsker ikke å motta kommunale tjenester selv om spesialisthelsetjenesten mener at pasienten trenger det.
- For høye forventninger fra spesialisthelsetjenesten til hva kommunene kan tilby.

I tilknytning til spørsmål om oppfølging av pasienter i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, pekes det blant annet på uklarheter i ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenenesten og mangel på tilrettelagte boliger. Om lag 35 prosent av respondentene opplyser at de i liten grad lykkes med proaktiv oppfølging av personer med kjent voldsproblematikk.[34]

Utvalget har henvendt seg til kommunesektorens interesseorganisasjon, KS, med spørsmål blant annet om gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. I svar til utvalget har KS gitt uttrykk for at oppfølgningen av personer på tvang uten døgnopphold (med eller uten dom) er for svak, og at samhandlingen mellom helsenivåene ikke fungerer godt nok. KS har vist til anbefalinger fra Samtykkeutvalget, og påpekt at med en utvikling med færre døgnplasser i psykiatrien, vokser oppgavene til kommunene, uten at disse er i stand til å håndtere dem.

---

30 SINTEF. (2023). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*, s.32.

31 SINTEF. (2023), s.75.

32 SINTEF. (2023), s. 79.

33 SINTEF. (2023), s. 273.

34 SINTEF. (2023), s. 117.

22.3.3 SIFERs evaluering av ordningen med tidsbestemt dom til tvungent psykisk helsevern

I perioden 2019–2020 gjennomførte Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) en evaluering av ordningen med tidsbestemt dom til tvungent psykisk helsevern.[35] Den endelige rapporten fra arbeidet – *Evaluering av konsekvensene av lovendringer om særreaksjoner og varetektssurrogat – Rapport 2* beskriver erfaringer med tidsbestemt dom til tvungent psykisk helsevern, basert på intervjuer av enkelte domfelte pasienter, faglig ansvarlige og andre representanter for psykisk helsevern, og for påtalemyndigheten.[36]

I evalueringen ble det avdekket en del faktorer som så ut til å gå igjen i de sakene hvor faglig ansvarlige opplevde at de hadde lyktes godt i behandlingen og oppfølgingen av de domfelte. Det handlet om god omsorg, tett oppfølging, klare rammer og langvarige tjenester – ikke primært om avansert behandling.

Tydelige og til dels strenge rammer for pasientene under døgnopphold og i oppfølgingen uten døgnopphold, ble vurdert å være svært gunstig og helt nødvendig for denne gruppen. Slike rammer omfattet blant annet regler for adferd, ruskontroll, jevnlige treffpunkter med behandlere og miljøpersonale, utetider/innetider for eksempel med kontroll via trygghetsalarm, klare behandlingsplaner og krisemestringsplaner, og tydelige konsekvenser av avtalebrudd, for eksempel innleggelse ved nye lovbrudd.

Gode og langvarige behandlingsrelasjoner var et gode for pasientene. Gjennom dom til tidsbestemt tvungent psykisk helsevern fikk behandlere og pasienter tid til å bli kjent med hverandre, etablere tillit og bygge et samarbeid om behandling og oppfølging. Noen behandlere hadde god erfaring med å beholde ansvaret for pasienten også når pasienten var utskrevet fra sikkerhetsposten, slik at kontinuiteten i behandlingsrelasjonen ble opprettholdt. Viktigheten av kort vei tilbake til sikkerhetsposten ved behov, og bruk av direkte innleggelser i sikkerhetspost, uten å gå veien om innleggelse i akuttpost, ble vektlagt. Behandlere hadde som mål at pasienten skulle få et bedre liv, og bidro i arbeidet med å tilrettelegge for bolig, stabil økonomi, arbeid og mulighet for fritidsaktiviteter sammen med andre. God samhandling og et solid tverretatlig samarbeid i ansvarsgrupper rundt pasienten ble ansett som særlig verdifullt.

I saker hvor faglig ansvarlige opplevde at de ikke hadde lyktes i særlig grad, enten under gjennomføringen av dommen eller etter at dommen var opphørt, var erfaringen at pasienten tålte dårlig «for løse rammer», og at det var vanskelig å etablere en relasjon til pasienten. Noen behandlere var usikre på om de ville klare å få til et samarbeid fordi pasienten ikke ønsket å samarbeide. Det var likevel tegn til bedring når pasientene hadde døgnopphold.

Evalueringen viste at det var delte meninger om hensiktsmessigheten av tidsbestemte særreaksjoner. Fra påtalemyndighetens side ble det vist til at ordningen reduserer kriminell aktivitet så lenge dommen pågår. Deltakerne fra spesialisthelsetjenesten var enige i denne effekten, men pekte til dels også på at den kriminelle atferden ikke nødvendigvis kan behandles bort, og dommen derfor ikke nødvendigvis var formålstjenlig med tanke på å oppnå varig endring. Det var ellers klart at det ikke finnes tilstrekkelige etterverns-tilbud til denne gruppen, at det er behov for egnede bo- og omsorgstilbud med adgangskontroll og hjemmel til å kunne følge opp pasienten med tvang etter dom, og til å kunne behandle pasientens ruslidelse. Representanter fra spesialisthelsetjenesten opplevde at domfelte pasienter opptok dyre døgnplasser på et høyere nivå enn de hadde behov for – over lang tid. På den andre siden ble omsorgsnivået i kommunen for lavt, og rammene der for løse. Det mangler et mellomnivå for denne gruppen.

22.3.4 Bruker- og pårørendeopplevelser

Ett av budskapene på innspillsmøtet utvalget arrangerte 20. mars 2024, var at det ikke nødvendigvis oppfattes som en fordel å bli erklært utilregnelig på handlingstidspunktet og dømt til tvungent psykisk helsevern, fremfor å bli erklært tilregnelig og dømt til fengsel. Innenfor begge disse strafferettslige reaksjonene er den domfelte frihetsberøvet, frihetsberøvelsen kan vare i mange år og det kan benyttes beltelegging ved uro hos den domfelte.

Flere uttalte seg om utfordringer i det psykiske helsevernet, og om behov for mindre bruk av tvang, mer satsing på forebygging, bedre tid til utredning og et mer tilpasset behandlingstilbud. Hva som er «god behandling» for personer med

---

[35] Evalueringen var en oppfølgning av Stortingets anmodningsvedtak nr. 521 av 14. mars 2016.

[36] Tidsbestemte dommer til tvungen omsorg var ikke omfattet av evalueringen. Første tidsbestemte dom til tvungen omsorg ble avsagt i 2020.

psykiske lidelser er omdiskutert både blant brukere og pårørende, og i fagmiljøene. Noen mener at det er for mye fokus på bruk av medikamenter med store bivirkninger, og som det kan være vanskelig å trappe ned fra. Det ble vist til konklusjonen fra Samtykkeutvalget om at det er behandling av god kvalitet, når en trenger det, som gir god beskyttelse mot straffbare handlinger, ikke tvang i seg selv. Det samme kan sies om dom til behandling.

Det ble påpekt at de færreste med psykiske lidelser er voldelige, og at det å være psykotisk ikke medfører at personen utgjør en fare for andre. Statistisk sett har rus og tidligere voldsutøvelse større betydning for sannsynligheten for å begå vold enn psykisk sykdom. En stigmatiserende omtale av personer med psykiske helseutfordringer skaper unødvendig frykt, og gjør det vanskeligere å få til en god reintegrering. Det er også flere eksempler på hendelser der personer med psykisk sykdom er drept eller skadet i møte med politiet. Mennesker i psykose er i en sårbar situasjon, og må møtes med trygghet, vennlighet og kunnskap.

Det ble også nevnt at det spiller liten rolle for de fornærmede og etterlatte om gjerningspersonen var tilregnelig eller utilregnelig i handlingsøyeblikket. Det viktigste er å stoppe negative voldsspiraler. De som utøver vold, har ofte selv blitt utsatt for vold.

Videre ble det uttrykt bekymring for kapasiteten i det allmennpsykiatriske tilbudet, og at det er behov for å etablere flere sengeplasser. En dom til tvungent psykisk helsevern kan bidra til at noen får en behandling som de ellers ikke ville fått. Det ble uttalt at kvaliteten på behandlingen avhenger av hvor man bor, og at ikke alle kommuner kan gi et adekvat oppfølgingstilbud. Dette gjør at «spranget» mellom døgnopphold i spesialisthelsetjenesten og utskrivning til kommunen for stort. God samhandling og informasjonsflyt blir mellom ulike instanser ble nevnt som viktige forutsetninger for et godt forløp.

22.3.5 Rapporter fra Sivilombudet om sikkerhetsavdelinger

I 2022 gjennomførte Sivilombudets forebyggingsenhet besøk til tre regionale sikkerhetsavdelinger i psykisk helsevern; Oslo universitetssykehus (Dikemark), Helse Bergen (Sandviken) og St. Olavs hospital (Østmarka). Funnene fra besøkene er beskrevet i ombudets årsmelding for 2023.

Sivilombudet påpekte at bygningsmassen på Dikemark er i en kritisk forfatning. De fysiske forholdene påvirket bruken av tvang, og var i seg selv uverdige og uegnet for pasientgruppen. Støy, alarmer og ansatte skapte uro som i noen tilfeller førte til bruk av tvang, og dårlig belysning skapte risikosituasjoner for både pasienter og ansatte. De uegnede lokalene begrenset mulighetene for positiv og konfliktdempende samhandling mellom ansatte og pasienter.

Det var problematiske bygningsmessige forhold også ved den regionale sikkerhetsavdelingen i Bergen. Her manglet tre av pasientrommene toalett. Større deler av uteområdet var ikke sikret på en måte som gjorde at alle pasientene kunne bruke dem. I tillegg ble et besøksrom med inngang fra flere sider brukt til nakenvisitasjoner av pasienter.

Om bruken av tvangsmidler, påpekte Sivilombudet at flere pasienter var i belter over lang tid. I mange av belteleggingene var det ikke dokumentert at det var gjort fortløpende vurderinger av om det var like «uomgjengelig nødvendig» gjennom hele forløpet.[37] Gjennomgangen av vedtak og journaler ga bekymring for at det ikke foretas en kontinuerlig og reell kontroll av beltebruken. I noen tilfeller gjaldt dette pasienter som i tillegg var underlagt langvarig skjerming.[38] I flere slike tilfeller var det svakt dokumentert hvordan personalet arbeidet for å redusere tvang. På Dikemark og Østmarka ble det også gjort funn av spytthetter, uten at det foreslå lovhjemmel for dette tvangsmiddelet.

Sivilombudet var positiv til Østmarkas arbeid med en intern veileder om «persontilpasset skjerming», som så ut til å bidra til at det ble gjort konkrete og fortløpende vurderinger av behovet for skjerming. I Sandviken og på Dikemark ble skjerming gjennomført på eget rom når skjermingsenheten var opptatt. Ombudet påpekte at dette er en skjermingsform som i seg selv øker sannsynligheten for isolasjon fordi ansatte i mange tilfeller må oppholde seg i pasientkorridoren mens pasienten er alene på rommet. Rommene var små, og det var i realiteten liten mulighet til å komme ut eller være i bevegelse eller i kontakt med miljøterapeutene. Enkelte pasienter var skjermet under disse forholdene i mange uker og måneder. Sivilombudet hadde også enkelte kritiske merknader til bruken av husordensregler, som til dels kunne gå svært langt i å begrense pasientenes selvbestem-

[37] Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

[38] Psykisk helsevernloven § 4-3.

melsesrett uten at reglene var begrunnet i sikkerhetsbehov.

Etter besøkene til Dikemark, Sandviken og Østmarka mottok Sivilombudet høsten 2023 bekymringsmeldinger om langvarig beltelegging på de to lokale sikkerhetsseksjonene ved Sykehuset Østfold. Ombudets vurdering var at sykehusets håndtering av belteleggingsforløp innebærer en høy risiko for krenkelse av forbudet mot umenneskelig og nedverdigende behandling etter EMK artikkel 3. En del av dialogen mellom Sivilombudet og Sykehuset Østfold er offentliggjort gjennom ombudets brev til sykehuset og den aktuelle kontrollkommisjonen 3. juni 2024.[39] Sivilombudet har blant annet påpekt at man ved Sykehuset Østfold, for en pasient som var beltelagt over lang tid, ikke syntes å ha fulgt opp anbefalinger fra regional sikkerhetsavdeling om hvordan tvang kunne forebygges. Med henvisning også til mangelfull klagebehandling fra kontrollkommisjonen, uttrykte Sivilombudet bekymring for om beltelagte pasienters rettssikkerhet blir ivaretatt godt nok.[40] Sivilombudet gjentok dessuten kritikk fra tidligere besøk til sikkerhetsseksjonene ved Sykehuset Østfold om det som synes å være en lokal kultur der langvarig beltelegging er blitt akseptert og normalisert.[41]

22.4 Rettslige rammer for gjennomføring av dom til tvungen omsorg

Sentral fagenhet for tvungen omsorg har det overordnede ansvaret for gjennomføring av rettskraftige dommer til tvungen omsorg, også når dommen gjennomføres utenfor Fagenheten.[42] I de fleste tilfellene starter gjennomføringen av en dom til tvungen omsorg med at den domfelte legges inn for døgnopphold ved Fagenheten. Etter det opplyste disponerer Fagenheten syv døgnplasser (sengepost F ved St. Olavs hospital i Trondheim). I tillegg er det opprettet fire plasser ved en ekstern, privat avlastningsenhet i Malvik kommune, som har avtale med Helse Midt-Norge RHF. Foruten personer med dom til tvungen omsorg, tar Fagenheten også imot personer som innlegges etter straffegjennomføringsloven §§ 12 og 13, psykisk helsevernloven og straffeprosessloven §§ 167 (rettspsykiatrisk observasjon) og 188 (varetektssurrogat), i den grad det er kapasitet til det.

Hvis den domfelte ikke har verge, skal Fagenheten straks sende begjæring til statsforvalteren om oppnevning av verge.[43]

Sentral fagenhet for tvungen omsorg har opplyst at den ikke har en samlet oversikt over i hvilken grad de domfelte er fulgt opp av kommunal helse- og omsorgstjeneste og/eller spesialisthelsetjenesten før den straffbare handlingen fant sted.

Ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg i Fagenheten, gjelder bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 1, kapittel 4 med unntak av §§ 4-5 annet ledd, 4-9 og 4-10, og kapittel 6 med forskrifter «så langt de passer», jf. straffeloven § 64 første ledd bokstav a. Dette betyr at fagenheten blant annet kan treffe vedtak om tvangsmidler, skjerming, ransaking og rusmiddeltesting som den domfelte kan påklage til kontrollkommisjonen. Det er ikke gitt adgang til tvangsmedisinering av domfelte til tvungen omsorg. Slik adgang må fastsettes nærmere i forskrift, jf. straffeloven § 64 første ledd bokstav a andre punktum. Denne forskriftshjemmelen er per i dag ikke benyttet. Ifølge Fagenhet for tvungen omsorg treffes det oftest vedtak om skjerming (psykisk helsevernloven § 4-3) og vedtak om bruk av tvangsmidler (psykisk helsevernloven § 4-8).

Den faglig ansvarlige i Fagenheten bestemmer hvordan den tvungne omsorgen til enhver tid skal gjennomføres.[44] Fagenheten kan inngå avtale om overføring av den domfelte til kommunen eller til et annet botiltak utenfor Fagenheten når «hensynet til den domfelte tilsier det og sikkerhetshensyn ikke taler imot».[45] I vurderingen skal det legges vekt på hensynet til at den domfelte får «adekvat behandling for sitt atferdsproblem», og det skal legges «særlig» vekt på behovet for å «beskytte samfunnet mot nye alvorlige lov-

39 www.sivilombudet.no

40 I 2022 kritiserte Sivilombudet landets kontrollkommisjoner for ikke å oppdage ulovlig bruk av belter, se «Kontroll med bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern – En undersøkelse av kontrollkommisjonenes praksis, 14. november 2022 – sak 2022/1184». I Sivilombudets gjennomgang av 59 avsluttede klagesaker i 2021 om bruk av belter i psykisk helsevern, fremgår det at varigheten av beltebruken var over 8 timer i 25 saker. Av disse hadde 16 vedtak en varighet på over 24 timer. I noen av vedtakene var det uklart hvor lenge beltebruken varte.

41 Sivilombudets besøksrapport. (2018). *Sykehuset Østfold, psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering, sikkerhetspsykiatriske seksjoner 9.–11. oktober 2018.*

42 Straffeloven § 62 andre ledd første punktum og § 63 tredje ledd andre punktum og forskrift om tvungen omsorg § 2 første ledd.

43 Forskrift om tvungen omsorg § 3.

44 Forskrift om tvungen omsorg § 2 andre ledd første punktum.

45 Straffeloven § 63 andre ledd andre punktum.

brudd».[46] I hovedsak vurderes den domfelte å være klar for botiltak utenfor Fagenheten når vedkommende er avklart psykisk og somatisk, ferdig kartlagt og utredet, og det foreligger en risikovurdering. Videre legges det vekt på om den domfeltes atferd vil kunne håndteres i et eksternt tiltak. Før en domfelt kan flytte ut fra Fagenheten, må det dessuten være etablert en bolig og en personalgruppe mv. i tilknytning til vedkommende. Gjennomsnittlig varighet på døgnopphold i Fagenheten er etter det opplyste om lag 8,5 måneder, og median varighet er 7,9 måneder.

Overføring av domfelte til kommunen eller et annet botiltak utenfor fagenheten, forutsetter at det inngås en skriftlig avtale med den som skal bosette den domfelte. Avtalen skal inneholde bestemmelser blant annet om:

- Den domfeltes boforhold.
- Den oppfølgingen som den domfelte skal få for sitt atferdsproblem.
- Den bistanden fagenheten skal yte.
- Bistand fra spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste.
- Tjenester til den domfelte for å dekke den løpende driften.
- Sikkerhetstiltak.
- Tilsyn og kontroll fra Fagenheten.
- Utgiftsdekning.[47]

Avtalen kan sies opp av begge parter med tre måneders varsel hvis ikke annet er avtalt.[48]

At ordningen er avtalebasert, innebærer blant annet at den domfeltes hjemkommune ikke er forpliktet til å ta imot personen under gjennomføringen av særreaksjonen. Den domfelte, nærmeste pårørende, vergen og påtalemyndigheten kan klage til kontrollkommisjonen på vedtak fra den faglig ansvarlige om at dommen skal gjennomføres utenfor Sentral fagenhet for tvungen omsorg.[49] De klageberettigede kan også senere begjære endringer i gjennomføringen av den tvungne omsorgen.[50]

Selv om gjennomføringen av dommen overføres til et eksternt botiltak, beholder Sentral fagenhet for tvungen omsorg ansvaret for å påse at nødvendig sikkerhet blir opprettholdt, og at domfelte får et adekvat faglig og materielt tilbud.[51] Fagenheten har et ambulerende fagteam som følger opp de eksterne tiltakene hvor domfelte har opphold. I tillegg foretar kontrollkommisjonen regelmessige tilsyn og velferdskontroll på de ulike stedene i tråd med psykisk helsevernloven kapittel 6.

Psykisk helsevernloven kapittel 4 gjelder ikke ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg utenfor Fagenheteng.[52] Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er heller ikke gitt anvendelse.[53] Vedtak om hvilke tiltak som skal settes i verk, herunder bruk av tvang, makt og kontrolltiltak, treffes i medhold av forskrift om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg § 12 første ledd bokstav c. Ifølge bestemmelsen regnes «avgjørelse om hvilke tiltak som skal settes i verk under opphold utenfor Fagenheten for å beskytte samfunnet mot faren for nye alvorlige lovbrudd og vesentlige endringer i dette», som enkeltvedtak. Den domfelte, nærmeste pårørende, vergen og påtalemyndigheten kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Det følger av psykisk helsevernloven § 1-5 at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder «ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern». Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg utenfor Sentral fagenhet for tvungen omsorg er i liten grad kommentert i eksisterende dokumenter. Det er derfor noe uklart hvilken status domfelte til tvungen omsorg, og deres pårørende, har etter pasient- og brukerrettighetsloven knyttet til selve gjennomføringen av særreaksjonen. Etter det opplyste vurderer Sentral fagenhet for tvungen omsorg, med henvisning til straffeloven § 64 første ledd, at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder så langt den passer ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg. Fagenheten har utarbeidet skriftlige rutiner for oppfølging av de domfeltes pårørende, og det er planlagt nye digitale kurs og presentasjoner for pårørende i 2025.

Det etableres ansvarsgrupper når dommen gjennomføres utenfor Sentral fagenhet for tvungen omsorg, og det avholdes minimum to ansvarsgruppemøter per år i tillegg til andre samarbeidsmøter ved behov. Ansvarsgruppene består etter det opplyste normalt av:

- Den domfelte.
- Fagrådgiver fra Fagenheten.

---

[46] Forskrift om tvungen omsorg § 2 andre ledd andre punktum.

[47] Forskrift om tvungen omsorg §§ 4 og 5.

[48] Forskrift om tvungen omsorg § 10.

[49] Forskrift om tvungen omsorg § 12 første ledd bokstav a, samt andre og tredje ledd.

[50] Forskrift om tvungen omsorg § 13.

[51] Forskrift om tvungen omsorg § 6.

[52] Straffeloven § 64 første ledd bokstav b.

[53] Straffeloven § 64 andre ledd. Forskriftshjemmelen er ikke benyttet.

- Stedlig ansvarlig.
- Verge.
- Fastlege ved behov.
- Habiliteringstjenesten eller en annen del av spesialisthelsetjenesten dersom relevant.
- Nærmeste pårørende.
- Representant fra kommunen.
- Representant fra påtalemyndigheten.
- Andre personer som den domfelte måtte ønske.

Dersom Sentral fagenhet for tvungen omsorg mener at hensynet til sikkerheten eller hensynet til domfelte tilsier det, kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om at den domfelte skal tilbakeføres til Fagenheten.[54] Vedtaket om overføring kan påklages til kontrollkommisjonen av domfelte, nærmeste pårørende, vergen og påtalemyndigheten.[55] Hvis avtaleparten, som en følge av tilbakeføringen, må si opp ansatte, skal utgifter til lønn i oppsigelsestiden dekkes av Fagenheten med mindre tilbakeføringen skyldes avtalepartens forhold. Kontrollkommisjonens vedtak i sak om tilbakeføring til Fagenheten kan videre bringes inn for domstolene etter reglene i tvisteloven kapittel 36.[56]

Underveis i gjennomføringen av tvungen omsorg rapporterer ansvarlig fagrådgiver i den enkelte omsorgsdømtes sak om vesentlige endringer vedrørende den domfelte. Videre utarbeider Fagenheten rapport til påtalemyndigheten i forbindelse med spørsmål etter straffeloven § 65 om opphør eller opprettholdelse av særreaksjonen.

Utformingen av særreaksjonen dom til tvungen omsorg har likhetstrekk med den statlig finansierte prøveløslatelsesordningen fra forvaring (refusjonsordningen), hvor det stilles vilkår om opphold i institusjon eller kommunal boenhet. Begge gjennomføringsformene bygger på en avtalebasert ordning, og avtalepartene er Sentral fagenhet for tvungen omsorg eller Kriminalomsorgen region nord på den ene siden, og som oftest kommunen på den andre. Men også private aktører kan være part på vegne av, eller i stedet for, kommunen. Det er adgang til frihetsberøvelse i det eksterne botiltaket, og staten bærer alle kostnadene knyttet til gjennomføringen av dommen. Likhetstrekkene mellom tvungen omsorg og refusjonsordningen har bakgrunn i at begge ordningene i utgangspunktet synes å ha vært tiltenkt personer med utviklingshemming (på hver sin side av tilregnelighetsgrensen). På gruppenivå er det derfor likheter mellom de som gjennomfører dom til tvungen omsorg og prøveløslatte fra forvaring gjennom refusjonsordningen når det gjelder funksjonsevne, utfordringer og behov. Mange har behov for døgnkontinuerlig omsorg med en høy personaltetthet, og botiltaket er i mange tilfeller enetiltak.

22.5 Erfaringer med gjennomføring av dom til tvungen omsorg

22.5.1 Innledning

Så langt er det forholdsvis få personer som er dømt til tvungen omsorg, og det foreligger ikke mye skriftlig informasjon om erfaringer med gjennomføring av denne reaksjonen. Det utarbeides foreløpig ikke offentlig tilgjengelige årsrapporter fra Sentral fagenhet for tvungen omsorg. Utvalget er heller ikke kjent med at det er utarbeidet faglig normerende retningslinjer for tjenesteutøvelsen fra Helsedirektoratet.

22.5.2 Erfaringer i kommunene

Utvalget har henvendt seg til de kommunene som etter opplysninger fra Sentral fagenhet for tvungen omsorg har avtale om gjennomføring av dom til tvungen omsorg utenfor Fagenheten. Våren 2024 var dette 15 kommuner. Beskrivelsen i det følgende bygger på svar fra disse kommunene.

Kommunene beskriver gjennomgående et svært godt samarbeid med Sentral fagenhet for tvungen omsorg. Opplevelsen er at Fagenheten er tett på, og tilgjengelig ved behov for støtte, veiledning og bistand. Det er kontinuitet i oppfølgingen gjennom besøk fra Fagenheten, regelmessige møter om den enkelte domfelte og felles fagsamlinger. Graden av kontakt mellom den enkelte kommune og Fagenheten avhenger noe av om kommunen har et eget botiltak eller om dette leveres av en privat leverandør. Over halvparten av de domfelte til tvungen omsorg ivaretas av private tjenesteleverandører. Én kommune har gitt uttrykk for at det i perioder har vært utfordringer i samhandlingen med Fagenheten. En annen kommune savnet mer informasjon fra Fagenheten i forbindelse med overføringen av den domfelte.

Etter kommunenes beskrivelse består omsorgen blant annet i å opprettholde dagliglivets funksjoner og aktiviteter, slik som matlaging, husarbeid og ivaretakelse av personlig hygiene, og å motivere til ulike typer tiltak for sosialisering og deltakelse i arbeid og fritidstilbud. I utøvelsen av

[54] Forskrift om tvungen omsorg § 9.
[55] Forskrift om tvungen omsorg § 12 andre ledd.
[56] Forskrift om tvungen omsorg § 12 fjerde ledd.

omsorgen skriver kommunene at det kan være behov for en sterkt regulert hverdag med sikkerhetsprosedyrer, grensettende tiltak, døgnkontinuerlig tilsyn, alarmsystemer og bruk av tvang og makt. De kommunene som har avtale med private aktører, opplyser at kommunens kontroll med kvaliteten i omsorgen utøves gjennom for eksempel rutinemessige rapporteringer, avvikshåndtering, samarbeidsmøter og kontraktsoppfølging.

Flere kommuner uttaler at det er den stedlig ansvarlige for botiltaket som vurderer behovet for bruk av tvang, makt og kontrolltiltak i det daglige, men at avgjørelsene treffes av Fagenheten. Én kommune uttaler at slike tiltak blir journalført i egne skjemaer. Kommunenes opplevelse av handlingsrommet for å håndtere faren for vold fra den domfelte, er forskjellige. Noen kommuner opplever at handlingsrommet er relativt litet, som en naturlig følge av ordningen med Sentral fagenhet for tvungen omsorg som ansvarlig myndighet for gjennomføringen av dommen. Enkelte kommuner opplever at det er et relativt stort handlingsrom når det gjelder tvang, makt og kontrolltiltak. Én kommune skriver at hvis den mener at det må strammes inn på rutiner, tar kommunen avgjørelsen selv og informerer Fagenheten i etterkant. Dersom kommunen mener at det bør lempes på noen av tiltakene, må dette ifølge kommunen avtales med Fagenheten i forkant. En annen kommune nevner at det er dommen og avtalen med Fagenheten som regulerer og gir grunnlag for hva den stedlig ansvarlige kan vurdere og beslutte når det gjelder bruk av tvang og makt. To kommuner viser til at vurderingene gjøres i tråd med intensjonene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.[57] En annen kommune uttaler at det sendes vedtak om tvangsbruk til Fagenheten i ettertid, og at tiltakene jevnlig evalueres med den stedlig ansvarlige. Ytterligere en annen kommune skriver at behovet for bruk av tvang, makt og kontrolltiltak vurderes i samråd med både fagenheten og kontrollkommisjonen.

Den domfeltes fastlege nevnes av flere kommuner som en viktig samarbeidspartner for å ivareta den domfeltes psykiske og somatiske helse. Enkelte nevner også at samarbeidet med den domfeltes verge er viktig for håndteringen av økonomiske spørsmål, og at habiliteringstjenesten for voksne i spesialisthelsetjenesten er nødvendige bidragsytere. Én kommune skriver at habiliteringstjenesten bistår i veiledning om miljøfaktorer og om miljøterapeutiske og atferdsendrende tiltak. En annen kommune peker på betydningen av å involvere ulike enheter i kommunen, blant annet med tanke på sysselsetting. En tredje kommune nevner at samarbeidet med psykisk helsevern og FACT-team er viktig for å sikre en helhetlig oppfølging av den domfelte. Alle kommunene har svart at de har en aktiv dialog med pårørende, og flere nevner at pårørende inviteres til ansvarsgruppemøter, møter med kontrollkommisjonen og andre møter ved behov.

Som utfordringer på dette området, nevner én kommune at langvarige tiltak kan føre til en institusjonalisering av den domfelte som gjør det vanskeligere å lempe på tiltakene. En annen kommune uttrykker bekymring for at tiltakene ikke kan opprettholdes dersom dommen opphører, og at det i så fall vil øke gjentakelsesfaren. Andre kommuner peker på betydningen av den statlige ordningen for fullfinansiering av tiltakene, som gjør det mulig for kommuner uten nødvendige ressurser og kompetanse å anskaffe et egnet bo- og omsorgstilbud fra private aktører. En annen kommune har i stedet valgt å utføre tjenestene selv for å kunne være i stand til å ivareta den domfelte når dommen opphører. Bekymringen er at kommunens finansieringsbehov da ikke vil bli dekket fullt ut. Fortsatt tett oppfølging fra Fagenheten anses som helt nødvendig i begge tilfeller.

Som en positiv erfaring skriver én kommune at den domfelte «aldri har hatt det så bra som nå». Ifølge kommunen handler dette trolig om de rammebetingelsene som følger med ordningen, og som gjør det mulig for kommunen å rekruttere tilstrekkelig personell med ønsket kompetanse.

22.5.3 Kontrollkommisjonen for dom til tvungen omsorg

Kontrollkommisjonen for Sentral fagenhet for tvungen omsorg og for gjennomføring av dom til tvungen omsorg ble oppnevnt som en egen kommisjon med virkning fra 1. januar 2005. Før dette var det kontrollkommisjonen for det psykiske helsevernet ved St. Olavs hospital avdelingene Østmarka og Brøset som hadde dom til tvungen omsorg under sitt ansvarsområde. Rapporteringsskjemaene for kontrollkommisjonene har ikke vært tilpasset ordningen med dom til tvungen omsorg, og det foreligger lite tilgjengelig informasjon om virksomheten til kontrollkommisjonen før 2021.

Nåværende kontrollkommisjon har gitt en beskrivelse av sin virksomhet til utvalget. Det er

[57] Sivilombudets forebyggingsenhet gjennomførte i 2021 og 2022 besøk til boliger for personer med utviklingshemming og med omfattende tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 i Drammen, Hamar, Kristiansand og Bodø kommuner.

opplyst blant annet at kommisjonen gjennomfører møter hos Sentral fagenhet for tvungen omsorg hver 14. dag. Kommisjonen kontrollerer alle vedtak (truffet etter psykisk helsevernloven) og nødvendige journaler/epikriser for domfelte som er på døgnopphold i Fagenheten. Videre gjennomfører kommisjonen årlig to anmeldte tilsyn hos alle eksterne tiltak, og mellom to og fire uanmeldte tilsyn i året. Kommisjonen foretar kontroll av selve avtalen mellom fagenheten og kommunen/den private aktør, og av avtalen blir fulgt. I tillegg foretas en velferdskontroll. Kommisjonens fokus er på de domfeltes behandlings- og rehabiliteringssituasjon, bruk av tvang og makt og tiltakets ivaretakelse av sikkerheten.

Under tilsynene får den domfelte og dennes pårørende og verge tilbud om å snakke med kontrollkommisjonen. Etter hvert tilsyn utarbeider kommisjonen en tilsynsrapport. Ved alvorlige hendelser, som for eksempel rømning, varsles statsforvalteren.

Kontrollkommisjonen beskriver gode fysiske forhold ved botiltakene, og at det er høy kvalitet i det arbeidet som utføres. Domfelte synes å være godt informert om adgangen til å kreve prøving av vilkårene for dommen hvert år. Pårørende er etter kommisjonens erfaring involvert i gjennomføringen av omsorgen. Det er imidlertid ulik praksis for utøvelsen av vergemålet for de domfelte. Kommisjonen uttaler at den i slike tilfeller må være særlig påpasselig med å sikre at domfeltes rettigheter og rettssikkerhet blir ivaretatt.

Kontrollkommisjonen har videre opplyst at enkelte domfelte til tvungen omsorg har samtidig vedtak om tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven. Typiske tilfeller er der det er behov for tvangsmedisinering etter psykisk helsevernloven § 4-4. Slik adgang er per i dag ikke gitt for gjennomføring av særreaksjonen dom til tvungen omsorg. Det er kontrollkommisjonen ved den ansvarlige institusjon som foretar legalitetskontroll av tvangsmedisineringsvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4a, og det er statsforvalteren som er riktig klageinstans for disse vedtakene.

Statsforvalteren i Trøndelag har årlige møter med kontrollkommisjonen for dom til tvungen omsorg. Det er påpekt at denne kommisjonen har fått et betydelig større oppfølgingsansvar etter lovendring i 2020 som åpnet for at flere kan idømmes tvungen omsorg.

22.5.4 Bruker- og pårørendeopplevelser formidlet til utvalget

Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) har erfaring med tvungen omsorg, blant annet ved å være representert i kontrollkommisjonen for Sentral fagenhet for tvungen omsorg. NFU har formidlet til utvalget at personer med en alvorlig utviklingshemming og som er domfelte til tvungen omsorg, opplever å få en betydelig bedre livssituasjon gjennom særreaksjonen. Ifølge NFU er dette tegn på at de domfelte, før det er begått en straffbar handling, nærmest har vært forsømt av samfunnet. NFU påpeker at personer med en alvorlig utviklingshemming er avhengige av bistand i hverdagen, og at det er kommunen som er ansvarlig for at personen mottar nødvendige og forsvarlige tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Når samhandlingen i kommunen og spesialisthelsetjenesten svikter, kan dette ha tragiske konsekvenser.

Det uttrykkes videre en stor bekymring for at personer med utviklingshemming ikke får den psykiske helsehjelpen de har behov for. NFU viser til at utviklingshemmede ifølge forskningen har omtrent dobbelt så stor sannsynlighet for å utvikle psykiske lidelser som andre. Dette fremkommer blant annet i kunnskapsoppsummeringer som er foretatt av Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). Denne utfordringen gjelder også innsatte i fengsel.

NFU opplever at arbeidet i Sentral fagenhet for tvungen omsorg og i de eksterne botiltakene er svært godt. Fagenheten har avgjørende erfaring og kompetanse, og tett oppfølging av de eksterne tiltakene. Relasjon og kontinuitet er viktig for at hverdagen til personer med utviklingshemming skal fungere godt. Gjennom tvungen omsorg får de domfelte tydelighet og rammer, stabilt personale og mulighet til å etablere relasjoner. Å kunne fange opp tegn på at noe er i ferd med å skje, er helt avgjørende for å hindre gjentakelse av alvorlig kriminalitet. Fra å ha en tilværelse der personen er mistilpasset, arbeides det med at domfelte får en god døgnrytme og kommer ut i aktivitet, enten det er arbeid, et dagtilbud eller en varig tilrettelagt arbeidsplass.

NFU er bekymret for de kapasitetsutfordringene som økningen i antallet domfelte til tvungen omsorg medfører for Sentral fagenhet for tvungen omsorg. Dette må ifølge NFU møtes med at Fagenheten styrkes for å hindre at kvaliteten i gjennomføringen av dommen blir svekket. NFU mener det er helt avgjørende at de eksterne botiltakene utformes på bakgrunn av individuelle

vurderinger, og at manglende kapasitet ikke må føre til en økt institusjonstenkning i gjennomføringen av tvungen omsorg. For å sikre en god overgang til et liv etter gjennomført dom krever dette at kommunen er deltakende i gjennomføringen av særreaksjonen. NFU har erfart at flere kommuner ikke har ønsket å involvere seg. Selv om det kan være flere grunner til dette, er realiteten at mange domfelte til tvungen omsorg vil ha omfattende behov for bistand fra kommunen når de tilbakeføres etter opphør av dommen. Det er derfor viktig at det arbeidet som er gjort under gjennomføringen av dommen, ikke går tapt når ansvaret overføres tilbake til kommunen. NFU mener derfor at det bør være en plikt for kommunene til å involvere seg i gjennomføringen av særreaksjonen.

Kapittel 23
Finansiering av særreaksjonene

23.1 Finansiering av dom til tvungent psykisk helsevern

De regionale helseforetakene dekker utgiftene til behandling av pasienter i psykisk helsevern.[1] Gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern finansieres over de samme budsjettene som ordinær pasientbehandling etter psykisk helsevernloven.

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten består av en aktivitetsuavhengig del (basisbevilgningen) og en del som bestemmes av hvor mange og hva slags pasienter som er behandlet (innsatsstyrt finansiering – ISF).[2] Det viktigste unntaket fra denne hovedregelen er at døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialist rusbehandling for rusmiddelavhengighet (TSB) er rammefinansiert gjennom basisbevilgningen, som er den største finansieringskilden. Poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rus- og avhengighetslidelser (TSB) er imidlertid omfattet av ISF.

Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene fordeles gjennom en inntektsmodell. Modellen tar hensyn til regionale forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester og forskjeller i kostnader ved å yte spesialisthelsetjenester.[3] Private avtalespesialister (psykiatere og psykologer) mottar driftstilskudd fra de regionale helseforetakene, refusjoner fra folketrygden og egenandeler og egenbetaling fra pasientene. Avtalespesialistene står for om lag en firedel av den samlede polikliniske aktiviteten i psykisk helsevern.[4]

Ved avsluttet døgnopphold, skal pasienten overføres til oppfølging i hjemkommunen. Spesialisthelsetjenesten bærer kostnadene for oppfølging ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) og ambulante team. Pasienter i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan ikke avkreves egenandel for polikliniske eller ambulante tjenester.[5]

De samlede rammene til de regionale helseforetakene fastsettes av Stortinget i de årlige statsbudsjettene, på bakgrunn av regjeringens forslag. Helse- og omsorgsdepartementet har opplyst at forslag om vekst i rammene i all hovedsak er begrunnet ut fra generelle behov, demografiske endringer og politiske ønsker om økt kvalitet, tilgjengelighet, kapasitet mv. Departementet utarbeider ikke estimater for vekst på enkeltområder innenfor de regionale helseforetakenes ansvar. Det foreligger derfor ikke opplysninger om hvilke estimater som er beregnet inn i rammen med tanke på personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern.

Kostnader fordelt til henholdsvis døgnavdelinger og poliklinikker er estimerte størrelser.[6] Kostnaden per oppholdsdøgn beregnet samlet for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var om lag 15 000 kroner i 2022. Med om lag 250 sengeplasser i sikkerhetspsykiatriske avdelinger utgjør dette vel 91 000 liggedøgn per år. Ettersom bemanningstettheten er høyere i lokale og regionale sikkerhetsavdelinger, vil en sengeplass i disse avdelingene være dyrere enn andre sengeplasser. Sentral fagenhet for tvungen omsorg har opplyst at kostnaden for et døgnopphold i regional sikkerhetsavdeling ved St. Olavs hospital i 2024 er 24 000 kroner.[7] Fra Helse Bergen er det opplyst om at døgnprisen for pasienter i lokal sikkerhetsavdeling der er om lag 17 000 kroner.

Ansvaret for å sikre en riktig dimensjonering av tjenestene, både på kort og på lang sikt, er lagt

1 Spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 første ledd.

2 NOU 2023: 8, s. 101 flg.

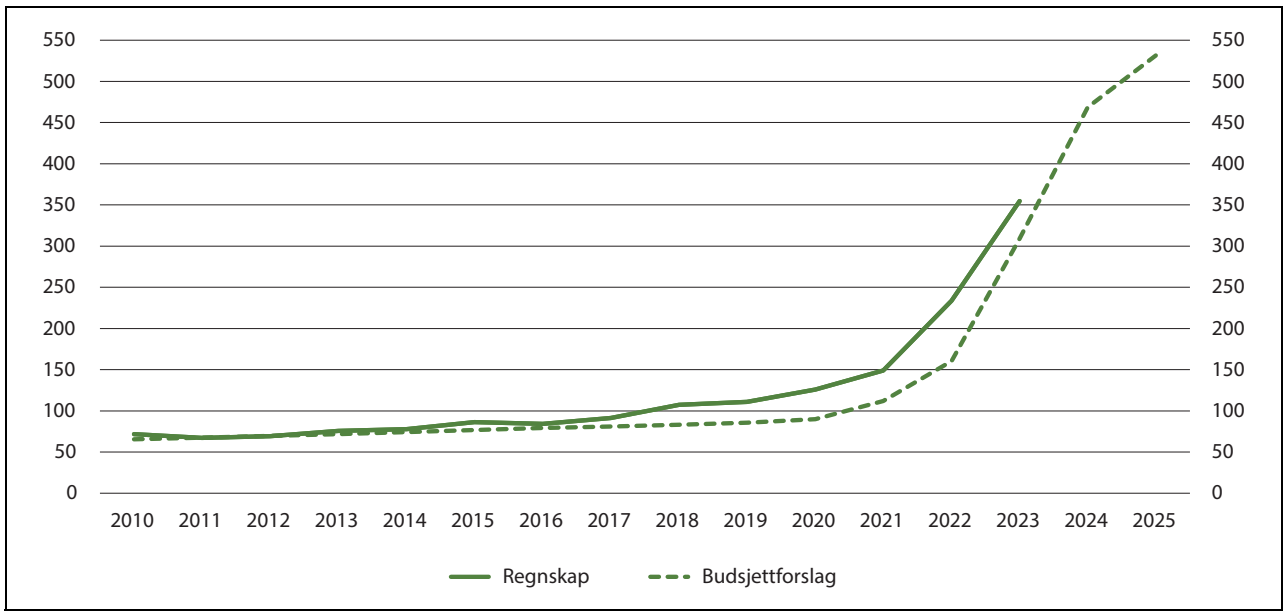
3 Prop. 1 S (2023–2024) *for budsjettåret 2024*, s. 114, Helse- og omsorgsdepartementet.

4 Ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern. (2023). *Forenkle og forbedre*, s. 30.

5 Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta § 5 første ledd bokstav d.

6 Samdata Spesialisthelsetjenesten. *Produktivitet i psykisk helsevern og rusbehandling.*

7 Brev 13. mai 2024 fra Sentral fagenhet for tvungen omsorg.



Figur 23.1 Særskilt tilskudd til tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Kilde: Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for budsjettårene 2010–2024, kap. 734, post 71

til de regionale helseforetakene. Helseregionene har i 2022 revidert den nasjonale modellen for framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse i det psykiske helsevernet og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.[8] Den nye framskrivningsmodellen har blant annet som formål å legge til rette for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenester frem mot 2040, bidra til å redusere uønsket variasjon og å styrke tilbudet til grupper som vil ha et økt behov for helsetjenester i fremtiden. Dette gjelder både behovet for døgnplasser, polikliniske tilbud og ambulant behandling.[9]

23.2 Finansiering av dom til tvungen omsorg

Finansiering av dom til tvungen omsorg er i sin helhet statens ansvar, også ved gjennomføring av dommen utenfor Sentral fagenhet for tvungen omsorg ved bosetting for eksempel i hjemkommunen.[10]

Ettersom antall domfelte til tvungen omsorg har økt, har kostnadene knyttet til gjennomføringen av reaksjonen økt. Blant annet har det vært nødvendig å øke det særlige tilskuddet til gjennomføring av tvungen omsorg på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett (kap. 734, post 71). Denne posten på budsjettet er, i likhet med antall dømte, om lag femdoblet, fra om lag 72 millioner kroner i 2010 til om lag 355 millioner kroner i 2023, se figur 23.1.

I forbindelse med innføringen av ordningen med dom til tvungen omsorg, ble det uttalt at:

> Det ligger (...) klart utenfor kommunenes naturlige ansvarsområde å stå ansvarlig for gjennomføringen av en idømt reaksjon som skal være et alternativ til straff, uansett lovbryterens sinnstilstand og evnenivå.[11]

I innstillingen om endringer i utilregnelighetsreglene i straffeloven, het det videre at:

> (...) det ville være prinsipielt galt om andre parter enn staten ble belastet økonomisk for noe som er et statlig ansvar.[12]

Et tilsvarende prinsipielt standpunkt om finansiering fremkommer ikke i forarbeidene for dom til tvungent psykisk helsevern, hvor kommunene belastes store deler av kostnadene ved gjennomføring utenfor døgnopphold i det psykiske helsevernet. Dette til tross for at det i forarbeidene også

8 De regionale helseforetakene. (2022). *Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

9 Meld. St. 23 (2022–2023), s. 50.

10 Forskrift om tvungen omsorg § 11.

11 Innst. O. nr. 33 (1996–1997) punkt 3, komitéens merknader.

12 Innst. O. nr. 113 (2000–2001) punkt 3.2, s. 8.

var forutsatt et lite antall domfelte til tvungent psykisk helsevern ved overgangen fra sikringsinstituttet til særreaksjonene.[13] Begrunnelsen for denne forskjellen mellom finansieringen av dom til tvungen omsorg og dom til tvungent psykisk helsevern har ikke eksplisitt vært drøftet av myndighetene, men det synes å være en oppfatning om at domfelte til tvungent psykisk helsevern uansett ville ha vært de psykiske helsetjenestenes ansvar.[14]

I 2020 ble finansieringen av dom til tvungen omsorg lagt om. I dag dekker de regionale helseforetakene 20 prosent av utgiftene til ordningen, mens 80 prosent finansieres over en egen post i Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Endringen var ment å styrke insentivene for kostnadskontroll. Helse Midt-Norge har ansvaret for drift av Sentral fagenhet for tvungen omsorg, som organisatorisk er underlagt St. Olavs hospital HF.

Ettersom det er Fagenheten som har ansvaret for spesialisthelsetjenestens eksterne tiltak ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg, innebærer finansieringsordningen i praksis at de øvrige regionale helseforetak faktureres av Helse Midt-Norge RHF for kostnader til den enkelte domfelte i sine respektive regioner. Det kan stilles spørsmål ved i hvilken grad et budsjettansvar på 20 prosent gir de regionale helseforetakene et insentiv til å påvirke kostnadsutviklingen.

Mange kommuner oppgir at de ikke har kapasitet eller kompetanse til å ta imot domfelte til særreaksjonene. Primært synes dette å bero på manglende egnede boliger og tilgang på kvalifisert personell. Når det gjelder tvungen omsorg, kan vissheten om at man kan kjøpe private plasser finansiert av staten spille inn i den vurderingen kommunene gjør. Forekomsten av private aktører i gjennomføringen av dom til tvungen omsorg er svært høy, jf. omtale i punkt 18.3.

I oppdragsdokumentet for 2022 ble de regionale helseforetakene bedt om å utvikle en felles standard for Fagenhetens avtaler med kommunene om bosetting av personer med dom til tvungen omsorg. I tillegg ble helseforetakene bedt om å bistå Helse- og omsorgsdepartementet i en gjennomgang av årsakene til økningen i antall dommer. Formålet var å styrke kostnadskontrollen med ordningen, og utrede tiltak som kan bidra til å begrense videre kostnadsvekst.

Oppdraget ble svart ut i en rapport fra en arbeidsgruppe ledet av Helse Midt-Norge i april 2023.[15] De fire helseregionene ga i rapporten samlet uttrykk for at:

> [u]tviklingen i antall dømte, og dermed utviklingen i kostnader til ordningen, er utenfor RHF-enes kontroll. Innføringen av egenandel er derfor ikke et egnet virkemiddel for å oppnå kostnadskontroll. RHF-ene ba derfor i innspill til statsbudsjett for 2024 om at ordningen med 20 pst egenandel for de regionale helseforetak reverseres.[16]

Helse- og omsorgsdepartementet synes ikke å ha tatt innspillet til følge i budsjettforslagene, verken for 2024 eller 2025.

Videre viste gjennomgangen at kostnadene henger sammen med hvilke sikkerhetskrav som stilles, særlig krav til bemanning, og at det er små gjennomsnittlige kostnadsforskjeller mellom tiltak i privat og i kommunal drift. Med bakgrunn i gjennomgangen av variasjon i mulige kostnadsdrivere, gikk arbeidsgruppen gjennom Fagenhetens rutiner for risikovurdering og planlegging av risikohåndtering i eksterne botiltak. Det ble påpekt at det er et forbedringspotensial knyttet til etablering av et standardisert prisbilag for sentrale budsjettposter som også tar høyde for demografiske og geografiske ulikheter i landet. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet deretter at det skulle utvikles et prisbilag som tar sikte på å tilpasse kostnadsnivået til et nivå som kan videreføres av hjemkommunen ved opphør av dom tvungen omsorg.[17] Som et ytterligere kostnadsbegrensende tiltak, ble det etablert en meldeordning fra statsadvokatene til Fagenheten som skal bidra til tidligere oppstart av forberedende samarbeid med aktuell hjemkommune. I tillegg arbeides det med å forbedre rutinene for forberedelse til opphør av dom.

I figur 23.2 er det oppsummert hva tiltakene utenfor Sentral fagenhet for tvungen omsorg i gjennomsnitt kostet i 2023, ettersom tiltaket var etter avtale med kommunen, en privat aktør via kommunen, eller en privat aktør (venstre akse). Figuren viser også antall plasseringer i hver kategori (høyre akse). Det fremgår at gjennomsnittlig kostnad per plassering for dømte til tvungen

---

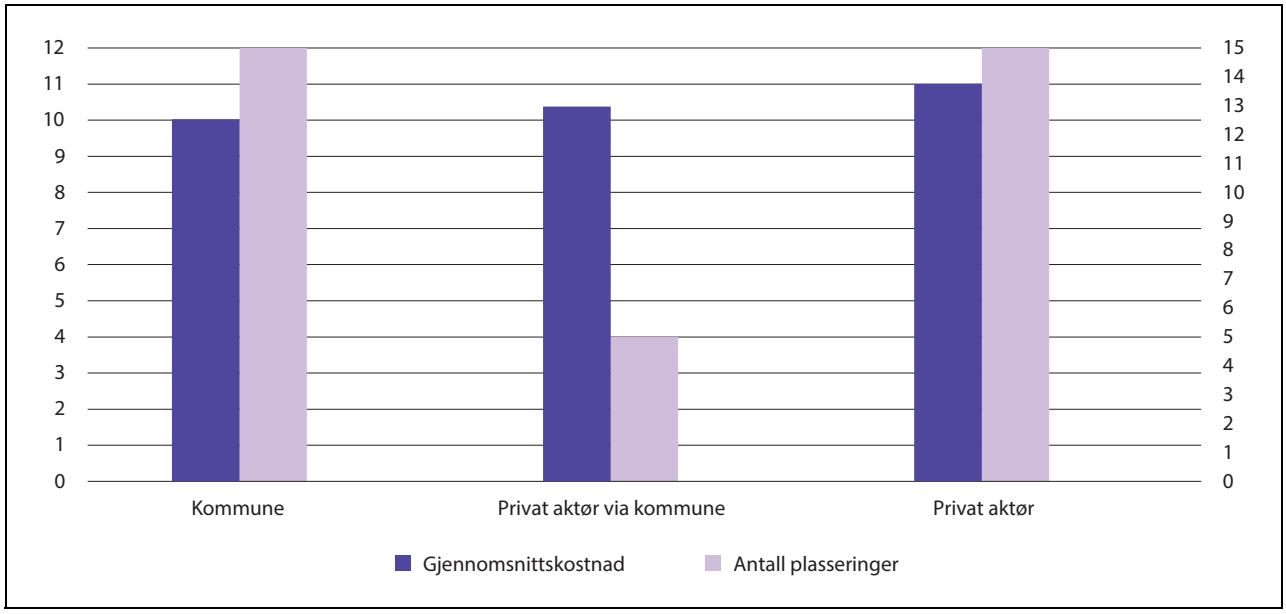
13 Ot.prp. nr. 87 (1993–94) punkt 7.5.2.1.3, s. 52.

14 Ot.prp. nr. 87 (1993–94) s. 56 og s. 102.

15 De regionale helseforetakene. (2023) *Rapport på oppdrag 2022 – kostnadskontroll for gjennomføring av dom til tvungen omsorg.*

16 De regionale helseforetakene. (2023). *Rapport på oppdrag 2022 – kostnadskontroll for gjennomføring av dom til tvungen omsorg*, s. 3.

17 Prop. 1 S (2023–2024) *for budsjettåret 2024*, s. 301, Helse- og omsorgsdepartementet.



Figur 23.2 Plasseringer utenfor Fagenheten. Gjennomsnittlig kostnad i millioner kroner (venstre akse) og antall plasseringer (høyre akse), etter avtale med kommune, privat aktør via kommune eller privat aktør. 2023

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg

omsorg var om lag 10,5 millioner kroner, noe høyere for de private tiltakene enn for de kommunale. Kostnadstallene i figuren er basert på budsjettall for 2023 for 27 beboere som hadde opphold utenfor Fagenheten i hele 2023, mens antall plasseringer gjennom 2023 totalt var 35. En høyere gjennomsnittskostnad per plassering for tiltakene i privat regi enn for tiltakene i kommunal regi, har trolig først og fremst sammenheng med at den gjennomsnittlige bemanningstettheten i de private tiltakene er høyere enn i de kommunale tiltakene. Fordelingen på enetiltak og samlokaliserte tiltak er om lag lik. Det vises til nærmere omtale i punkt 18.3.

Etter lovendringen i 2020 som ga domstolen større anledning til å velge hvilken særreaksjon den tiltalte skal idømmes, ser helseregionene en økende tendens til at gjerningspersoner dømmes til tvungen omsorg, selv om dom til tvungent psykisk helsevern hadde vært mer naturlig.[18] Helseregionene har reist spørsmål om det kan være økonomiske insentiver bak en slik praksis.

[18] De regionale helseforetakene. (2023). *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.*

Del V
Utvalgets vurderinger og anbefalinger

Kapittel 24
Sentrale dilemmaer og utfordringer

24.1 Innledning

Utvalgets vurderinger og anbefalinger om tiltak er basert på den informasjonen som er presentert i de foregående delene av utredningen, på utvalgsmedlemmenes kunnskap og erfaring, og på utvalgets etiske refleksjoner. Utvalgets konkrete vurderinger er nærmere presentert i kapittel 25–31 nedenfor.

Utvalgets mandat aktualiserer en rekke grunnleggende dilemmaer og utfordringer som gjennomgående har preget utvalgets diskusjoner. I dette kapittelet presenteres noen av dilemmaene og utfordringene som særlig har vært relevante. Det finnes ikke nødvendigvis et «riktig» svar på de spørsmålene som reises her – svaret vil ofte bero på en avveining mellom ulike hensyn. Andre kan vurdere dilemmaene annerledes enn det utvalget har gjort.

24.2 Det grunnleggende dilemmaet: Individvern versus samfunnsvern

Staten har ansvar for å ivareta den enkeltes individuelle frihet, både frihet fra urettmessige inngrep fra det offentlige (rettssikkerhet), og vern mot handlinger fra andre mennesker (samfunnsvern). Disse aspektene er omtalt i kapittel 5.

- Hvordan disse oppgavene skal vektes mot hverandre, er et grunnleggende dilemma.

24.3 Uklare ansvarsforhold

Noen innsatte har omfattende psykiske utfordringer, stor funksjonssvikt og forstyrrende atferd, ofte med aggresjon som resultat. Det er ikke alltid enighet om hvordan disse menneskene skal ivaretas, og det er eksempler på alvorlige menneskerettighetsbrudd fordi det syns å være uklarheter ved ansvaret og forutsetningene for god omsorg.

- Kan man innenfor dagens institusjoner, regelverk og finansieringsordninger gjøre ansvaret for ivaretakelse av disse innsatte tydeligere? Manglende eller feil omsorg resulterer i dårlig oppfølging av en del innsatte, og menneskerettighetsbrudd overfor enkelte.
- Hvis ikke ansvaret kan gjøres tydeligere, hvilke andre forutsetninger må endres for å oppnå gode intervensjoner?

24.4 Avveining mellom sikkerhet og rehabilitering i straffegjennomføring

Kriminalomsorgen har to sentrale oppgaver – å gjennomføre varetekt og idømt straff på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte, og å sikre innsattes frihet, rettigheter og rehabilitering så langt det er mulig innenfor straffegjennomføringens rammer. Disse to oppgavene kan være motstridende.

- Hvordan bør behovet for sikkerhet versus målet om innsattes rehabilitering avveies? Dette spørsmålet oppstår særlig i tilknytning til forvaring, der endring og reduksjon av gjentagelsesfare er avgjørende for om domfelte skal løslates.

24.5 Ulike regelverk om behov for samfunnsvern

Særreaksjonene er ikke straff, men begrunnet i behov for samfunnsvern ut over det som ivaretas gjennom behandling og omsorg på sivilrettslig grunnlag. De fleste av de domfelte til en særreaksjon har behov for behandling eller omsorg, men domstolene legger til grunn at det som ytes på sivilrettslig grunnlag ikke vil være tilstrekkelig til å verne samfunnet.

- Hvordan bør det behovet for samfunnsvern som straffeloven reflekterer avveies mot det samfunnsvernet som er forankret blant annet i helselovgivningen?

24.6 Holdninger i samfunnet til muligheten for voldshandlinger

En forventning om helt å unngå voldshandlinger, ville medføre svært mange restriksjoner for svært mange mennesker, og brudd på menneskerettighetene.

En person som tidligere har begått en voldshandling, vil statistisk sett ha en høyere sannsynlighet for å begå en ny voldshandling, enn en person uten en historikk med vold. I en vurdering av risikoen for fremtidig vold, helt eller delvis basert på historiske variabler, vil en person med voldshistorikk dermed alltid vurderes å representere en høyere risiko enn personer uten en slik historikk. Det finnes ingen metode som kan fastslå hvilke handlinger en person faktisk vil begå i fremtiden. Personer som tidligere har begått vold, vil ikke nødvendigvis gjøre det igjen, og personer som ikke tidligere har begått vold, vil kunne gjøre det i fremtiden.

- Hvor mye frihet for den enkelte er vi beredt å ofre for å beskytte samfunnet mot voldshandlinger som noen kan komme til å begå i fremtiden?

24.7 Vern av individets selvbestemmelse versus samfunnets behov for risikohåndtering og kostnadskontroll

Voldshandlinger medfører utgifter blant annet til politi, domstoler, kriminalomsorg, spesialisthelsetjenesten, kommunal omsorg, trygdeytelser og helsehjelp for gjerningsperson, fornærmede og pårørende. I tillegg påføres mange mennesker, og særlig fornærmede, belastninger i form av utmattelse, fysiske skader og redusert trygghet. Totalt sett påfører voldshandlinger samfunnet omfattende kostnader og belastninger.

- Hvordan avveie den enkeltes rett til selvbestemmelse i eget liv mot samfunnets behov for risikohåndtering og kostnadskontroll?

24.8 Forebygging versus strafferettslig kontroll i et samfunnsøkonomisk perspektiv

Voldshandlinger bør forebygges, og forebyggingen bør så langt som mulig skje utenfor strafferetten. Forebygging medfører kostnader for samfunnet og er vanskelig å måle effekten av. Men svikter forebyggingen, oppstår det også betydelige omkostninger, både til å ivareta den enkelte, og til å reparere den skaden som andre påføres. Det kan være ulike offentlige instanser som belastes ved henholdsvis forebygging og reparasjon. Fellesskapets midler bør brukes kostnadseffektivt, uavhengig av hvilke instanser pengene bevilges til.

- Hvordan kan man synliggjøre kostnadene ved voldshandlinger, og veie dem opp mot kostnadene ved forebygging og rehabilitering? Hvordan kan man vurdere hva som er de samfunnsøkonomisk beste løsningene?

24.9 Mulighetene til begrensninger av individets selvbestemmelse på sivilrettslig grunnlag

Myndige personer med en alvorlig psykisk lidelse eller psykisk utviklingshemming har rett til å ta valg i egne liv, men de har ikke nødvendigvis ansvar for konsekvensene av sine handlinger. Innenfor de rammene som menneskerettighetene setter, kan den enkeltes selvbestemmelse begrenses gjennom lov eller samtykke.

- I hvilken grad bør personer med alvorlig psykisk lidelse eller psykisk utviklingshemming som står i fare for å begå voldshandlinger kunne underlegges flere begrensninger enn i dag, og derved miste noe av sin selvbestemmelse? Hvordan kan dette i tilfelle lovreguleres?

24.10 Kostnadseffektive prosesser versus individets rettssikkerhet

God saksbehandling, vedtak, klageadgang, domstolsprøving og anke er viktige elementer i rettsikkerheten for den enkelte forvaringsdømte. Samtidig er slike prosesser tid- og kostnadskrevende.

- Kan slike prosesser gjøres raskere og mer kostnadseffektive uten å gå (for mye) på bekostning av kvaliteten på avgjørelsene og rettssikkerheten for den enkelte?

24.11 Spesialiserte og differensierte tiltak versus lokale tilbud

Geografisk avstand og lange reiser kan være belastende, og nærhet til hjemstedet kan ha stor betydning både for å kunne opprettholde kontakt med pårørende og for muligheten til rehabilitering og tilbakeføring til lokalsamfunnet. Samtidig

er det behov for spesialisering av tjenester og tilpasninger til den enkeltes behov.

- Noen steder kan det kan være utfordrende å etablere spesialiserte og differensierte tiltak i kriminalomsorgen og helsetjenestene. Dermed må nærhetsprinsippet vike. Hvordan kan man kompensere for dette?

24.12 Dilemmaet med et mangelfullt kunnskapsgrunnlag

Det er liten kunnskap om i hvilken grad særreaksjonene og forvaring faktisk verner samfunnet ut over den tiden domfelte er frihetsberøvet, og om hvilke faktorer som er av særlig betydning for den videre utviklingen. Det er heller ikke mye nasjonal systematisert kunnskap om hvorledes de strafferettslige reaksjonene faktisk gjennomføres, og virkningen av ulike tiltak. Gjennomføringen preges av hvilke ressurser som står til disposisjon, og (forhåpentligvis) en overordnet humanistisk tenkning om respekt for alle mennesker, uansett situasjon.

- Hva skal danne grunnlag for juridiske, organisatoriske og klinisk-faglige endringer i strukturene rundt de strafferettslige reaksjonene når det i liten grad finnes systematisert nasjonal kunnskap om menneskene i reaksjonene og effekten av ulike tiltak de utsettes for? Hva skal vurderinger av behov for endringer forankres i? Både endringer og det å fastholde status quo, krever begrunnelser.

24.13 Utfordringen med en snever kostnadsramme

Utvalgets mandat er å foreslå endringer, der minst ett forslag skal være innenfor tilnærmet den samme kostnadsrammen som i dag. Utvalget kan også foreslå endringer som vil kreve mer ressurser.

Av alle de faktorene som utvalgets arbeid omfatter, står mellommenneskelige relasjoner – og holdninger innenfor disse – sentralt. Utvalget ser samhandling mellom sårbare individer og kvalifiserte omsorgspersoner som det essensielle for rehabilitering og forebygging av nye voldshandlinger. Samtidig forstår utvalget at tilgangen til kvalifisert arbeidskraft kan bli en utfordring i fremtidens arbeidsmarked. Utvalgets forslag til endringer må være kostnadseffektive, men likevel ikke gå på bekostning av en rimelig kvalitet i tjenestene. Menneskerettighetene setter en minimumsstandard, men ambisjonene bør være høyere.

- Er det mulig å organisere fagfeltene innenfor dagens kostnadsramme uten at mulighetene for gode relasjoner og gode holdninger mellom ansatte og domfelte blir skadelidende, med mer uro, aggresjon, uhelse og fremtidige menneskerettighetsbrudd som resultat?

24.14 Utfordringen med rekruttering

Som i dag, vil det også fremover være vanskelig å få rekruttert personell med riktig kompetanse til helsetjenestene, kommunene og i kriminalomsorgen. Kvalifisert personale vil være en mangelvare.

- Hvordan rekruttere og beholde en kvalifisert og motivert arbeidsstyrke dersom det ikke stilles flere ressurser til disposisjon?

24.15 Merknader om utvalgets arbeidsprosess og konsekvensene av denne for utvalgets vurderinger og anbefalinger

Et flertall i utvalget, utvalgsmedlemmene Bostad, Gröning, Hamsund, Holst, Johansen, Rosenqvist, Sandal, Sigurjónsdóttir, Toft og Viste mener at de vurderingene og forslagene som presenteres i utredningens del 5, til dels er mangelfullt utredet og diskutert. Arbeidsprosessen i utvalget ble ikke lagt til rette for systematiske og grundige utredninger og drøftelser av de temaene som mandatet etterspør. Utvalgsmedlemmene har også i sluttfasen fått utilstrekkelig tid til grundig å diskutere og formulere utvalgets anbefalinger og konsekvensen av disse.

Grunnleggende dilemmaer har ikke fått tilstrekkelig oppmerksomhet og sentrale sider ved mandatet har ikke blitt tilstrekkelig behandlet. Det gjelder særlig avveiningen mellom den enkeltes frihet og statens plikt til å beskytte innbyggerne. Spørsmål om sivilrettslige alternativer til de foreliggende strafferettslige særreaksjonene har heller ikke blitt grundig utredet. I tillegg er utredningen og evalueringen av forvaring mangelfull.

Disse utvalgsmedlemmene vil likevel fremheve at utredningen fremmer gode synspunkter og anbefalinger som de støtter, og bemerker at sekretariatet har bistått utvalget godt gjennom hele prosessen. Utredningen fremmer gode forslag om ansvarsstrukturer, ressurser og institusjonell kapasitet og ikke minst tiltak for helsehjelp og omsorg. Disse anbefalingene vil, etter *disse*

utvalgsmedlemmenes synspunkt, både bedre situasjonen for de gruppene mandatet omfatter, og bedre legge til rette for kriminalitetsforebyggende tiltak i samfunnet. *Disse utvalgsmedlemmene* håper derfor at utredningen, til tross av nevnte svakheter, kan danne grunnlag for videre gode høringssvar, diskusjoner og oppfølging.

Et mindretall i utvalget, utvalgsleder Frøstrup og utvalgsmedlemmene Borge, Gudbjørgsrud, Henriksen og Wilhelmsen konstaterer at et svært omfattende mandat, og et stort utvalg som representerer mange ulike interesser, har gjort arbeidsprosessen krevende. Vurderingene og anbefalingene står seg likevel godt, selv om flere av dem vil kreve ytterligere utredninger.

Kapittel 25

Utvalgets vurderinger og anbefalinger om ivaretakelse av helsen til innsatte i fengsel

25.1 Innledning

Opphold i fengsel er en samfunnsmessig villet konsekvens av straffbare handlinger, og innebærer frihetsberøvelse. I tilfeller hvor den innsatte har hatt dårlige livsbetingelser utenfor fengsel, kan innsettelse i fengsel redde livet eller gi bedre helse. For mange vil imidlertid et fengselsopphold være en helsemessig påkjenning.

De som kommer inn i fengsel kan ofte være preget av rusbruk eller andre helsemessige utfordringer. Med større forekomst av mennesker som søker hjelp for psykiske lidelser i samfunnet generelt, vil det samme gjelde for de som settes i fengsel. Andre får sin psykiske lidelse forringet mens de er i fengsel. Innsatte skal ha tilgang til samme helsetjenester som befolkningen for øvrig.

Utvalget har vurdert situasjonen for innsatte i fengsel med vekt på innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming, jf. utvalgets mandatforståelse i kapittel 3. Etter utvalgets vurdering er situasjonen for noen av disse innsatte uakseptabel. Utvalget har også vurdert at grunnene til at noen innsatte ikke ivaretas godt nok er sammensatte, og handler særlig om ulike typer systemutfordringer, herunder ressurser i fengsler og psykisk helsevern, regelverk og samhandlingsstrukturer.

Som et overordnet spørsmål har utvalget også vurdert hvem som bør ta ansvar for innsatte med alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelser. Som redegjort for i punkt 12.4, drives norske fengsler etter importmodellen. Importmodellen har den fordelen at den skal sikre at innsatte skal få det samme kvalitative tilbudet til for eksempel helsetjenester som andre innbyggere. Importmodellen innebærer imidlertid også at ingen etat alene har totalansvaret for ivaretakelsen at innsattes helse. Ut fra denne situasjonsforståelsen har utvalget anbefalt en rekke mulige tiltak for å bedre situasjonen for de innsatte. I det følgende vil disse vurderingene utdypes og anbefalingene presenteres.

25.2 Situasjonen for enkelte innsatte med psykiske lidelser er uakseptabel

De rapportene som foreligger fra Sivilombudet og andre som har undersøkt forholdene i fengslene, gir til dels et ganske dystert bilde av hvordan innsatte med store psykiske utfordringer ivaretas. Selv om utvalget er enig i at disse utfordringene er store, finner utvalget likevel grunn til å understreke at det er mye positivt ved norsk kriminalomsorg. Noe av det mest slående i arbeidet på dette området er at ansatte i kontakt med innsatte – både kriminalomsorgens personell og ansatte i de samarbeidende etatene – er kompetente, synes å ha stor respekt og forståelse for de innsatte og deres situasjon, og har et genuint ønske om å hjelpe. Det er også innsatte som kan oppleve tiden i fengsel som konstruktiv for sin egen utvikling, og som kanskje har benyttet tiden for eksempel til å ta fagbrev eller annen utdanning.

Når det gjelder de utfordringene som likevel finnes, så danner menneskerettighetene og de internasjonale standardene for opphold i fengsel etter utvalgets synspunkt en minimumsgrense som må oppfylles. Det overordnede – og for så vidt åpenbare – svaret på spørsmålet om hvordan innsattes helse bør ivaretas, er å oppfylle disse reglene og anbefalingene.

- Etter utvalgets mening strekker utfordringene med de innsattes situasjon seg lenger enn til det som formelt kan knyttes til menneskerettslige forpliktelser. Etter utvalgets oppfatning er den sentrale utfordringen i praksis å sikre at det tas et helhetlig ansvar for innsatte med alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelser. Dette forutsetter i sin tur at det er klarlagt hvordan denne gruppen innsatte i ulike tilfeller skal ivaretas, av hvem og innenfor hvilke rammer.

25.3 Utfordringer med isolasjon og utelukkelse

Ut fra Sivilombudets besøksrapporter, andre rapporter, rettsavgjørelser mv. synes det klart at det er utfordringer med å oppfylle de kravene og rettighetene som regelverket oppstiller for ivaretakelsen av innsatte i fengsel.[1] Det foreligger statistikk som belyser enkelte forhold, for eksempel hvor mange innsatte som har tilgang til mindre enn to timer meningsfylt kontakt hver dag. Utover det som går frem av foreliggende dokumentasjon har ikke utvalget et klart bilde av hvor stort «gap» det er mellom dagens forhold for innsatte, og de kravene og rettighetene som kan utledes av regelverket.

Etter utvalgets mening peker utfordringer med isolasjon og utelukkelse fra felleskap seg særlig ut, jf. punkt 13.3.4. Innsatte i fengsel kan være avskåret fra kontakt med andre av flere ulike grunner. Alle fengsler skal ha en alminnelig dagsplan som angir når samvær mellom innsatte kan finne sted. Hvor mye samvær med andre dagsplanen gir, kan variere mye fra fengsel til fengsel. I tillegg til begrensninger i samvær med andre som følger av hvert fengsels dagsplan, kan innsatte utelukkes fra fellesskap med andre for eksempel ved akutt bemanningsmangel, ved hendelser i fengselet som krever oppfølging og på grunn av individuelle forhold ved innsatte selv. Dette kan for eksempel typisk være den ved utagering og fremsettelse av trusler.

Kriminalomsorgsdirektoratet har over år arbeidet målrettet med å redusere utelukkelse, men etter utvalgets vurdering går ikke utviklingen raskt nok i riktig retning. Dette synes å ha sammenheng med særlig de økonomiske og ressursmessige rammene for kriminalomsorgens arbeid, se nedenfor i punkt 25.6.

- Etter utvalgets vurdering er det nødvendig å komme langt nærmere realisering av et mål om at alle innsatte i fengsel skal ha tilgang til minst åtte timer utenfor cellen hver dag.

[1] Blant de nyeste besøksrapportene nevnes rapport av juni 2023 etter besøk til Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt 13.–16. mars 2023, rapport av oktober 2024 etter besøk i Trondheim fengsel og forvaringsanstalt 10.–12. mars 2024, rapport av oktober 2024 etter besøk i Ringerike fengsel 6.–8. februar 2024, og rapport av desember 2024 etter besøk til Ålesund fengsel 3.–5. september 2024.

25.4 Ivaretakelse av innsatte med alvorlige psykiske lidelser

25.4.1 Utgangspunkt

Alvorlige psykiske lidelser kan spenne over et bredt spekter av symptomer og tilstander. At en person har en alvorlig psykisk lidelse, avklarer ikke i seg selv hva personen trenger eller hvor vedkommende bør være. Noen med alvorlige psykiske lidelser trenger døgnbehandling i psykisk helsevern, mens andre vil kunne ivaretas i fengsel, forutsatt at fengslene har tilstrekkelig bemanning og riktig kompetanse.

Etter utvalgets oppfatning er det et viktig premiss at fengselspopulasjonen ser ut til å ha endret seg over senere år, slik at det nå dreier seg om en totalt sett «tyngre» gruppe enn før. I samfunnet rapporterer flere om vold og trusler nå enn i forrige tiår.[2] I tillegg har den opplevde forekomsten av psykiske lidelser økt, både i samfunnet generelt og blant innsatte i fengsel. Kombinert med at kortere straffer nå i stor grad gjennomføres utenfor fengsel, betyr dette at de som skal ivaretas i fengsel, totalt sett er en mer krevende gruppe enn før. I tillegg er det gjennomført reformer i helsetjenestene av betydning for hvordan også innsatte ivaretas. Spesialisthelsetjenesten er rendyrket ved at flere av de oppgavene og funksjonene som spesialisthelsetjenesten tidligere ivaretok, er overført til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.[3] Antallet døgnplasser i det psykiske helsevernet er betydelig redusert de siste årtiene. I dag er det vesentlig mangel på intermediære og langtidsdøgnplasser, og det er mangel på plasser i sikkerhetspsykiatrien. Dette har ført til at flere pasienter kun får kortvarige innleggelser i akuttpsykiatrien og færre pasienter enn tidligere får utredning og behandling av lengre varighet. Dette gjelder også innsatte i fengsel som har behov for innleggelser i psykisk helsevern. Disse endringene har dermed endret premissene for helsetjenestenes oppfølging av innsatte med behov for helsetjenester, og antakelig bidratt til at kriminalomsorgen oftere enn før må håndtere innsatte med alvorlige psykiske lidelser.

I noen tilfeller kan situasjonen være at en domfelt får sin psykiske helse forverret av å være i fengsel, men ikke finnes å oppfylle kravene for overføring til psykisk helsevern, og heller ikke er i en situasjon hvor det anses for å være sikkerhets-

[2] Statistisk sentralbyrå: Flere opplever vold og trusler, artikkel på ssb.no.

[3] Samhandlingsreformen ble iverksatt fra 2012.

messig forsvarlig å innvilge straffavbrudd. En slik situasjon reiser vanskelige samfunnsmessige dilemmaer. Den domfelte bør kunne slippe å forbli i et helseskadelig fengselsopphold. «Hvor vondt» personen kan ha det før det ikke lenger er rettslig og etisk forsvarlig å beholde vedkommende i fengsel, er det ikke så enkelt å definere. Det absolutte forbudet mot tortur, umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff danner en minimumsgrense for hvilke livsbetingelser den enkelte kan gis, jf. ovenfor i punkt 5.4.3. Det savnes imidlertid en konkretisering av «hvor dårlig» et menneske kan ha det i fengsel uten at forholdene kommer i strid med menneskerettslige forpliktelser. Er det fare for overtredelse av menneskerettighetene, kan det bli nødvendig å vurdere straffavbrudd der regelverket åpner for det. Situasjonen må avveies mot behovet for samfunnsvern. For forvaringsdømte er samfunnsvernet tillagt avgjørende vekt, idet disse etter regelverket ikke kan innvilges straffavbrudd. For denne gruppen må det derfor finnes løsninger innenfor fengselet, sykehus eller andre aktuelle tiltak.

Dette er problemstillinger som hittil ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet.

Innsatte som oppfyller kriteriene for innleggelse i psykisk helsevern, kan være aktuelle for innleggelse over kortere eller lengre tid. Andre kan være i målgruppen for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten, i praksis ved DPS og/eller polikliniske psykiatriske tjenester som gis inne i fengsel (fengselspsykiatrisk poliklinikk). For atter andre kan situasjonen være at det ikke finnes kostnadseffektive gode behandlingstiltak, slik bildet kan være når den innsattes behov først og fremst gjelder å få god omsorg. Da vil vedkommende ikke bli prioritert for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Alle innsatte vil kunne ha kontakt med de kommunale tjenestene i fengselet, men også disse har begrenset kapasitet, spesielt når det gjelder omsorg.

Bortsett fra i tilfeller hvor den innsatte etter alminnelige kriterier bør legges inn i psykisk helsevern, må fengslene kunne ivareta innsatte med alvorlige psykiske lidelser. Dette forutsetter imidlertid at forholdene i fengselet tilrettelegges på en måte som ivaretar de særskilte behovene disse innsatte har. Utvalget understreker at for tilfeller hvor de alminnelige kriteriene tilsier innleggelse i en døgninstitusjon i psykisk helsevern, må dette gjelde også for innsatte. Det er den enkeltes situasjon som må være avgjørende. Innsatte i fengsel har tak over hodet, men helsehjelp skal ikke være vanskeligere tilgjengelig for innsatte enn for andre.

Uavhengig av diagnoser og hva som eventuelt er et riktig behandlingsnivå i helsetjenestene, er det innsatte med så store utfordringer med sosial atferd og allmenn fungering at de ikke kan ivaretas av de ansatte innenfor en normal fengselshverdag med de ressursene som i dag er stilt til rådighet. Samtidig vil denne gruppen innsatte i mange tilfeller ha dårlige livsbetingelser også utenfor fengsel. Denne gruppen lider, og medfører også en vanskelig arbeidssituasjon for ansatte.

- Utvalget understreker at helsehjelp og innleggelse i det psykisk helsevern skal være like tilgjengelig for innsatte som for andre deler av befolkningen.

25.4.2 Innleggelse av innsatte i psykisk helsevern

Dersom de ansvarlige enten ved den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller ved DPS mener at den innsatte har behov for innleggelse i døgnavdeling i psykisk helsevern, vil de sende en søknad med helseopplysninger til en aktuell avdeling. For innsatte i fengsel kan i tillegg også fengselsleder begjære innsatte innlagt, og påtalemyndigheten kan begjære varetektsinnsatte innlagt.[4] Når fengselsleder begjærer innleggelse, vil denne få partsrettigheter i saken, og derved rett til informasjon som er nødvendig for å kunne ivareta personen, i motsetning til om det kun er helsetjenesten som har tatt initiativ.

Slike innleggelser vil som regel dreie seg om innsatte som har en alvorlig sinnslidelse som ikke er godt behandlet og velregulert.

Utvalget understreker at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom rett til innleggelse i psykisk helsevern, og hva som er urimelige soningsforhold for den innsatte. At en innsatt etter alminnelige kriterier ikke blir funnet å skulle innlegges, betyr ikke nødvendigvis at forholdene i fengselet er akseptable. I tilfeller hvor kriminalomsorgen mener at forholdene tilsier innleggelse, mens spesialisthelsetjenesten mener at det ikke er grunnlag for dette, kan således «begge ha rett», i den forstand at den innsatte ikke har tilfredsstillende forhold i fengselet, men heller ikke er i målgruppen for innleggelse i psykisk helsevern.

Sett fra psykisk helseverns side, vil et institusjonsopphold først være adekvat dersom det har et behandlingsformål. Dersom behandlingsmulighetene derimot er marginale eller fraværende, vil en innsatt som er alvorlig psykisk syk kunne falle utenfor målgruppen. Den innsatte blir da værende

[4] Psykisk helsevernloven § 3-6.

i kriminalomsorgen og må ivaretas der, uten at kriminalomsorgen opplever at man har tilfredsstillende fysiske rammer og den nødvendige kompetansen og bemanningen på plass. For kriminalomsorgen vil dette oppleves som uholdbart.

I andre tilfeller legges den innsatte inn til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon, men ofte bare kortvarig, til det foreligger en viss stabilisering av helsetilstanden. Tilbake i fengselet må den innsatte, i mangel på andre muligheter, kanskje plasseres i enerom og utelukkes fra fellesskapet, med risiko for forverring i tilstanden og behov for en ny begjæring om innleggelse i psykisk helsevern. På denne måten blir noen innsatte «kasteballer» mellom fengselet og akuttpsykiatriske avdelinger. Slike situasjoner kan være svært utfordrende for alle involverte, og de kan lett gi grobunn for et inntrykk av at den andre parten forsøker å skyve «problemet» bort fra seg. For den innsatte kan situasjonen være uakseptabel og helseskadelig, og utgjøre en krenkelse av menneskerettighetene.

Spesialisthelsetjenesten skal vurdere behovet for helsetjenester på grunnlag av prioriteringsregelverket. Rett til helsehjelp i psykisk helsevern vurderes av spesialist i psykologi eller psykiatri i henhold til kriterier fastsatt der. Regelverket vektlegger blant annet kost-/nyttevurderinger og individuelle forhold. Så langt det vurderes som helsefaglig forsvarlig, tilbys spesialisthelsetjenester for innsatte poliklinisk i fengselet eller ved fremstilling. Enkelte innsatte legges inn til døgnopphold for kortere eller lengre tid, eventuelt i form av tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven.

Helsetjenestenes oppgave er å gi forsvarlig helsehjelp. Hvor grensen går for hva som er forsvarlig, beror på en helsefaglig vurdering. Statsforvalterne er klageinstans for spørsmål om det er gitt forsvarlig helsehjelp. Den omfattende reduksjonen av døgnplasser i psykisk helsevern som har funnet sted, har bidratt til å gjøre det vanskelig å sikre forsvarlig helsehjelp til alle de som trenger innleggelse i døgninstitusjon.

Utvalget har vurdert om det vil være riktig å gi innsatte i fengsel en særskilt rett til innleggelse i psykisk helsevern når de oppfyller vilkårene etter helselovgivningen. Argumentet for en slik særskilt rett ville særlig være at innsatte i fengsel ufrivillig er i statens varetekt. Da har staten også et særskilt ansvar for oppfølgingen av dem, herunder ved helsetjenester. Det er også en viktig realitet i dette, ved at innsatte har begrensede muligheter til å søke hjelp og støtte fra familie, venner eller bekjente. Utvalget har likevel kommet til at en slik særlig rett ikke vil være den beste løsningen.[5] Begrunnelsen for dette er at det totalt sett neppe vil tjene noen om innsatte fikk et eget «spor» inn til døgnbehandling i psykisk helsevern. Normalitetsprinsippet tilsier at innsatte så langt mulig skal likestilles med den øvrige befolkningen. Utvalget vil imidlertid presisere at fengslene må få rammer som setter dem i stand til å ivareta alle innsatte, herunder psykisk syke innsatte som utagerer, på en tilfredsstillende måte.

Utvalget har erfart at det er hendelser hvor innsatte som muligens oppfyller kriteriene for tvangsinnleggelse i psykisk helsevern, ikke får nødvending oppfølging da de ikke prioriteres fordi det ikke er «kostnadseffektivt» å behandle dem i spesialisthelsetjenesten, eller det ikke finnes effektive behandlingsmetoder for den aktuelle lidelsen.

Ikke alle personer med alvorlige psykiske lidelser følges opp av psykisk helsevern etter at tilstanden er stabilisert. Noen pasienter utskrives til behandling hos fastlegen med ytterligere omsorg i hjemkommunen, inntil det igjen kan bli behov for psykisk helsevern på et senere tidspunkt. Slik kan situasjonene også være for innsatte som da skal få oppfølging ved helsetjenesten i fengselet, gjerne med veiledning fra fengselspsykiatriske polikliniske tjenester. Dette har utvalget omtalt nærmere i kapittel 28 om særreaksjonene.

Opplevd mangel på forsvarlig helsehjelp kan påklages til statsforvalteren. Utvalget har registrert at det er få klager til statsforvalterne fra alvorlig sinnslidende pasienter om at de ikke har mottatt nødvendig helsehjelp. Det er mange pasienter som innlegges for psykoselidelser for en kort periode, blir utskrevet etter få dager, men snart blir dårlige igjen og må innlegges på nytt («svingdørspasienter»). Det er behov for en faglig debatt om hvor den nedre terskelen ligger for hva som er forsvarlig helsehjelp til pasienter med psykosesykdommer og utagerende atferd.

Utvalget erfarer at ikke alle innsatte med alvorlig psykisk lidelse i fengsler får tilstrekkelig psykisk helsehjelp til at soningen kan gjennomføres på en akseptabel måte.

Kriminalomsorgen må sørge for at det er rutiner for å sende bekymringsmelding til stedlig hel-

---

[5] *Utvalgsmedlem Rosenqvist* har følgende tillegg: Det vises til kapittel 9, hvor det fremkommer at varetektsinnsatte i visse tilfeller blir lagt inn i psykiatrien kun etter straffeprosessloven § 188 tredje ledd, uten mottagende avdelings samtykke og da uten vedtak etter psykisk helsevernloven. Utvalget har ikke diskutert dette som oppfattes som en stor utfordring for helsevesenet, og som medfører at siktede personer med psykosesykdommer riktignok blir plassert i psykiatrien, men ikke har status, og ikke mottar behandling, som pasient.

setjeneste og eventuelt statsforvalteren i de sakene hvor kriminalomsorgen mener at innsatte ikke får forsvarlig helsehjelp.

- Utvalget mener at det er behov for å øke antall døgnplasser i psykisk helsevern, herunder intermediære plasser og langtidsplasser, samt rehabiliteringsplasser og overgangsboliger knyttet til sikkerhetspsykiatrien, se kapittel 28 og 29.
- Utvalget anbefaler at fengselsleder benytter seg av muligheten til å stå som innleggelsesbegjærer ved henvisning til innleggelse etter psykisk helsevernloven kapittel 3.
- Utvalget anbefaler at det utredes om pasient- og brukerrettighetsloven skal åpne for at fengselsleder skal få adgang til å klage til statsforvalteren på manglende helsehjelp til en innsatt i tilfeller hvor den innsatte selv ikke er i stand til å ivareta sine rettigheter.
- Utvalget anbefaler at kriminalomsorgen i noe større grad tar initiativ til å vurdere soningsdyktighet og straffavbrudd for innsatte med alvorlige psykiske lidelser og psykisk utviklingshemmede når domfeltes helsetilstand tilsier det.

25.4.3 Ivaretakelse av innsatte med alvorlige psykiske lidelser som ikke legges inn i psykisk helsevern

De alvorlige psykisk syke innsatte som ikke har rett til innleggelse i psykisk helsevern, kan få poliklinisk oppfølging ved DPS.

Lokale DPS har varierende kompetanse og kapasitet når det gjelder fengselspsykiatrisk arbeid. De siste åtte årene har det vært utviklet kurs i fengselspsykiatri ved SIFER,[6] noe som har vært positivt for fagmiljøene. SIFER tilbyr et ettårig kursprogram i fengselspsykiatri for behandlere i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet som er en del av de stedlige tjenestene i fengslene. Det er anerkjent at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i fengsler bør inneha en slik faglig spisskompetanse.

SIFER har nasjonalt fagnettverk for psykisk helsevern i fengsel. Nettverket har også årlige samlinger med fokus på fagutvikling og samarbeid. Mellom møtene er det etablert veiledning mellom de ulike poliklinikker i nettverket som har meldt behov, samt en kontinuerlig mulighet for å diskutere problemstillinger og søke råd fra kollegaer. I helseregionene Midt og Nord er det etablert regionale fagnettverk for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i fengsel. Helse Sør-Øst er i ferd med å etablere et slikt regionalt fagnettverk. Utvalget mener at dette arbeidet må videreføres. Det viktigste er imidlertid hvordan kriminalomsorgen kan sikre at oppholdet i fengsel ikke blir mer belastende enn nødvendig, men heller legger grunnlag for rehabilitering.

Alvorlige psykiske lidelser kan i mange tilfeller være vanskelig forenlig med deltakelse i det alminnelige fengselsfellesskapet. Dermed kan slike lidelser gi en særskilt risiko for at den innsatte blir utelukket. Enkelte innsatte med alvorlige psykiske lidelser og innsatte med psykisk utviklingshemming som blir utelukket, vil etter hvert kunne fungere svært dårlig. Det er disse innsatte som fremstår med et uakseptabelt høyt lidelsestrykk, som blir svært urolige, selvskadende eller suicidale.

Utvalget mener at psykisk uhelse til en viss grad kan forebygges ved at kriminalomsorgen har tilstrekkelig ansatte som jobber direkte med de innsatte i avdeling og i arbeidsdrift, en form for grunnbemanning som kan arbeide miljøterapeutisk med innsatte som sliter psykisk.

Kriminalomsorgen har gode erfaringer med såkalte *aktiviseringsteam og ressursteam*. Slike team, som i noen tilfeller består utelukkende av ansatte i kriminalomsorgen, i andre tilfeller av ansatte fra både kriminalomsorgen og helsetjenesten, er etter utvalgets vurdering et godt verktøy for å sikre akseptable forhold for innsatte med psykiske lidelser. Forutsetningen må imidlertid være at slike team kommer i tillegg til en akseptabel grunnbemanning i fengselet. Dette er ikke alltid tilfelle i dag.

- Utvalget understreker at den beste måten å ivareta innsatte på, herunder innsatte med psykiske lidelser, er å ha tilstrekkelig antall ansatte som kan sikre at innsatte får tilgang til fellesskap med andre, aktiviteter og oppfølging av ansatte. Noen innsatte har atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer som tilsier en dårlig daglig fungering. Selv med en økt grunnbemanning vil det kunne være vanskelig å gi alle god miljøbehandling og gode rehabiliteringsmuligheter.

Grunnbemanningen skal sørge for stabilitet og gode utviklingsmuligheter generelt i fengselsavdelingene, mens aktiviseringsteam og ressursteam kan komme som krisetiltak der hvor man

[6] Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

ikke har klart å forebygge behovet for utelukkelse eller annen negativ utvikling.

Det er iverksatt en del særskilte tiltak for å redusere forekomsten av utelukkelse i fengsel. Ett av dem er at det er etablert en *nasjonal forsterket fellesskapsavdeling (NFFA)* ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Avdelingen har seks plasser for mannlige innsatte. Bemanningen består dels av personell fra kriminalomsorgen og dels av helsepersonell fra psykisk helsevern, og er finansiert over Helse- og omsorgsdepartementets og Justis- og beredskapsdepartementets budsjetter. Organisatorisk er avdelingen en del av fengselet, og den er ikke et sykehus. NFFA har innsatte som har vært utelukket fra fritidsfellesskapet over lengre tid på grunn av utagering eller annen atferd som ikke er forenlig med å være i det alminnelige fengselsfellesskapet, og hvor det ikke kan utelukkes en alvorlig psykisk lidelse. Tiltaket er innrettet for at slike innsatte kan ha meningsfylt samvær og aktiviteter innenfor rammene av denne avdelingen. I tillegg til et tilrettelagt fellesskap, kartlegges de innsatte i NFFA for å avklare om det er behov for overføring til en annen omsorgssituasjon, eller hva som skal til for at den enkelte kan overføres til en ordinær fellesskapsavdeling.

Utvalget er ikke kjent med hvor mange innsatte det er på nasjonalt nivå som kan oppfylle kriteriene for innsettelse i NFFA, men det antas at behovet er større enn det som er dekket med dagens tiltak ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Utvalget er kjent med at det planlegges å etablere en NFFA for kvinner i Skien fengsel.

Dagens NFFA ved Ila fengsel og forvaringsanstalt ble etablert for bare få år siden, og er således fortsatt i støpeskjeen. Det er enkelt uavklarte sider ved virksomheten. Blant annet er det uklarheter knyttet til helsepersonellets funksjon i avdelingen, og spørsmål om de innsatte er pasienter i helselovgivningens forstand. Forutsatt at det arbeides systematisk med å avklare de spørsmålene som reiser seg, synes NFFA likevel å være et hensiktsmessig tiltak for å ivareta en tallmessig liten gruppe innsatte med psykiske lidelser og store atferdsutfordringer. Utvalget er således også positiv til å etablere lignende avdelinger andre steder enn ved Ila fengsel og forvaringsanstalt. Utviklingen må nødvendigvis baseres på dagens og fremtidens behov, men utvalget ser ikke bort fra at det kan bli hensiktsmessig å ha en forsterket fellesskapsavdeling i alle kriminalomsorgens regioner. Slike avdelinger har stort behov for terapeutisk kompetanse som supplement til ansatte med fengselsfaglig kompetanse.

I tillegg til de som kan være kandidater til NFFA, finnes det noen innsatte med en alvorlig psykisk lidelse som ikke utagerer, men som på grunn av kognitiv svikt, selvisolering eller annet likevel står i fare for å bli isolert. Også for denne gruppen kan det være behov for en særskilt ivaretakelse for å bedre situasjonen. Kriminalomsorgen og helsetjenestene må ha kompetanse og kapasitet til å differensiere mellom innsatte, slik at også disse innsatte fanges opp og kan få sine grunnleggende behov dekket. Mye av dette behovet kan gjelde å få tilstrekkelig kontakt med ansatte som kan gi trygghet. Også for disse innsatte er det nødvending med en styrket grunnbemanning og velfungerende kontaktbetjentordninger.

Mennesker med alvorlige, kroniske lidelser og lavt funksjonsnivå som er vurdert ferdigbehandlet og har behov for omsorg, henvises til videre oppfølging i kommunene. For innsatte må den kommunale helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen samarbeide om å dekke behovet. Utvalget vil her bemerke at det kommunale helsetilbudet, spesielt sykepleiere som arbeider i fengsel, gjør en svært viktig jobb overfor disse innsatte.

Endelig nevnes at det også ellers kan utvikles *alternative rammer for fengselsoppholdet* innenfor kriminalomsorgens anstalter, med bedre forhold for innsatte med særskilte behov. Fordi innsatte har ulike behov, må kriminalomsorgen totalt sett ha fleksibilitet og kunne tilpasse forholdene til den enkelte. Utvalget har spesielt diskutert behovet for å etablere flere avdelinger tilpasset ungdom mellom 18 og 24 år, i tillegg til de avdelingene for barn som allerede eksisterer. Overgangen fra et tverrfaglig soningsmiljø fokusert på barnas behov for rehabilitering, til et fengsel for voksne, kan være dramatisk. Videre bør det vurderes å etablere åpne fengsler med tilstrekkelig bemanning til å kunne gi kognitivt marginalt fungerende innsatte mer omsorg og målrettete aktiviteter enn det som er mulig i fengsler med høyt sikkerhetsnivå. Det bør dessuten vurderes å etablere egne enheter for innsatte med lange fengselsdommer og forvaringsdømte hvor det av sikkerhetsmessige grunner ikke vurderes å være mulig med overføring til lavere sikkerhetsnivå etter en vanlig progresjon. Slike enheter eller avdelinger kan tilpasses disse gruppenes forutsetninger i større grad enn hva eksisterende avdelinger og enheter kan.

Utvalget nevner disse behovene her, men har ikke hatt mulighet til å utrede dette nærmere. Utvalget vil påpeke at dersom man velger å utvikle flere spesialiserte soningsmuligheter, vil dette

kunne medføre en sentralisering slik at innsattes mulighet for kontakt med sine pårørende svekkes. Men det må da legges vekt på hva som er viktigst for den enkelte og vurderes på hvilken måte eventuelle brudd på nærhetsprinsippet kan kompenseres.

- Utvalget anbefaler at psykisk helsevern fortsetter å utvikle fengselspsykiatrisk kompetanse for poliklinisk oppfølging av innsatte uten behov for eller rett på innleggelse.
- Utvalget mener at det viktigste for innsatte med alvorlige psykiske lidelser som ikke har rett til innleggelse i psykisk helsevern, er at grunnbemanningen i fengslene økes, slik at det blir mulig med målrettede miljøterapeutiske tiltak. Slike tiltak kan bidra til å forebygge utelukkelse og at det utvikler seg negative atferdsspiraler samtidig med at psykiske lidelser forverres.
- Utvalget ser at etablering av ressursteam eller aktivitetsteam kan være en god løsning for å ha mulighet til å sette inn en ekstra innsats der hvor den alminnelige bemanningen og de alminnelige tilbudene ikke er tilstrekkelig til å ivareta innsatte.
- Utvalget er positiv til de erfaringene som hittil er gjort ved å etablere NFFA ved Ila fengsel for menn og som er planlagt ved Telemark fengsel, avdeling Skien, for kvinner, og antar at det er behov for flere slike enheter uten at det kan si hvor stort behovet er. Behovet bør utredes nærmere.

25.5 Kontakt med pårørende

Muligheten for å kunne opprettholde kontakt med pårørende kan ha stor betydning for den innsattes psykiske helse. Pårørende vil i mange tilfeller være en viktig støtte, og kan også bidra til å opprettholde den innsattes identitet som noe annet enn innsatt.

Når innsatte har psykiske lidelser eller utviklingshemming, vil situasjonen ofte være ekstra vanskelig både for den innsatte og dennes pårørende. Kontakten med pårørende vil for noen innsatte kunne forebygge ensomhet og frustrasjon, og forhindre situasjoner som kan føre til utelukkelse og bruk av tvangsmidler. Kontakten vil også kunne bidra til å minske de negative konsekvensene for innsatte som er isolert.

Innsatte har i dag svært begrensede kontaktmuligheter med pårørende, jf. punkt 13.3.3. Innsatte kan normalt motta ett besøk av én times varighet per uke, mens noen fengsler tillater noe lengre besøk. Videre kan innsatte i fengsel med høyt sikkerhetsnivå som hovedregel ringe pårørende inntil 30 minutter per uke, og de kan ha noe kontakt gjennom videosamtaler.

Utvalget mener familiekontakt kan være et viktig bidrag for den innsattes psykiske helse, og vil fremheve betydningen av å legge til rette for at innsatte skal kunne opprettholde kontakt med pårørende under straffegjennomføringen.

- Utvalgt mener kontakt mellom innsatte og pårørende kan være viktig for å forebygge psykisk uhelse og isolasjon hos innsatte. Det bør legges bedre til rette for kontakt mellom innsatte og pårørende, blant annet gjennom økte og mer fleksible kontaktmuligheter, deriblant digitale løsninger.

25.6 Rammene i kriminalomsorgen

25.6.1 Utgangspunkt

Personell og fengselsbygg er de vesentligste innsatsfaktorene for å drive fengsler i samsvar med dagens krav. Menneskelig kontakt og fellesskap er essensielt for å opprettholde en god psykisk helse og forebygge uhelse. Bemanningen i fengsler er derfor avgjørende for hvordan helsen til de innsatte ivaretas.

Tilgangen på personell er avhengig av budsjetter, og av at det er mulig å rekruttere mange nok med den faglige kompetansen som kriminalomsorgen trenger. Regelverket setter standarder. Rammene for kriminalomsorgens arbeid utdypes i det følgende.

25.6.2 Bemanning og budsjettrammer

Utvalget har merket seg at det i mange sammenhenger pekes på at kriminalomsorgen over tid har fått strammere budsjetter, og at etaten preges av underbemanning og problemer med å få rekruttert kvalifisert personell. I Kriminalomsorgens årsrapport for 2023 opplyser etaten selv at den har hatt en krevende økonomisk situasjon etter flere år med budsjettkutt og de to siste årene med ekstraordinær prisvekst som påvirker sentrale innsatsfaktorer.[7]

Flere faktorer understøtter opplevelsen av at kriminalomsorgens økonomiske rammer over tid er blitt strammere. Justert for generell prisstigning, har det vært en negativ realvekst i kriminalomsorgens driftsbudsjetter i flere år etter 2017. I

[7] Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport 2023*, s. 101.

tillegg har prisstigningen de siste årene vært særlig høy på varer som er sentrale innsatsfaktorer for kriminalomsorgen, slik som energi og mat.

Som en konsekvens av budsjettmessige forhold, dekkes fravær i kriminalomsorgen ofte ikke opp. I likhet med blant annet større krav til dokumentasjon, går også dette utover den tiden ansatte kan være sammen med innsatte. Rambøll har i sin kartlegging av arbeidssituasjonen for ansatte i kriminalomsorgen, pekt på underbemanning og mangel på ressurser som den viktigste faktoren for opplevelsen av et belastende arbeidsmiljø.[8] Forholdene fører blant annet til stort arbeidspress, redusert trygghetsfølelse og liten kapasitet hos ansatte og ledere til å følge opp alvorlige hendelser. Ansatte som i utgangspunktet har ressurser og motivasjon til å bidra positivt til kontakt og samhandling med innsatte, får i mange tilfeller ikke tid til dette, og kan føle seg maktesløse.

Utvalget påpeker at fengsler må holde stillinger i arbeidsdriften vakante når det skal spares penger. Naturlig nok må sikkerheten prioriteres, men aktivitetstilbud for innsatte er sentralt i rehabilitering og trivsel i fengsel.

I lys av det som er påpekt, har utvalget vurdert om det bør innføres et bemanningskrav for kriminalomsorgen, for å sikre en viss minimumsbemanning i alle avdelinger. Et slikt krav kunne bidra til å synliggjøre at dagens situasjon er vanskelig. På den annen side er det fare for at et slikt krav i realiteten blir en ekstra binding og belastning for kriminalomsorgen, og potensielt kan det bidra til en mindre effektiv ressursallokering.

Det som trengs, synes å være en generell styrking av kriminalomsorgen i form av økte budsjetter, som gjenspeiler den utviklingen som har funnet sted med tanke på de innsatte som gruppe, og større krav etter menneskerettighetene. Sammen med en større frihet for kriminalomsorgen til selv å allokere ressursene, er det først og fremst budsjettøkning som kan bidra til at kriminalomsorgen fremover vil kunne ivareta sitt samfunnsoppdrag på en akseptabel måte.

De ressursene som stilles til disposisjon for å gjennomføre fengselsstraff og varetekt, må nødvendigvis stå i forhold til det regelverket krever for å ivareta de innsatte.

Utvalget vil bemerke at det over tid er iverksatt flere tiltak rettet mot grupper av innsatte for å løse særskilte utfordringer. Blant annet er det lagt vekt på egne ungdomsenheter for innsatte under 18 år, og på å redusere forekomsten av isolasjon blant innsatte. Slike tiltak krever i mange tilfeller en høyere bemanningstetthet enn gjennomsnittet. Tiltakene har dermed bidratt til å trekke ressurser ut av det som totalt har vært til fordeling, og til en relativt lavere tildeling til den øvrige fengselsdriften.

Utvalget støtter de særskilte tiltakene som er etablert, men påpeker også at grunnbemanningen i fengslene – det vil si den minimumsbemanningen enhver fengselsavdeling må ha for å opprettholde en forsvarlig drift med et rehabiliterende innhold – synes å være på bristepunktet. Dersom man skal etablere andre spesialiserte enheter i kriminalomsorgen, må dette finansieres særskilt. For stort fokus på spesialisering, på bekostning av generelle tilbud, kan gi en uheldig utvikling hvor stadig flere av de innsatte kommer i kategorien av innsatte som har særskilte behov.

- Bemanningen i fengsler med høyt sikkerhetsnivå bør styrkes slik at alle innsatte kan få tilfredsstillende menneskelig kontakt, aktivitet på dagtid og individuell oppfølging.
- Utvalget mener at uten reelle budsjettøkninger for finansiering av bemanning på grunnplanet, spesielt i høysikkerhetsfengsler, vil man på ny måtte se at det blir begått menneskerettighetsbrudd.

25.6.3 Forvaltning av ressurser

Utvalget stiller spørsmål ved om dagens forvaltning av ressursene i kriminalomsorgen er optimal. Særlig bør det spørres om Kriminalomsorgsdirektoratet har tilstrekkelig handlefrihet med hensyn til organiseringen av etaten, innretningen av fengselskapasiteten og vurdering av sikkerhetsnivå for den enkelte domfelte, til å sikre en faglig god, hensiktsmessig og effektiv bruk av ressursene.

Erfaringsmessig er det ofte et stort politisk engasjement rundt spørsmål om lokalisering av fengselsbygg. Politiske organer er berettiget til å styre i slike spørsmål, men det kan ikke utelukkes at de konklusjonene som trekkes medfører at virksomheten blir mer kostbar enn om kriminalomsorgen hadde større frihet i en del administrative forhold. Kriminalomsorgen må naturligvis effektivisere sin virksomhet på linje med andre offentlige etater. Dette betinger imidlertid at kriminalomsorgen har den handlefriheten som er nødvendig for å realisere effektiviseringsgevinster. Allerede etter de tre første årene med ABE-reform gjennomført som «ostehøvelkutt», ble det vurdert at kriminalomsorgen hadde tatt ut den

[8] Rambøll Management Consulting. (2023). *Kartlegging av psykiske belastningsreaksjoner blant ansatte i kriminalomsorgen.*

effektiviseringsgevinsten det var mulig å ta ut ved den enkelt fengselsenhet, og at ytterligere effektiviseringspotensial da først og fremst lå i å kunne gjennomføre større strukturelle endringer. I motsatt fall ble det vurdert å være en fare for at pålegg om innsparinger ville gå ut over tjenestetilbudet og sikkerheten. Utvalget mener at kriminalomsorgen bør ha langt større frihet enn i dag til å opprette og legge ned avdelinger og fengsler etter behov.

Utvalget ser også at mange fengsler har arkitektoniske løsninger som gjør det vanskelig med mye aktivitet i fellesområder. Hvis dagens struktur med mange fengsler og til dels uhensiktsmessige fengselsbygg skal ligge fast, vil en intern omorganisering og effektivisering ikke være nok til å oppnå en akseptabel ressurssituasjon i kriminalomsorgen. Utvalget understreker at det ikke har hatt tilstrekkelig tid, kapasitet eller informasjon til å foreta en inngående analyse av kriminalomsorgens ressurssituasjon. Utvalget antar likevel at det vil være behov både for å styrke kriminalomsorgens budsjett, og for å gi kriminalomsorgen større handlefrihet.

Som et særskilt poeng nevner utvalget at effektivisering i dagens samfunn reiser spørsmål om det foreligger uutnyttede muligheter for digitalisering. Denne siden ved kriminalomsorgens virksomhet virker svakt utviklet. Samtidig understreker utvalget at bruk av digitale verktøy ikke må redusere den menneskelige kontakten mellom ansatte og innsatte. Den menneskelige kontakten er en uerstattelig faktor i rehabiliteringen, og for den dynamiske sikkerheten i fengslene.

- Utvalget antar at det kan oppnås bedre utnyttelse av kriminalomsorgens ressurser dersom Kriminalomsorgsdirektoratet får større handlefrihet med hensyn til organisering av etaten.

25.6.4 Kompetanse og rekruttering til oppgaver i kriminalomsorgen

Psykiske lidelser blant innsatte utfordrer kompetansen til de innsatte med hensyn til hvordan innsatte bør håndteres. Dagens grunnutdanning for fengselsbetjenter omfatter hovedområder som risiko og sikkerhet, straffegjennomføringsinnhold og tilbakeføring, og profesjonsforståelse, rett og etikk. Temaet «innsatte og domfelte med psykiske lidelser» er tilgjengelig ved videreutdanning. Det er likevel ikke obligatoriske elementer i utdanningen som sikrer at alle fengselsbetjenter får tilstrekkelig kunnskap for å ivareta innsatte med omfattende psykiske lidelser. Ansatte i kriminalomsorgen ber om veiledning fra helsetjenestene, men også disse er presset på ressurser. Utvalget ser at det er behov for å styrke kompetansen for de ansatte i kriminalomsorgen innen psykisk helsevern.

Dagens grunnutdanning for fengselsbetjenter er en 2-årig høyskoleutdanning under Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssenter (KRUS). Med de utfordringene med vold og psykiske lidelser som de innsatte som gruppe i dag representerer, er utvalget i tvil om denne grunnutdanningen er tilstrekkelig og godt nok tilpasset den arbeidssituasjonen som fengselsbetjentene har. Til sammenligning nevnes at politiutdanningen i Norge er en 3-årig bachelorutdanning ved Politihøgskolen, med det første og siste året på skole, og året imellom i praktisk arbeid i politiet.

Overgang til en 3-årig bachelorutdanning ville gitt rom for å styrke fengselsbetjentenes kompetanse innen helse. Videre kan en slik endring bidra til å gjøre utdanningen mer attraktiv. Utvalget er kjent med at det foregår en prosess i kriminalomsorgen rundt dette.

Foruten opplevelsen av stramme budsjetter, preges ressurssituasjonen i kriminalomsorgen av at det er vanskelig å rekruttere personell. Utfordringen gjelder både personell med fengselsfaglig grunnutdanning og andre kategorier ansatte, slik som IT-medarbeidere, jurister og enkelte ledere, og dessuten kvalifisert personale til arbeidsdriften i fengslene. Lønnsnivået i kriminalomsorgen er antakelig av stor betydning på dette området.

Mye tyder på at problemene med å rekruttere fengselsbetjenter vil vedvare. For tiden er antallet fengselsbetjenter som slutter i jobben, høyere en antallet nyansettelser. På grunn av høy gjennomsnittsalder og særaldersgrense for pensjonsalder må det dessuten forventes en betydelig avgang blant fengselsbetjenter fremover. Dette gir behov for å utdanne flere fengselsbetjenter.[9] Samtidig var antallet uteksaminerte fengselsbetjenter lavt en periode på grunn av en omlegging av studieforløpet ved KRUS.[10] I tillegg spiller det også inn på muligheten for å rekruttere og beholde personell at det er fysisk og psykisk krevende å arbeide med innsatte som utagerer og utøver vold.[11] Alle ansatte har krav på et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og utfordringer ved dette kan naturlig nok svekke rekrutteringen.

---

[9] Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport 2023,* s. 103

[10] Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport 2023*, s. 16.

[11] Rambøll Management Consulting. (2023). *Kartlegging av psykiske belastningsreaksjoner blant ansatte i kriminalomsorgen.*

Mange av stillingene i fengslene krever fengselsfaglig bakgrunn. Dermed påvirker utfordringene med å rekruttere faglærte fengselsbetjenter den daglige driften av fengslene. Faglært, fast ansatt personell er viktig for kontinuitet i arbeidet med de innsatte, som i sin tur er viktig for hvordan oppholdet i fengselet forløper, og hvilken progresjon den enkelte oppnår. Fordelene ved å ha en god dekning av faglært, fast ansatt personell i arbeid med de innsatte, er store.

Det er vel kjent at også helsetjenestene har utfordringer med å rekruttere faglærte ansatte, og at også de ansatte i helsetjenestene opplever at det er knapphet på tid og ressurser i tjenesteutøvelsen. Denne ressursknappheten vil sannsynligvis vedvare og forsterkes.[12] Dette understreker og forsterker behovet for å styrke den helsemessige kompetansen til ansatte i kriminalomsorgen, og rekrutteringen til etaten.

- Utvalget mener at kriminalomsorgens ansatte bør få en større kjennskap til, og forståelse av ulike psykiske lidelser.
- Utvalget mener det vil styrke kvaliteten i rehabiliteringsarbeidet dersom det i innsattes boavdelinger også jobber ansatte med annen fagkompetanse enn fengselsfaglig utdanning.

25.6.5 Aspekter ved regelverket

Frihetsstraff er ett av de mest inngripende tiltakene som kan gjennomføres i et land som Norge, og de menneskerettslige kravene som i dag oppstilles, treffer derfor kriminalomsorgen med stor kraft. Blant annet stilles det nå større krav til individuelle vurderinger ved gjennomføringen av sikkerhetstiltak enn det som er praktisert tidligere.[13] Foruten å *oppfylle* selve de menneskerettslige kravene, må kriminalomsorgen dessuten kunne *dokumentere* at kravene oppfylles. Det er helt på sin plass at avgjørelser om forhold av vesentlig betydning for innsatte må nedfelles skriftlig og begrunnes, samt gis klageadgang på – transparens rundt behandlingen av de innsatte er viktig for rettssikkerheten. Både utviklingen av rettighetene, og større krav til dokumentasjon for oppfyllelse av rettighetene, bidrar imidlertid også til at fengselsdriften er en mer krevende oppgave nå enn før. I dag kritiseres kriminalomsorgen fra mange hold, og det avsies dommer som konstaterer brudd på menneskerettighetene.

En del av utfordringen med å beskrive omfanget av manglende oppfyllelse av rettigheter i norske fengsler, er at straffegjennomføringsloven – som ett av de mest sentrale elementene i den rettslige reguleringen om opphold i fengsel – ikke fullt ut gjenspeiler de kravene som følger av Grunnloven eller konvensjoner som etter menneskerettsloven §§ 2 og 3 er norsk rett. I noen tilfeller kan det dessuten være usikkert hvilke krav som mer presist ligger i Grunnloven og disse konvensjonene.[14] Det kan bli lettere å oppnå samsvar mellom regelverket og den praktiske virkeligheten dersom det norske regelverket revideres slik at det *formidler* de minimumskravene som ligger i Grunnloven og konvensjoner etter menneskerettsloven § 2. Blant det som bør gjøres klarere, er hvor mye en innsatt kan være innelåst på cellen, og hvilken oppfølging en innsatt som ikke deltar i fellesskap med andre innsatte, minimum skal ha. Utvalget er kjent med at det er et pågående arbeid i Kriminalomsorgsdirektoratet på dette området.

Domfelte har plikt til å delta i aktiviteter, men fengslene har ikke alltid passende aktiviteter å tilby. Både meningsfylte aktiviteter i seg selv, og det samværet med andre som felles aktiviteter kan gi, er viktige for den mentale helsen. Etter utvalgets vurdering bør det vurderes om regelverket også bør statuere en juridisk rett for innsatte til aktiviteter.

At innsattes helse og velferd ikke alltid ivaretas godt nok, er negativt både for de innsatte selv og deres pårørende, for miljøet i fengselet, og for arbeidsforholdene for de ansatte der. I den grad det går utover rehabiliteringen, kan det også bidra til at den innsatte lettere sklir ut i ny kriminalitet etter løslatelse. Slik sett angår dette hele samfunnet.

Med virkning fra 1. januar 2025 gjelder det nye regler om tilsynsråd for kriminalomsorgen.[15] Reglene innebærer at det etableres et landsomfattende tilsyn med en fast ledelse oppnevnt av Kongen i statsråd, og minst ett medlem fra hvert fylke. I tillegg etableres det et sekretariat for tilsynsrådet. Utvalget forventer at berørte departementer og Stortinget vil følge opp de manglene som det nye tilsynsrådet måtte påpeke.

- Utvalget mener at regelverket om straffegjennomføring og opphold i fengsel bør revideres, slik at det gir uttrykk for de minimumskrav som ligger i Grunnloven og forpliktende konvensjoner.

---

[12] NOU 2023: 4 beskrives blant annet nåtidige og fremtidige utfordringer med å rekruttere personell til helsetjenestene.

[13] Se omtale i kapittel 13.3.3 vedrørende kroppsvisitasjon og telefonkontroll.

[14] HR-2024-775-A, sak om telefonkontroll i fengsel.

[15] Nytt kapittel 2 A i straffegjennomføringsloven, vedtatt ved lov 2. juni 2023 nr. 18.

- Utvalget mener at minstekravene ikke må oppfattes som den generelle normen, men som minimumsstandarden kriminalomsorgen ikke kan gå under.

25.6.6 Utfordringer ved dagens fengselsbygg

På 1800-tallet skulle fengsel innebære at den domfelte var for seg selv, med rom for ettertanke. Senere, og særlig fra 1970-tallet, har idealet vært en human strafferettspleie og rehabilitering i straffegjennomføringen. Dette idealet har stått sentralt blant annet i utdanningen av fengselsbetjenter.

Det brukes imidlertid fortsatt fengselsbygg med små muligheter for fellesskap og aktiviteter. Mangel på fellesskapsarealer medfører at innsatte noen steder er innelåst på cellen mer enn det som ellers ville vært nødvendig. Videre er det et betydelig vedlikeholdsbehov knyttet til bygningsmassen. Både av økonomiske grunner, og fordi slikt arbeid kan utfordre sikkerheten for innsatte og ansatte, er det krevende å gjennomføre vedlikehold og oppgradering. Noen av byggene er dessuten vernet, slik at det av den grunn er vanskelig å gjøre endringer. De fysiske forholdene i fengslene er i seg selv av helsemessig betydning for innsatte og ansatte.[16] Selv om det er utfordringer med en del uhensiktsmessige bygg, er det også gode fysiske forhold for virksomheten mange steder.

Fengslenes utforming og tilstand har betydning også for helsetjenestene, særlig for den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten. Noen steder opplever den lokalitetene som utilfredsstillende, og vanskelig forenlig med å yte tjenester på en forsvarlig måte. Dette kan gjelde for eksempel at lokalene er for små, eller at de av andre grunner ikke er egnet for å gjennomføre samtaler eller behandling i.

- Utvalget mener at når det gjelder etablering av nye fengselsbygg eller rehabilitering av gamle, må det fokuseres på gode arkitektoniske løsninger som gir mulighet for fellesaktiviteter. Byggene bør også planlegges slik at det er lett for det sivile samfunnet, helsetjenester, skole, frivillige organisasjoner og pårørende å samhandle med fengselet og de innsatte.

[16] Gröning, L. (2023): «Bærekraftig utvikling og fast eiendom: Tanker om fengselsbygg», i Konow, B. E., Marthinussen, H. F. og Skodvin, K. E. (red.) *Fakultetsbyggjar, vestlending og verdsborgar: Festskrift til Ernst Nordtveit 70 år*. Cappelen Damm Akademisk, side 615–632.

25.7 Utfordringer i samhandling mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene

25.7.1 Importmodellen og avklaring av ansvar for omsorgsoppgaver

25.7.1.1 Importmodellen

Importmodellen innebærer at innsatte mottar ulike offentlige tjenester fra de samme tjenesteleverandørene som andre deler av befolkningen. For å realisere dette skal innsattes behov ivaretas i samarbeid mellom kriminalomsorgen og andre offentlige etater, herunder helsetjenestene. I dette samarbeidet er etatene likestilt, i den forstand at ingen av dem kan gi instrukser for tjenesteytelsen fra de øvrige. Dermed er det heller ingen av etatene som sitter med totalansvaret for den enkelte innsattes situasjon.

Importmodellen legger grunnlaget for at innsatte kan få likeverdige offentlige tjenester, og sørger for at det også er andre yrkesgrupper enn kriminalomsorgens ansatte som er i kontakt med innsatte og som ser hvordan de har det i fengselet. Utvalget ser ikke at det foreligger noe nærliggende alternativ til importmodellen. Importmodellen forutsetter imidlertid både at det er klarhet om ansvarsområdet for hver av de etatene som skal bidra til tjenesteleveransen, og godt samarbeid mellom etatene.

25.7.1.2 Primærhelsetjenesten og omsorgstjenester

Ved innsettelse i fengsel gjennomfører den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten en innkomstsamtale med den innsatte. Som i helsetjenesten for øvrig, står denne tjenesten for en stor del av helsehjelpen, også ved symptomer på psykiske lidelser. Innsatte kan bestille time hos fengselslegen som for domfelte innsatte vil være hos den kommunale helse- og omsorgstjenesten i fengselet. Også varetektsinnsatte vil kunne få helsehjelp fra fengselslegen, men de kan også følges opp i fengsel av egen lege. Ved behov kan den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten. DPS har stedlig tjeneste i noen av de største fengslene.

For både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er det regulert i lovgivningen hvilke oppgaver de har, og det står klart i loven at kommunene har ansvar for helse- og omsorgstjenester til innsatte.[17] Særlig

[17] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9.

fordi den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke er til stede i fengslene gjennom hele døgnet, oppstår det i praksis likevel situasjoner hvor kriminalomsorgens ansatte opplever at de må utføre omsorgsoppgaver for innsatte. For eksempel kan dette gjelde hjelp til innsatte med å dusje eller andre tilsvarende omsorgsoppgaver når disse ikke klarer å gjøre det selv.

Spørsmålet om hvilken etat som bør ha ansvar for ulike omsorgsoppgaver overfor innsatte har ikke et opplagt svar, og kan tenkes besvart på forskjellige måter. Omsorgsoppgaver må ofte utføres der mottakeren av tjenesten bor, som for innsattes vedkommende er i fengselet. Videre kan slike oppgaver måtte utføres flere ganger i løpet av et døgn, også om natten. Kriminalomsorgen er til stede i fengselet gjennom hele døgnet. Rent praktisk er det dermed kriminalomsorgen som «er nærmest», samtidig som kriminalomsorgens ansatte ikke har helsefaglig kompetanse eller skal utføre helsetjenester.

Det er streng adgangskontroll i fengsler med høyt sikkerhetsnivå. I praksis kan dette kanskje bidra til at helsetjenesten blir både mer ressurskrevende og mindre pålitelig enn om den skulle utføres av kriminalomsorgens personell.

Selv om det som nevnt finnes argumenter som kan tale for det, anbefaler ikke utvalget å endre prinsippet om at ansvaret for omsorgstjenester hører under den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å kunne ivareta innsatte med døgnkontinuerlige behov, anbefaler utvalget at den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten i enkelte større fengsler utvides til å være operativ store deler av døgnet, og at innsatte med omfattende behov for omsorgstjenester flyttes dit. Både ressurshensyn og hensynet til kvalitativt gode tjenester tilsier dette. I noen tilfeller vil dette kunne gå på bekostning av nærhetsprinsippet.

Noen innsatte kan ha psykisk utviklingshemming som ikke er utredet. Det er i tilfelle en særdeles uheldig situasjon, siden de da har en varig tilstand, og det ikke er kartlagt hva de trenger. I andre tilfeller er det kjent at den innsatte fungerer marginalt kognitivt, men det kan være vanskelig for fengselet å forstå den innsattes behov. Fengslene er koblet opp mot både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utvalget har merket seg at det synes å være lite samarbeid med habiliteringstjenesten for voksne, som kan gi behandling og omsorg for innsatte med psykisk utviklingshemming og autisme, selv om habiliteringstjenesten for voksne ofte er organisert sammen med psykisk helsevern i helseforetakene. Dette er en uheldig situasjon som helseforetakene og kommunale tjenester bør ta ansvar for å bedre.

Både for en god ressursforvaltning, og for å oppnå kvalitativt gode tjenester, mener utvalget at innsatte med behov for omfattende omsorgstjenester fortrinnsvis bør settes inn i fengsler hvor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er til stede mye av tiden, og dessuten har relevant og tilstrekkelig faglig kompetanse.

- Utvalget mener at habiliteringstjenestens kontakt med fengslene bør styrkes, for å avdekke og følge opp innsatte med psykisk utviklingshemming eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser.
- Utvalget anbefaler at den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten i enkelte fengsler utvides til å være operativ store deler av døgnet, og at omsorgskrevende innsatte kan plasseres der.

25.7.2 Behov for faste strukturer for samarbeid mellom etatene

Klarhet om de formelle ansvarsforholdene er ikke tilstrekkelig for å sikre de innsatte den helsehjelp som importmodellen forutsetter. Et helhetlig ansvar for de innsattes helsehjelp krever også et godt samarbeid og god samhandling mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene. Utvalget har inntrykk av at samarbeidet mange steder fungerer godt, med gode relasjoner mellom personer som samarbeider om ivaretakelsen av innsatte. Et profesjonelt samarbeid må ha solide, permanente strukturerer, og kan ikke være avhengig av personlige relasjoner.

Både kriminalomsorgen og helsetjenestene opplever ressursknapphet, og har mange begrensninger for hvordan tjenesten kan utøves. Et godt samarbeid krever at etatene har en viss innsikt i, og forståelse for, hvilke begrensninger de andre samarbeidspartnerne må forholde seg til. I motsatt fall risikerer man at det bygges på urealistiske forutsetninger og forventninger. Dette kan være særlig viktig for arbeid med innsatte med psykiske lidelser, siden både sykdomsbildet og hvilke tiltak som er aktuelle, da ofte vil være mer komplekst enn ved somatiske helseutfordringer.

Behovet for innsikt i hverandres forutsetninger og begrensninger gjør seg gjeldende ikke minst i arbeidet med de innsatte med aller størst omsorgsbehov. For kriminalomsorgen kan det synes åpenbart at innsatte med tegn på alvorlige psykiske lidelser og livstruende utagering bør ivaretas i en døgninstitusjon i psykisk helsevern. I en

del tilfeller tar da også kriminalomsorgen initiativ til innleggelse i psykisk helsevern ved begjæring om innleggelse etter psykisk helsevernloven. Spørsmålet om innleggelse vurderes og avgjøres imidlertid av spesialisthelsetjenesten, som ut fra regelverket for sin sektor kan komme til at innleggelse ikke er riktig tiltak i det aktuelle tilfellet.

Det er også uheldig om kriminalomsorgen og helsetjenestene skulle skylde på hverandre for årsaken til at det er psykisk syke i fengslene; helsetjenestene ved å peke på at innsatte ikke får nok kontakt med andre mennesker, med forverring av psykiske lidelser som konsekvens, og kriminalomsorgen ved å vise til at innsatte må utelukkes på grunn av utagerende atferd fordi de ikke får forsvarlig helsehjelp. Utfordringene med psykisk syke i fengslene kan hverken forklares eller løses med henvisning til bare én av etatene, men må løses i et noe bedre strukturert samarbeid.

Utvalget er kjent med at det er inngått treparts samarbeidsavtaler mellom de fleste av landets fengsler, den lokale kommunale helse- og omsorgstjenesten og ansvarlig helseforetak for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling,[18] og støtter dette. Nettverket for de ansatte som jobber nærmest de innsatte må være innrettet for å kunne diskutere både generelle problemstillinger og situasjonen for enkeltpersoner. For etatssamarbeidet kan det være nærliggende at kriminalomsorgen – som i praksis blir sittende med «problemet» når samhandlingen om innsatte ikke fungerer godt – får et særskilt ansvar for å initiere og lede samarbeidet, supplert med plikt for de øvrige tjenestene til å delta aktivt.

Hensikten med økt samarbeid på de ulike nivåene vil blant annet være å møte systemutfordringer med systemtilpasninger og engasjement på de respektive styringsnivåene, og ta initiativ til tverrfaglige prosesser som kan kompensere for de barrierene som blant annet er pekt på i rapport fra Helsedirektoratet fra 2019.[19] Det vil si prosesser som kan bidra til å overvinne institusjonelle, organisatoriske og kulturelle barrierer.

- Utvalget mener at det kan være hensiktsmessig med faste samarbeidsstrukturer på regionalt og nasjonalt nivå. Behovet omfatter også departementene og direktoratene, herunder samarbeid om regelverk som omfatter begge sektorene.

25.7.3 Taushetsplikt

Det er påpekt i flere utredninger at det råder stor usikkerhet, ikke minst i helsetjenestene, om hvordan reglene om opplysningsplikt, taushetsplikt og opplysningsrett skal praktiseres.[20] Samtidig er brudd på reglene belagt med straffansvar.[21] Usikkerhet om innholdet i reglene og potensialet for straffansvar kan bidra til «forsiktighet» og misforståelser, med den konsekvensen at tjenestene ikke utnytter det rommet for informasjonsdeling som rettsreglene gir, på bekostning av mulighetene for å se ulike sider ved den innsatte i sammenheng.

Utvalget har drøftet regelverket om taushetsplikt for helsetjenestene og kriminalomsorgen, men foreslår ikke lovendringer.

Det beste utgangspunktet for et nært samarbeid mellom helsetjenestene og kriminalomsorgen vil gjerne være at den innsatte samtykker til at etatene kan dele taushetsbelagt informasjon. Særlig den kommunale helse- og omsorgstjenesten oppfordres til å informere og motivere innsatte til å samtykke til utlevering av helseopplysninger til fengslet, spesielt dersom man ser at informasjon på kriminalomsorgens hånd vil bidra til å gjøre fengselsoppholdet bedre for den innsatte. Dette kan gjelde for alle typer helseutfordringer, men spesielt dersom den innsatte har vært til behandling i det psykiske helsevern eller har andre utfordringer som krever særskilt tilrettelegging. Ved tidligere behandling i psykisk helsevern, kan det være helt sentralt at kriminalomsorgen får opplysninger, slik at den kan få relevant informasjon blant annet om hva spesialisthelsetjenesten ser som nødvendig fremtidig oppfølging.

Etter forvaltningsloven har kriminalomsorgen adgang til å dele informasjon med helsetjenesten om forhold av betydning for at kriminalomsorgen kan utføre sine oppgaver med ivaretakelse og rehabilitering best mulig. Det kan være viktig for spesialisthelsetjenestens diagnostikk å få kjennskap til hvorledes pasienten fungerer i fengselet ut over det helseopplysningene ved innleggelse gir. Utvalget finner det hensiktsmessig at når kriminalomsorgen sender bekymringsmeldinger til helsevesenet, så bør kriminalomsorgen dele alle de fengselsopplysningene om den innsatte som er relevante for god helsehjelp og rehabilitering.

- Utvalget anbefaler at når en innsatt har vært innlagt i psykisk helsevern i kortere eller lengre tid, skal psykisk helsevern på eget initiativ

[18] Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport 2023,* s. 41.

[19] Helsedirektoratet. (2019). *Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester.*

[20] Se for eksempel NOU 2017: 12 kapittel 12 og NOU 2019: 5.

[21] Jf. straffeloven §§ 209 og 210.

ta kontakt med fengselet for å planlegge utskriving og diskutere pasientens behov. Dette kan være avgjørende for hvordan den innsatte tas imot igjen i fengsel, og dermed for det videre oppholdet i fengsel. Dette er obligatorisk dersom fengselsleder er innleggelsesbegjærer.
- Utvalget vil understreke betydningen av å identifisere innsatte med behov for helsehjelp som ikke selv har forutsetninger til å forstå eller gi uttrykk for disse behovene. I noen tilfeller kan det her være behov for at helsevesenet vurderer den innsattes samtykkekompetanse.
- Utvalget mener at det hos både kriminalomsorgen og helsetjenestene er behov for økt kunnskap om reglene om taushetsplikt, herunder om mulighetsrommet for informasjonsutveksling.

25.8 Bruk av digitale verktøy for kontakt med helsetjenestene

Innsatte i fengsel har svært begrenset tilgang til internett og dermed begrenset tilgang til HelseNorge og andre offentlige nettbaserte tjenester. Dette gjør at de ikke får tilgang til for eksempel innkallinger og timeavtaler som fremgår der. Innsatte må derfor, som andre pasienter som ikke er i stand til å håndtere digitale verktøy, inntil videre kontakte helsetjenesten analogt. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten bør besvares til henvisende allmennlege og formidles til kriminalomsorgen som da blir ansvarlig for fremstillinger. Dersom kriminalomsorgen ikke klarer å prioritere slike fremstillinger, bør fengselet, ikke den innsatte, eventuelt måtte betale gebyret for ikke å ha møtt til den oppsatte timen.
- Utvalget presiserer at kriminalomsorgen og helsetjenestene må samarbeide for å finne løsninger som sikrer at innsatte får dekket sine helsebehov, på tross av innsattes manglende tilgang til nettbaserte tjenester.

25.9 Barn i fengsel

Barn kan ikke ivareta sine interesser i samme grad som voksne. De har derfor krav på et særskilt vern. Når barn unntaksvis må i fengsel, må forholdene i fengselet tilpasses barnets behov. De må skjermes fra voksne innsatte, få god informasjon og veiledning, og det må etableres en kontaktperson som koordinerer det som gjelder barnet. I tillegg skal det etableres et tverrfaglig team som følger barnets situasjon, og sørger for at forholdene tilrettelegges i samsvar med barnets behov.

Utvalgets inntrykk er organiseringen med tverretatlige team og at innsatsen ved ungdomsenhetene fungerer godt. Arbeidet med barnet igangsettes raskt etter innsettelse, men avbrytes i noen tilfeller etter kort tid fordi barnet løslates. Selv om løslatelse i seg selv er positivt, kan en rask løslatelse avbryte en innsats som kunne gitt gode resultater for barnets liv også etter fengselsoppholdet. For øvrig synes den største utfordringen å være overgangen til et ordinært fengsel for de som fyller 18 år. Det er en viss erfaring for at barn som har fått god oppfølgning i en ungdomsenhet raskt får en negativ utvikling etter overgangen.

Fengselsoppholdet skal tilrettelegges særskilt også når barn blir innsatt i et ordinært fengsel. I praksis vil de likevel ikke få den samme tette oppfølgningen der som i en ungdomsenhet, og det vil være en viss fare for negativ innflytelse fra voksne innsatte. Utvalget understreker behovet for å utvikle kapasiteten i ungdomsenhetene i samsvar med en realistisk prognose. Utvalget understreker likevel at slike tiltak ikke må bidra til at barn settes i fengsel annet enn i særlige unntakstilfeller.

25.10 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om ivaretakelse av helsen til innsatte

- Etter utvalgets mening strekker utfordringene med de innsattes situasjon seg lenger enn til det som formelt kan knyttes til menneskerettslige forpliktelser. Etter utvalgets oppfatning er den sentrale utfordringen i praksis å sikre at det tas et helhetlig ansvar for innsatte med alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelser. Dette forutsetter i sin tur at det er klarlagt hvordan denne gruppen innsatte i ulike tilfeller skal ivaretas, av hvem og innenfor hvilke rammer.
- Etter utvalgets vurdering er det nødvendig å komme langt nærmere realisering av et mål om at alle innsatte i fengsel skal ha tilgang til minst åtte timer utenfor cellen hver dag.
- Utvalget understreker at helsehjelp og innleggelse i psykisk helsevern skal være like tilgjengelig for innsatte som for andre deler av befolkningen.
- Utvalget mener at det er behov for å øke antall døgnplasser i psykisk helsevern, herunder intermediære plasser og langtidsplasser, samt

rehabiliteringsplasser og overgangsboliger knyttet til sikkerhetspsykiatrien.

- Utvalget anbefaler at fengselsleder benytter seg av muligheten til å stå som innleggelsesbegjærer ved henvisning til innleggelse etter psykisk helsevernloven kapittel 3.
- Utvalget anbefaler at det utredes om pasient- og brukerrettighetsloven skal åpne for at fengselsleder får adgang til å klage til statsforvalteren på manglende helsehjelp til en innsatt i tilfeller hvor den innsatte selv ikke er i stand til å ivareta sine rettigheter.
- Utvalget anbefaler at kriminalomsorgen i noe større grad tar initiativ til å vurdere soningsdyktighet og straffavbrudd for innsatte med alvorlige psykiske lidelser og psykisk utviklingshemmede når domfeltes helsetilstand tilsier det.
- Utvalget understreker at den beste måten å ivareta innsatte på, herunder innsatte med psykiske lidelser, er å ha tilstrekkelig antall ansatte som kan sikre at innsatte får tilgang til fellesskap med andre, aktiviteter og oppfølging av ansatte. Noen innsatte har atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer som tilsier en dårlig daglig fungering. Selv med en økt grunnbemanning vil det kunne være vanskelig å gi alle god miljøbehandling og gode rehabiliteringsmuligheter.
- Utvalget anbefaler at psykisk helsevern fortsetter å utvikle fengselspsykiatrisk kompetanse for poliklinisk oppfølging av innsatte uten behov eller rett på innleggelse.
- Utvalget mener at det viktigste for innsatte med alvorlige psykiske lidelser som ikke har rett til innleggelse i psykisk helsevern, er at grunnbemanningen i fengslene økes, slik at det blir mulig med målrettede miljøterapeutiske tiltak. Slike tiltak kan bidra til å forebygge utelukkelse, og at det utvikler seg negative atferdsspiraler samtidig med at psykiske lidelser forverres.
- Utvalget ser at etablering av ressursteam eller aktivitetsteam kan være en god løsning for å ha mulighet til å sette inn en ekstra innsats der hvor den alminnelige bemanningen og de alminnelige tilbudene ikke er tilstrekkelig til å ivareta innsatte.
- Utvalget er positiv til de erfaringene som hittil er gjort ved å etablere NFFA ved Ila fengsel, og som er planlagt ved Telemark fengsel, avdeling Skien, for kvinner, og antar at det er behov for flere slike enheter uten at det kan si hvor stort behovet er. Behovet bør utredes nærmere.
- Utvalgt mener kontakt mellom innsatte og pårørende kan være viktig for å forebygge psykisk uhelse og isolasjon hos innsatte. Det bør legges bedre til rette for kontakt mellom innsatte og pårørende blant annet gjennom økte og mer fleksible kontaktmuligheter, deriblant digitale løsninger.
- Bemanningen i fengsler med høyt sikkerhetsnivå bør styrkes slik at alle innsatte kan få tilfredsstillende menneskelig kontakt, aktivitet på dagtid og individuell oppfølging.
- Utvalget mener at uten reelle budsjettøkninger for finansiering av bemanning på grunnplanet, spesielt i høysikkerhetsfengsler, vil man på ny måtte se at det blir begått menneskerettighetsbrudd.
- Utvalget antar at det kan oppnås bedre utnyttelse av kriminalomsorgens ressurser dersom Kriminalomsorgsdirektoratet får større handlefrihet med hensyn til organisering av etaten.
- Utvalget mener at kriminalomsorgens ansatte bør få en større kjennskap til, og forståelse av ulike psykiske lidelser og somatiske helsebehov.
- Utvalget mener det vil styrke kvaliteten i rehabiliteringsarbeidet dersom det i innsattes boavdelinger også jobber ansatte med annen fagkompetanse enn fengselsfaglig utdanning.
- Utvalget mener at regelverket om straffegjennomføring og opphold i fengsel bør revideres, slik at det gir uttrykk for de minimumskravene som ligger i Grunnloven og forpliktende konvensjoner.
- Utvalget mener at minstekravene ikke må oppfattes som den generelle normen, men som minimumsstandarden kriminalomsorgen ikke kan gå under.
- Utvalget mener at når det gjelder etablering av nye fengselsbygg eller rehabilitering av gamle, må det fokuseres på gode arkitektoniske løsninger som gir mulighet for fellesaktiviteter. Byggene bør også planlegges slik at det er lett for det sivile samfunnet, helsetjenester, skole, frivillige organisasjoner og pårørende å samhandle med fengselet og de innsatte.
- Utvalget mener at habiliteringstjenestens kontakt med fengslene bør styrkes, for å avdekke og følge opp innsatte med psykisk utviklingshemming eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser.
- Utvalget anbefaler at den stedlige kommunale helse- og omsorgstjenesten i enkelte fengsler utvides til å være operativ store deler av døgnet, og at omsorgskrevende innsatte kan plasseres der.

- Utvalget mener at det kan være hensiktsmessig med faste samarbeidsstrukturer på regionalt og nasjonalt nivå. Behovet omfatter også departementene og direktoratene, herunder samarbeid om regelverk som omfatter begge sektorene.
- Utvalget anbefaler at når en innsatt har vært innlagt i psykisk helsevern i kortere eller lengre tid, skal psykisk helsevern på eget initiativ ta kontakt med fengselet for å planlegge utskriving og diskutere pasientens behov. Dette kan være avgjørende for hvordan den innsatte tas imot igjen i fengsel, og dermed for det videre oppholdet i fengsel. Dette er obligatorisk dersom fengselsleder er innleggelsesbegjærer.
- Utvalget vil understreke betydningen av å identifisere innsatte med behov for helsehjelp som ikke selv har forutsetninger til å forstå eller gi uttrykk for disse behovene. I noen tilfeller kan det her være behov for at helsevesenet vurderer den innsattes samtykkekompetanse.
- Utvalget mener at det hos både kriminalomsorgen og helsetjenestene er behov for økt kunnskap om reglene om taushetsplikt, herunder om mulighetsrommet for informasjonsutveksling.
- Utvalget presiserer at kriminalomsorgen og helsetjenestene må samarbeide for å finne løsninger som sikrer at innsatte får dekket sine helsebehov, på tross av innsattes manglende tilgang til nettbaserte tjenester.

Kapittel 26
Siktede og domfelte i en barnevernsinstitusjon

26.1 Innledning

Som nevnt i punkt 3.3, etterspør punkt 6 i mandatet at utvalget skal vurdere hvordan siktede og domfelte barn med alvorlig psykisk sykdom eller utviklingshemming som har opphold i barnevernsinstitusjoner best kan ivaretas. Utvalget har i kapittel 3 også kommentert og avgrenset vår behandling av dette temaet basert på at barn i dag verken gjennomfører varetekt eller soner frihetsstraff i barneverninstitusjoner.

I dette kapittelet fremhever utvalget noen overordnede vurderinger og grunnleggende hensyn som må ivaretas når det gjelder siktede og domfelte barn, i krysningsfeltet mellom strafferettens og barnevernets institusjoner. Utvalget vil også peke på noen hensyn som er relevante i en vurdering av hvorvidt barn som er siktet eller domfelt bør ha opphold i en barneverninstitusjon som en del av straffegjennomføringen.

26.2 Overordnede vurderinger

Utvalget har i punkt 3.3 gjort rede for opplysninger som Bufdir har gitt om barneverninstitusjonenes rolle når det gjelder siktede og domfelte barn. Selv om barneverninstitusjoner i dag ikke har en rolle i straffegjennomføringen, har Bufdir i sitt svar til utvalget pekt på at kriminalitet er en del av utfordringsbildet for mange barn i barneverninstitusjoner. Bufdir viser også til at selv om barnevernet ikke har som oppgave å beskytte samfunnet mot barn som begår straffbare handlinger, så vil opphold i en barneverninstitusjon med god omsorg og utviklingsstøtte kunne ha som virkning at risikoen for alvorlig kriminalitet i samfunnet reduseres.[1]

I kraft av omsorgsansvaret og særlige tvangshjemler i barnevernsloven har barneverninstitusjoner, når det er nødvendig og til barnets beste, mulighet til å begrense bevegelsesfriheten og benytte tvang for å hindre barn å sette seg i situasjoner som vil være skadelige for dem. Forenklet kan man si at barnevernsinstitusjonene fyller den samme funksjonen som foreldrene gjør i et velfungerende hjem.

Utvalget vurderer på denne bakgrunnen at det er viktig at barneverninstitusjoner får tilstrekkelig rammer, kompetanse og robuste bygg som gjør det mulig å gi god hjelp til denne gruppen barn. Dette er ikke minst viktig i lys av utvalgets vektlegging av at forebygging primært bør skje utenfor strafferetten, jf. punkt 24.8.

Utvalget anerkjenner også at en vurdering av hvorvidt barneverninstitusjoner bør ha en annen rolle i straffegjennomføringen enn i dag, er en kompleks og sammensatt vurdering. På dette punktet støtter utvalget Bufdir om at en endring med hensyn til å pålegge barneverninstitusjonene oppgaver som de per i dag ikke har, reiser behov for en grundig utreding, jf. punkt 3.3. Utvalget finner her også grunn til å minne om at Barneverninstitusjonsutvalget så sent som 26. oktober 2023 leverte sine anbefalinger om fremtidens barnevernsinstitusjoner.[2]

Utvalget vil særlig bemerke at frihetsberøvelse av barn aktualiserer problemstillinger om barns grunnleggende rettigheter, slik de følger av Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen, jf. punkt 5.5. Pågripelse, frihetsberøvelse eller fengsling av et barn skal for eksempel etter barnekonvensjonen artikkel 37 bare benyttes som en siste utvei og for et kortest mulig tidsrom. I de tilfellene hvor frihetsberøvelse av barn likevel er nødvendig, vil utvalget bemerke at det er viktig med tilrettelagte plasser og god tverrsektoriell oppfølgning som ivaretar barns særlige sårbarhet. Dette gjelder uavhengig av hvor barn gjennomfører straff eller varetekt.

[1] Brev av 1. oktober 2024 fra Bufdir til utvalget.

[2] NOU 2023: 24.

26.3 Opphold i barneverninstitusjon som et alternativ til varetekt eller frihetsstraff

26.3.1 Barneverninstitusjoner som et alternativ til varetektsfengsling

Som beskrevet i del 3, åpner straffeprosessloven for at personer mistenkt for et straffbart forhold etter nærmere vilkår kan settes i varetekt. Formålet med varetektsfengsling vil normalt være å hindre at en siktet unndrar seg straffeforfølgning, forspiller bevis i saken, eller på ny begår en straffbar handling som kan medføre høyere straff enn fengsel i seks måneder, jf. straffeprosessloven § 184 jf. §§ 171 og følgende. Formålet er altså å sikre en effektiv straffeforfølgning eller forhindre ny kriminalitet – ikke primært å ivareta den siktede.

Varetekt gjennomføres i fengsel. I stedet for fengsling, kan retten treffe beslutning om «plassering i institusjon eller kommunal boenhet», jf. straffeprosessloven § 188 andre ledd.

Utvalget ser at opphold i barnevernsinstitusjon som erstatning for varetektsfengsling vil gi institusjonen et slags dobbelt oppdrag med ansvar både for en effektiv straffeforfølgning og ivaretakelse av barnet. Dette vil kunne innebære rollekonflikter for institusjonen. Varetektsfengsling av barn er for øvrig et meget alvorlig inngrep, med retten, påtalemyndigheten og eventuelt kriminalomsorgen som de sentrale aktørene. Utvalget ser gode grunner til å unngå gråsoner rundt ansvarsforholdene ved varetektsfengsling.

En annen sak er at opphold i barnevernsinstitusjon i noen tilfeller kan medføre at det etter påtalemyndighetens eller rettens vurdering ikke er behov for varetektsfengsling. Så lenge det ikke legges særskilte føringer for barnevernet, er det etter utvalgets vurdering ikke noe å bemerke til en slik situasjon.

Ved lov av 20. desember 2023 nr. 110 fikk straffeprosessloven en ny § 184 b om at retten kan beslutte at varetektsfengsling skal gjennomføres som opphold på bestemte steder med elektronisk kontroll (foreløpig ikke i kraft). Bestemmelsen gir retten adgang til på nærmere vilkår å beslutte at varetektsfengsling skal gjennomføres utenfor fengsel med elektronisk kontroll, og slik at siktede skal oppholde seg på de stedene som retten angir. Påbudet om opphold på nærmere angitt steder kan gjelde den siktedes bolig eller andre steder. Ordningen krever samtykke både fra siktede selv og fra myndige hustandsmedlemmer, og fra siktedes verge dersom personen er under 18 år. Gjelder saken påbud om opphold i en institusjon eller kommunal boenhet, kreves det samtykke også fra institusjonen eller fra kommunen. Hvis det er mindreårige husstandsmedlemmer på stedet, skal disse informeres og gis anledning til å uttale seg. I lovforarbeidene antas det at en beslutning etter straffeprosessloven § 184 b vil være mest aktuelt for unge voksne mellom 18 og 24 år.[3] Blant annet fordi institusjoner i denne ordningen vil stå i samme stilling som foreldre i en familie utenfor institusjon, antar utvalget at ordningen vil kunne være aktuell også for barn som allerede bor i en barnevernsinstitusjon når varetektsfengsling vurderes.

26.3.2 Gjennomføring av fengselsstraff i en barnevernsinstitusjon

I del 3 er det beskrevet at straffegjennomføringsloven § 12 åpner for at idømt straff i særlig tilfeller helt eller delvis kan gjennomføres ved heldøgnsopphold i institusjon «dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig, eller andre tungtveiende grunner taler for det». I utgangspunktet hører det under kriminalomsorgen å vurdere om en domfelt kan og bør overføres til en institusjon etter § 12. Kriminalomsorgen kan imidlertid ikke pålegge institusjoner å ta imot en domfelt etter denne bestemmelsen, slik at overføring er avhengig av at den domfelte har eller får en plass der. Videre følger det av straffegjennomføringsloven § 12 at:

> Den domfelte skal kunne holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Kriminalomsorgen skal ikke beslutte slik gjennomføring hvis sikkerhetsmessige grunner taler mot det eller det er grunn til å anta at domfelte vil unndra seg gjennomføringen.

Selv om dette ikke praktiseres i dag, fremgår det av retningslinjer for kriminalomsorgen at barnevernsinstitusjon er et mulig alternativ for gjennomføring av straff etter straffegjennomføringsloven § 12.[4]

Etter utvalgets vurdering må det være en forutsetning for opphold i en barnevernsinstitusjon at barnet har behov og befinner seg i en situasjon som etter barnevernloven kan danne grunnlag for

---

[3] Prop. 139 L (2022–2023), spesialmerknader til straffeprosessloven § 184 b med videre henvisninger.

[4] Retningslinjer til straffegjennomføringsloven, punkt 12.3.

slikt opphold. Idømt fengselsstraff bør ikke i seg selv danne grunnlag for opphold i en barnevernsinstitusjon.

Det som etter utvalgets vurdering i større grad kan diskuteres, er om et barn som har eller får plass i en barnevernsinstitusjon, og som er idømt en fengselsstraff, bør kunne gjennomføre hele eller deler av straffen i barnevernsinstitusjonen, slik straffegjennomføringsloven § 12 isolert sett åpner for. Spørsmålet krever imidlertid en grundig vurdering, jf. omtale i punkt 3.3, og det kan anføres tungtveiende hensyn i begge retninger.

Det ligger i vilkårene etter § 12 at en overføring forutsetningsvis vil kunne være til gode for den domfelte, og dermed i tråd med barnets beste. På samme måte som det kan være positivt rehabiliterende at en domfelt med rusproblemer får gjennomføre hele eller deler av straffen i en institusjon for rusavhengige, kan det synes rimelig at et barn skal kunne gjennomføre straff i en barnevernsinstitusjon dersom kriminalomsorgen har kommet til at hensynet til samfunnsvernet ikke står i veien for dette. På den annen side kan det påpekes at det ikke inngår i barnevernets formål å sørge for at straff gjennomføres, og at en slik situasjon – som ved varetekt – kan medføre en risiko for at barnevernet får et «dobbelt oppdrag».

Videre er barnevernsinstitusjoner gruppetiltak som skal ivareta *flere barn*, ikke bare den domfelte, og at beboerne nødvendigvis påvirker livsbetingelsene for hverandre. Selv om kriminalomsorgen forutsetningsvis har kommet til at hensynet til samfunnsvernet ikke står i veien for en overføring, er det ikke gitt at det vil være faglig forsvarlig, eller at sikkerheten vil kunne ivaretas tilstrekkelig godt, hele institusjonen sett under ett. Når det av hensyn til samfunnsvernet er idømt en ubetinget fengselsstraff, er det ikke gitt at straffen bør kunne gjennomføres i en institusjon hvor det bor særlig utsatte barn med behov for utviklingsstøtte og et stort omsorgsbehov.

Utvalget har ikke grunnlag for å anbefale annet enn at det fortsatt bør være opp til barneverninstitusjonen om man skal ta imot en domfelt etter straffegjennomføringsloven § 12. En endring av dette utgangspunktet reiser flere komplekse spørsmål og vil kreve en grundig utredning.

Etter straffegjennomføringsloven § 16 a kan idømt fengselsstraff i noen tilfeller gjennomføres med elektronisk kontroll (fotlenke) utenfor fengsel. Barnevernsinstitusjonsutvalget drøftet bruk av fotlenke både for varetekt og for straffegjennomføring, og uttalte følgende om det siste:[5]

> Utvalget mener (…) at soning med fotlenke i barnevernsinstitusjon kan være aktuelt dersom barnet allerede bor på barnevernsinstitusjon og vil kunne profittere på videre opphold i institusjonen. Dette forutsetter at straffegjennomføringen kan skje i tråd med formålet i barnevernsloven og innenfor rammene av institusjonens faglige innretning, samt barnevernslovens regler om rettigheter og bruk av tvang.
>
> Utvalget mener en forutsetning for bruk av fotlenke mens barnet bor på institusjon, er at institusjonen og Bufetat, eventuelt Barne- og familieetaten i Oslo, samtykker til slik kontroll og at det håndheves av kriminalomsorgen. Statsforvalteren må være informert fra oppstarten av et slikt tiltak. Dagens bruk av fotlenke i hjemmet krever samtykke fra personer over 18 år som bor sammen med domfelte, og barn skal informeres og høres. Det må avklares om også barn som bor på samme institusjon som domfelte, og deres foresatte, må samtykke til soningen hvis institusjonen skal benyttes til fotlenkesoning for et barn.

Så lenge barnevernsinstitusjoner ikke tillegges andre funksjoner enn det foreldre normalt har, vil ikke straffegjennomføring med elektronisk kontroll for en beboer utfordre institusjonenes formål og funksjon. I likhet med Barnevernsinstitusjonsutvalget ser ikke utvalget avgjørende motforestillinger mot dette dersom institusjonen samtykker og barnet allerede bor i institusjonen. Det er formulert krav til samtykke og høring mv. av mindreårige husstandsmedlemmer i forbindelse med vedtakelsen av § 184 b i straffeprosessloven om varetekt. Utvalget antar at reglene der kan ha relevans også for straffegjennomføring med fotlenke.

---

5 NOU 2023: 24, s. 108.

Kapittel 27
Utvalgets vurderinger og anbefalinger om forvaring

27.1 En subsidiær reaksjonsform eller lovens strengeste straff?

Forvaringsstraffen er uttrykk for en vurdering av at det i noen tilfeller kan være behov for et mer omfattende vern mot ny, alvorlig kriminalitet enn det som ligger i en tidsbegrenset fengselsstraff. Dagens forvaring bygger i stor grad på forslag fra Særreaksjonsutvalget.[1] Etter Særreaksjonsutvalgets vurdering skulle forvaring først og fremst være aktuelt i tilfeller som kvalifiserer til en kort eller middels lang fengselsstraff, det vil si straffer fra noen måneder til opp mot seks til åtte år. Samtidig utelukket ikke utvalget at det i praksis kunne være behov for forvaring også i tilfeller hvor alternativet vil vær en lang fengselsstraff. Departementet delte «i det vesentlige» utvalgets syn på anvendelsesområdet for forvaring.[2]

Siden innføringen i 2002 synes det å ha vært en utvikling i retning av at det idømmes lengre forvaringsdommer enn før. Seksuallovbrudd er en av de sentrale lovbruddskategoriene for forvaring, og forhøyelsen av straffenivået for denne kategorien lovbrudd fra 2010 har bidratt til lengre forvaringsdommer. I perioden 2020–2022 ble tidsrammen for forvaringen satt til 8 år eller mer for 63 prosent av de forvaringsdømte for seksuallovbrudd, mens samme størrelse for perioden 2005–2007 var 19 prosent. Videre nevnes at det i perioden 2012–2019 var i gjennomsnitt 3 forlengelser av forvaringsdommer hvert år, mens det i perioden 2020–2023 var i gjennomsnitt 15 forlengelser hvert år. I dag er det praksis for idømmelse av forvaring blant annet for grove terrorhandlinger, som har en strafferamme på fengsel i 30 år. Totalt sett bidrar dette til at de som gjennomfører forvaring, sitter lenge i fengsel, se punkt 15.2 og 15.4 for nærmere omtale.

Idømmelse av forvaring skal bygge på en vurdering av behovet for frihetsberøvelse etter gjennomføring av en eventuell tidsbegrenset fengselsstraff, og reaksjonen skal bare idømmes dersom en slik fengselsstraff ikke anses tilstrekkelig. Idømmelse av forvaring i de aller alvorligste sakene medfører at perioden mellom pådømmelse av saken og utløpet av en eventuell alminnelig fengselsstraff, vil være svært lang.

Utvalget vil bemerke at det vil alltid være usikkerhet knyttet til vurderingen av gjentakelsesfaren for ny alvorlig kriminalitet, jf. straffeloven § 40. Generelt vil denne usikkerheten være større jo lengre frem i tid vurderingen er ment å gjelde for. I saker hvor det står mellom forvaring og en lang fengselsstraff, vil den vurderingen av risiko frem i tid som må ligge til grunn for valget av reaksjonsform være kvalitativt svakere enn om valget sto mellom forvaring og en kortere fengselsstraff. Etter utvalgets vurdering utgjør dette en betenkelighet ved å idømme forvaring i saker hvor alternativet er en lang fengselsstraff. Man må også ha for øye at opprettholdelse av forvaring etter fullført minstetid kun kan forsvares med at gjentakelsesfaren for ny alvorlig kriminalitet fortsatt er til stede, ikke med at domfelte «fortjener en lang straff».

At forvaring kan forlenges, innebærer en særskilt uforutsigbarhet for den domfelte. Med forvaringsordningen kan den domfelte i prinsippet ikke vite sikkert om han eller hun noen gang vil anses som «rehabilitert nok» til å komme ut av fengsel. Med innføringen av forvaring har lovgiver akseptert ulempene for den domfelte, til fordel for hensynet til samfunnsvern.[3]

Norsk strafferett er tuftet på at straffedommer normalt skal være tidsbestemte. Utvalget registrerer at forvaring i den offentlige debatt noen ganger omtales som «lovens strengeste straff». En slik karakteristikk kan gi inntrykk av at forvaring er straff for den mest alvorlige kriminaliteten. Intensjonen bak reaksjonen er imidlertid en annen – nemlig at forvaring skal være en subsidiær reaksjon, og primært et alternativ til mellomlange straffer.

---

1 NOU 1990: 5.

2 Ot.prp. nr. 87 (1993–1994) punkt 8.5.3.

3 Se også punkt 6.4 om vurdering av voldsrisiko.

Ved at forvaringsdømte i fengsel har mulighet til å påvirke sin situasjon gjennom å begjære prøveløslatelse, er det vanlig å anta at ordningen med forvaring som sådan ikke er uforenlig med menneskerettighetene.

27.2 Styrke samarbeidet med pårørende

Forvaringsstraffen skal ha et innhold som er særskilt tilpasset den domfeltes forutsetninger og behov, og straffegjennomføringen skal innledes med en kartlegging. Pårørende kjenner ofte den innsatte godt og kan bidra med verdifull informasjon, men det er i dag ikke noen systematisk involvering av pårørende når innsatte soner en forvaringsdom, se også punkt 15.9 og kapittel 31 om pårørende. Utvalget mener pårørende kan være en positiv ressurs for den forvaringsdømte og kriminalomsorgen når det er ønskelig med kontakt mellom den innsatte og pårørende, og når den innsatte ønsker at pårørende involveres ved å oppheve taushetsplikten til ansatte i kriminalomsorgen. Involvering av pårørende kan være særlig verdifullt i kartleggingsfasen, men også i løpet av soningstiden blant annet gjennom deltakelse i ansvarsgruppemøter. Dialog med pårørende kan gjennomføres digitalt dersom det er ønskelig, for eksempel når den innsatte soner langt fra hjemstedet.

- Utvalget mener helsetjenestene og kriminalomsorgen må styrke muligheten for involvering av pårørende til innsatte som gjennomfører en forvaringsdom. Involveringen bør styrkes både i kartleggingsfasen og gjennom soningstiden.

27.3 Forvaringsstraffen skal ha et særskilt innhold

Som beskrevet i punkt 15.6, er det utfordringer med forvaringskapasiteten. Blant annet Sivilombudet har påpekt at en del forvaringsdømte gjennomfører straff i en ordinær fengselsplass, og der ikke får det særskilte innholdet i straffegjennomføringen som er forutsatt.[4] Grunnen til dette er at det er flere forvaringsdømte i fengsel enn det er særskilt tilpassede forvaringsplasser. Ut fra det utvalget erfarer, har noen forvaringsdømte måttet vente flere år på plass i en forvaringsavdeling.

Utvalget mener det er uakseptabelt at flere forvaringsdømte gjennomfører forvaringsstraff i avdelinger som ikke er tilrettelagt for det, uten at dette er en del av en planlagt progresjon for den enkelte. Utvalgets vurdering på dette området er knyttet til to hovedpunkter. For det første vurderer utvalget det som uakseptabelt at disse dømte ikke får det særskilte innholdet og tilpasningen som regelverket forutsetter. Dette kan medføre at den forvaringsdømte ikke får anledning til å jobbe med sine risikofaktorer og dermed ikke anledning til å redusere den gjentakelsesfaren som domstolen har konstatert. Dette kan igjen medføre at den forvaringsdømte må sone lenger enn hva vedkommende ville ha gjort dersom endringsarbeidet hadde kommet i gang på et tidligere tidspunkt. Etter utvalgets vurdering utgjør dette en rettssikkerhetsrisiko for den enkelte domfelte, og kan i tillegg i enkeltsaker utgjøre brudd på grunnleggende menneskerettigheter. I Sivilombudets uttalelse i rapporten *Soningstilbudet til forvaringsdømte som venter i kø for plass på forvaringsavdeling* fra 2024 uttaler ombudet at de påpekte svakhetene ved dagens ordning for forvaringsdømte som venter på plass i forvaringsavdeling i sum medfører en klar risiko for at det i enkeltsaker kan forekomme krenkelse av EMK artikkel 5 nr. 1 a. Ombudet mener dette er alvorlig.

For det andre kan mangelen på forvaringsplasser medføre at innbyggerne i samfunnet ikke får den beskyttelsen forvaringsstraffen er ment å ivareta. Dersom vedvarende voldsproblematikk ikke fanges opp, kan dette medføre at domfelte blir løslatt selv om gjentakelsesfaren for alvorlige straffbare handlinger fortsatt er til stede. Etter utvalgets vurdering utgjør situasjonen derfor også en fare for nye alvorlige straffbare handlinger, utover det som samfunnet må akseptere.

Etter utvalgets vurdering er dagen praksis uakseptabel. Når det er gitt regler om dom til forvaring, må staten også sørge for at det er mulig å gjennomføre idømt forvaring i samsvar med forutsetningene for reaksjonen. Problemet med for få forvaringsplasser har vært kjent lenge, og det arbeides med å etablere flere plasser, men utviklingen går åpenbart for sent, og det er behov for umiddelbare tiltak.

- Utvalget finner det uakseptabelt at noen domfelte til forvaring i dag må vente lenge på å få en særskilt tilrettelagt forvaringsplass.

Problemet med for få forvaringsplasser kan løses ved at høysikkerhetsplasser omgjøres til forva-

[4] Sivilombudet. (2024). *Soningstilbudet til forvaringsdømte som venter i kø for plass på forvaringsavdeling.*

ringsplasser. De forvaringsdømte som i dag venter på plass i forvaringsavdeling, er allerede i fengsel med høyt sikkerhetsnivå. En omgjøring av plasser vil derfor ikke påvirke kapasiteten på høyt sikkerhetsnivå. Etter utvalgets vurdering må en slik omgjøring av plasser skje i eksisterende forvaringsanstalter. Disse anstaltene har ordinære høysikkerhetsplasser som kan omgjøres til forvaringsplasser, og de har et eksisterende fag- og kompetansemiljø som muliggjør relativ rask omgjøring av plasser.

Siden forslaget over bygger på eksisterende fag- og kompetansemiljø og kun innebærer en omgjøring av plasser, vil forslaget etter utvalgets vurdering gi en snarlig og kvalitativt god løsning, samtidig som merkostnadene er begrensede. Kostnaden ved en omgjøring av plasser er differansen i kostnaden mellom en høysikkerhetsplass og en forvaringsplass. Kostnaden for en plass i fengsel med høyt sikkerhetsnivå var i 2023 i gjennomsnitt om lag 1,25 millioner kroner, jf. omtale i punkt 12.2. Så vidt utvalget er orientert, var gjennomsnittskostnaden per forvaringsplass omtrent det dobbelte, hvilket gir en differanse i kostnaden mellom en ordinær plass i høysikkerhetsfengsel og en forvaringsplass på om lag 1,25 millioner kroner. Etter hva utvalget erfarer er det i dag i underkant av 20 forvaringsinnsatte som venter på plass i forvaringsavdeling.

Utvalget har vurdert andre løsninger, men vurderer at disse ikke er egnet til å gi de forvaringsinnsatte den særskilte oppfølgingen forvaringsstraffen forutsetter. Etter utvalgets vurdering vil de alternative løsningene heller ikke være kostnadseffektive.

De alternative løsningene utvalget har vurdert, er blant annet å tilføre de fengslene som i dag har disse forvaringsinnsatte økt bemanning og kompetanse for å sikre at de domfelte får individuell oppfølging og tilrettelegging, samt sikre at fengslene har ressurser og kompetanse til å observere, vurdere og dokumentere eventuell utvikling og endring hos den domfelte. Sett hen til at de forvaringsinnsatte som venter på plass er plassert i flere fengsler rundt omkring i landet, kan ikke utvalget se at det vil være mulig å tilføre alle disse fengslene nødvendig kompetanse, ei heller at dette vil være kostnadseffektivt.

Utvalget har også vurdert om det kan opprettes et ambulant team som kan bistå de fengslene som har forvaringsinnsatte som venter på plass i en forvaringsavdeling. Dette vil kunne bidra til at forvaringsdømte kommer *litt* i gang med prosessen mens de venter på en forvaringsplass. Svakheten ved denne løsningen er særlig at ambulante team vil være nettopp ambulante, og derfor ikke vil kunne sørge for helheten i innholdet for de forvaringsdømte. Slik utvalget vurderer det vil en slik løsning ikke sikre at de forvaringsdømte får den oppfølgingen og tilretteleggingen regelverket forutsetter. Et slikt ambulerende team må videre finansieres, og etter utvalgets vurdering vil et slikt team måtte bestå av flere personer, herunder faggrupper. Utvalget er ikke kjent med at de eksisterende forvaringsanstaltene har verken ressurser eller kapasitet til å være ansvarlig for et slikt ambulant team.

- Problemet med for få forvaringsplasser bør løses ved at ordinære høysikkerhetsplasser i eksisterende forvaringsanstalter omgjøres til forvaringsplasser. Dette krever særskilt finansiering slik at omgjøringen ikke går på bekostning av tilbudet til øvrige innsatte.

For øvrig understreker utvalget at behovet for forvaringsplasser har nær sammenheng med hvilken progresjon som oppnås for de forvaringsdømte. Ved utprøving av forvaringsdømte i fengsel med lavere sikkerhetsnivå, frigis det forvaringsplasser på høyt sikkerhetsnivå. Sett i sammenheng kan kapasiteten ses som et slags «økosystem», hvor endring eller «opphopning» ett eller flere steder i kjeden får betydning for både gjennomstrømningen og kapasitetsbehovet.

27.4 Progresjonsmulighetene for forvaringsdømte bør styrkes

Ideelt sett skal forvaringsdømte (og domfelte til lengre fengselsstraffer) oppnå progresjon gjennom utdanning eller arbeidserfaring, fremstillinger, permisjoner, overføring til lavere sikkerhetsnivå og prøveløslatelse. Progresjon bidrar til en gradvis overgang mellom fengsel og et liv i frihet, som igjen kan redusere faren for ny kriminalitet etter løslatelse. For forvaringsdømte vil progresjonstiltak i form av permisjoner og overføring til lavere sikkerhetsnivå dessuten gi den domfelte en arena for å vise en positiv atferdsendring.

Alle progresjonstiltak vil innebære en viss risiko for at den domfelte tar feil valg – sånn må det være for at den domfelte skal kunne vise at han eller hun nå tar valg som ikke innebærer vold eller andre handlinger som utfordrer det generelle samfunnsvernet. Det er et stort pluss for rehabiliteringen av domfelte dersom det er en viss forståelse for dette generelt i samfunnet.

Utvalgets inntrykk er at de alle fleste forvaringsdømte er i organisert aktivitet på dagtid.

Muligheten for fremstillinger vil avhenge av bemanningssituasjonen, som kan være vanskelig, jf. kapittel 12. Det kan ta lang tid å få svar på permisjonssøknader, og muligheten for overføring til lavere sikkerhetsnivå er begrenset fordi det mangler plasser der for forvaringsdømte.

Forvaring idømmes i tilfeller hvor det vurderes at den domfelte er tilbøyelig til å begå nye alvorlige straffbare handlinger, jf. vilkårene i strl. § 40. Utvalget ser at spørsmål om permisjon for en forvaringsdømt krever grundige overveielser. Samtidig er det et særskilt formål at forvaringsdømte skal utvikle seg, og behov for verktøy som kan stimulere og bidra til dette. Permisjoner kan være et slikt verktøy. Dagens system innebærer at permisjonssøknader må avgjøres på regionalt nivå, som innebærer betydelig saksbehandlingstid. Dette ville vært enklere hvis fengselet kunne avgjøre spørsmål om permisjon. Etter utvalgets vurdering bør det vurderes om ikke fengselet bør kunne få myndighet til å innvilge permisjon for forvaringsdømte, særlig i tilfeller hvor den domfelte har hatt permisjon tidligere uten vilkårsbrudd. En slik endring vil også kunne styrke fengselets muligheter for å sørge for at domfelte får god informasjon om hva om skal til for å oppnå permisjon.

- Utvalget mener at det bør vurderes om regionalt nivå kan delegere myndighet til å innvilge permisjoner for forvaringsdømte til lokalt nivå.

Videre har utvalget vurdert om det bør åpnes for flere utganger fra fengsel ved bruk av fotlenke for forvaringsdømte. I prinsippet kan fotlenke være aktuelt både for permisjoner og for prøveløslatelse. Generelt er utvalget positiv både til å styrke progresjonsmuligheten for domfelte, og til å utnytte de mulighetene som ligger i å bruke digitale verktøy i den forbindelse. Samtidig har teknologien begrensninger som særlig kan ha betydning vis a vis forvaringsdømte. Fotlenke er et godt verktøy for å kontrollere at en person oppholder seg på steder hvor vedkommende er forpliktet til å være, og kan også brukes til å varsle dersom en person oppsøker et sted han eller hun ikke skal være. Men det digitale verktøyet gir ikke noen fysisk barriere mot nye alvorlige straffbare handlinger.

Overføring fra fengsel med høyt sikkerhetsnivå til fengsel med lavere sikkerhetsnivå innebærer at sikkerhetstiltakene rundt den domfelte reduseres betydelig. Spørsmål om slik overføring er således en viktig avgjørelse, og kan være beheftet med en viss tvil. En slik tvil bør det da også være rom for, for at muligheten skal kunne brukes optimalt (og ikke bare «overforsiktig»). Overføring kan skje mellom fengsler, men det er ikke tvil om at overgangen i praksis blir enklere – både å få i stand og eventuelt å reversere – dersom ett og samme fengsel har forvaringsplasser både på høyt sikkerhetsnivå og på lavere sikkerhetsnivå. For å legge til rette for en god progresjon bør fengselskapasiteten derfor innrettes på denne måten. Det største mangelen i så måte er at Ila fengsel og forvaringsanstalt ikke selv disponerer plasser med lavere sikkerhetsnivå.

- For å legge til rette for progresjon, bør fengselskapasiteten innrettes slik at fengsler med høyt sikkerhetsnivå med forvaringsplasser også har plasser med lavere sikkerhetsnivå.

Utvalget understreker sammenhengen mellom forvaringskapasitet og progresjon. Særlig progresjon i form av overføring til lavere sikkerhetsnivå vil redusere behovet for forvaringsplasser på høyt sikkerhetsnivå. Utvalget vil i denne sammenhengen fremheve at forvaringsplasser på lavere sikkerhetsnivå er billigere å finansiere enn forvaringsplasser på høyt sikkerhetsnivå.

- I tillegg til at forvaringsanstalter bør ha forvaringsplasser på lavere sikkerhetsnivå, mener utvalget at det bør utredes om det bør etableres ytterligere forvaringsplasser på lavere sikkerhetsnivå andre steder i landet. Dette er viktig for å sikre progresjonsmuligheter for forvaringsdømte, men også for at det skal være mulig for forvaringsdømte å sluses ut flere steder i landet.

27.5 Forvaring overfor barn – en stor byrde på usikkert grunnlag

Det gjelder særlig strenge regler for bruk av forvaring ovenfor barn, jf. punkt 15.3. Straffeloven slår fast at det bare kan idømmes forvaring for handlinger begått av noen under 18 år dersom det foreligger helt ekstraordinære omstendigheter. Selv om lovens terskel er høy, er det avsagt flere dommer om forvaring for straffbare handlinger begått av barn.[5]

Som beskrevet i kapittel 10, vil det alltid være stor usikkerhet knyttet til hvorvidt en person i fremtiden vil komme å begå alvorlige straffbare handlinger. Denne usikkerheten gjør seg i enda større grad gjeldende hos barn. De er stadig i utvikling, og trenger utviklingsstøtte. Med en kort forhistorie vil det typisk også være færre og mer

[5] Se punkt 15.3.

usikre «frempek» mot fremtidige alvorlige straffbare handlinger, selv om det også finnes tilfeller der det er stor grunn til bekymring.

Ved vurdering av tilstanden for en som er siktet for en straffbar handling, kan det være av betydning hvordan den siktede selv uttrykker seg. Generelt vil det kunne være vanskeligere for barn enn for voksne å forklare seg og gi uttrykk for sine subjektive opplevelser. Utfordringene kan være særlig store for barn med alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelser. Dette kan være av betydning både for vurderingen av et spørsmål om strafferettslig tilregnelighet, og for vurderingen av gjentakelsesfare og behov for særreaksjoner eller forvaring. På denne bakgrunnen kan også risikoen for å dømme «feil» være større i saker om lovbrudd begått av barn enn i andre saker. Utvalget bemerker her at en av de saker der et barn ble idømt forvaring nå er blitt gjenåpnet[6] og prøvd på nytt, med utfallet at gjerningspersonen ble funnet utilregnelig og forvaringsdommen ble opphevet.

I ulike sammenhenger er det foreslått at forvaring ikke skal kunne idømmes for handlinger begått av noen under 18 år. Dette ble foreslått av Straffelovkommisjonen i NOU 2002: 4[7], og senere det utvalget som fremla NOU 2008: 15. Bruk av forvaring ovenfor barn har også blitt formål for mye kritikk.[8] Et sentralt bakteppe for denne kritikken er barns særlige rettigheter etter Grunnloven og barnekonvensjonen, jf. punkt 5.5.

Utvalget vil bemerke at utviklingen internasjonalt også synes å trekke i retning av hevet terskel for bruk av tidsubestemt frihetsberøvelse av barn,[9] se nærmere i punkt 15.3.

Etter utvalgets vurdering er den tidsmessige usikkerheten som ligger innbakt i forvaringsstraffen spesielt belastende for barn og ungdom, som har et helt voksenliv foran seg som skal planlegges. Denne særlige belasting gjelder i stor grad muligheten å ivareta barn under gjennomføring av forvaring fordi den vil kunne innvirke negativt på barns muligheter til rehabilitering og reintegrering i samfunnet. Etter utvalgets oppfattelse er barn med alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelser særlig sårbare i denne sammenhengen. Samtidig har flere av de barn som så langt er blitt idømt forvaring hatt slike alvorlige psykiske utfordringer.[10]

Utvalget ser at det behovet for tiltak for å forebygge alvorlige voldshandlinger som generelt begrunner forvaringsstraffen, i enkelte tilfeller kan gjøre seg gjeldende også ved handlinger begått av barn. Barn og svært unge kan noen ganger være like tilbøyelige til å begå alvorlige voldshandlinger som andre aldersgrupper. Etter utvalgets vurdering taler likevel de grunner som har blitt fremhevet ovenfor – om den særlige usikkerheten og belastningen som en forvaringsstraff innebærer for barn og barns rettigheter i denne sammenhengen – for at det ikke bør kunne idømmes forvaring for handlinger begått av personer under 18 år. Utvalget vil også peke på vekten av forebygging på sivilrettslig grunnlag når det gjelder barn med alvorlige psykiske lidelser eller funksjonsnedsettelser og voldsproblematikk. Barn med slik problematikk bør fanges opp i hjelpeapparatet og få den hjelp og oppfølgning de trenger før en alvorlig straffbar handling skjer. Noen av disse barna kan også ha behov for særlige sikkerhetspsykiatriske tilbud, jf. punkt 28.6 om utviklingen av slike tilbud.

Utvalget er delt i synet på hvilke konsekvenser de påpekte forholdene bør ha.

Utvalgets flertall mener at barn ikke bør kunne idømmes forvaring. Bruk av forvaring ovenfor barn reiser særlige betenkeligheter som også angår barns grunnleggende rettigheter etter Grunnloven og barnekonvensjonen. Disse omfatter usikkerhet ved både tilregnelighetsvurdering og vurderinger av gjentakelsesfare, og den særlige belastingen som en forvaringsstraff innebærer for barn. Forebyggende hjelpetiltak er særlige viktige når det gjelder barn.

Et mindretall i utvalget, utvalgsleder Frøstrup og utvalgsmedlemmene Borge og Gudbjørgsrud er enig i begrunnelsen og beskrivelsen knyttet til de problematiske sidene ved å idømme forvaringsstraff for barn. Samtidig mener mindretallet at den muligheten som finnes innenfor dagens lovverk, der det i helt særskilte tilfeller åpnes for en slik mulighet, bør videreføres.

---

6 LE-2022-95459.

7 Forslaget i NOU 2002: 4 er fremsatt av et flertall på tre av fem utvalgsmedlemmer.

8 Flere fagpersoner har vært kritiske, se for eksempel Gröning, L. & Sætre, H. S. (2019). *Criminal Justice and Detention*; Holmboe, M. (2020*). Forvaring av unge lovbrytere – et ubehagelig aktuelt tema*, s. 227–252.; Fornes, I. & Gröning, L. (2021). *Bruk av forvaring og sikring overfor barn 1965 – 2020. Tidsubestemt frihetsberøvelse av barn i et utviklingsperspektiv*, s. 251 -252.

9 For nærmere omtale se, Fornes, I. & Gröning, L. (2021). *Bruk av forvaring og sikring overfor barn 1965 – 2020. Tidsubestemt frihetsberøvelse av barn i et utviklingsperspektiv*, s. 251–252.

10 Gröning, L., Ottesen, Ø., & Øverland, K. (2021). Utilregnelighet hos barn mellom 15 og 18 år: Utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for strafferett, 21(1)*, s. 3–19.

27.6 Prøveløslatelse fra forvaring på vilkår om at den prøveløslatte skal ha opphold i institusjon eller kommunal boenhet (refusjonsordningen)

27.6.1 Innledning

Fengsel, og særlig fengsel med høyt sikkerhetsnivå, vil for mange være et krevende miljø. Refusjonsordningen åpner for at forvaringsdømte med lettere psykisk utviklingshemming og andre med tilsvarende funksjonsnivå som ikke kan se frem til en snarlig ordinær prøveløslatelse, kan overføres til et mer oversiktlig og tilpasset miljø. I tillegg medfører ordningen at fengslene avlastes fra å gjennomføre straffen for de aktuelle personene.

Systematisk er refusjonsordningen en form for *prøveløslatelse*. Vanligvis betyr «prøveløslatelse» at en domfelt slippes ut fra fengsel før en fengselsstraff er ferdig sonet, under forutsetning av at vedkommende ikke begår en ny straffbar handling i prøvetiden, og eventuelt enkelte andre vilkår, for eksempel møteplikt overfor kriminalomsorgen.[11] Under refusjonsordningen kommer den domfelte riktignok ut fra fengsel, men bare over i et annet regime med flere begrensninger enn det som vil være tilfelle ved en ordinær prøveløslatelse. Derfor er betegnelsen prøveløslatelse ikke alltid treffende. Betegnelsen «refusjonsordningen» er ikke misvisende, men gir heller ikke særlig informasjon, idet den bare gjenspeiler en administrativ side ved ordningen som er felles for alle deler av kriminalomsorgens virksomhet (at staten betaler).

I lovforarbeider er refusjonsordningen uttalt å skulle gjelde for tilfeller der det er utsikter til en endelig løslatelse. Samtidig vil utvalget påpeke at målgruppen for denne ordningen er forvaringsdømte med psykisk utviklingshemming og andre som på grunn av psykiske lidelser har tilsvarende funksjonsnivå. Det ligger derfor i sakens natur at flere vil kunne trenge oppfølging i lang tid fremover.

Statistikken viser at det er en viss gjennomstrømning i refusjonsordningen, i den forstand at domfelte under refusjonsordningen løslates. Imidlertid blir noen av de domfelte i ordningen lenge, og forvaringen forlenges, kanskje flere ganger, mens den domfelte er der og er underlagt omfattende restriksjoner. Sett hen til målgruppen for refusjonsordningen, trenger det ikke isolert sett å være kritikkverdig at noen forblir lenge i ordningen. Men utvalget mener at det må reises spørsmål ved om det er etisk riktig at noen domfelte, herunder domfelte med psykisk utviklingshemming, skal forbli under straffegjennomføring i svært mange år. Alternativet til langvarig straffegjennomføring vil være at disse personene følges opp på sivilrettslig grunnlag. Selve ordningen har positive sider ved seg, men det er som nevnt ikke i alle tilfeller dekkende å betegne den som en form for prøveløslatelse.

Av større reell betydning enn et lite treffende navn, er at det er en del uklarheter ved ordningen. Videre kan det være usikkert om den godt nok bygger grunnlag for endelig løslatelse, og også ellers innebærer en effektiv bruk av ressursene.

27.6.2 Behov for større klarhet om rammene for kontrolltiltak og tvang

Ved etablering av en prøveløslatelse under refusjonsordningen kan retten bestemme at den domfelte skal kunne holdes tilbake i institusjonen eller boenheten mot sin vilje, og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Et slikt vilkår skal fremgå av avtalen mellom kriminalomsorgen og kommunen og/eller den aktøren som eier botiltaket. I praksis vil det være de som jobber ved den aktuelle institusjonen eller boenheten som utøver den tvangen som eventuelt blir nødvendig. Rammene for denne tvangsutøvelsen er imidlertid ikke utførlig regulert.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 har regler om tvangstiltak overfor personer med psykisk utviklingshemming. Det er kommunen som har ansvaret for tiltak etter disse reglene. Forholdet mellom helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og det som er fastsatt i tilknytning til etableringen av et botiltak under refusjonsordningen, virker uklart. Dette kan skape usikkerhet om myndighets- og ansvarsforhold for de ulike tjenestene som har oppgaver i tilknytning til botiltaket og den domfelte. I praksis oppleves det også å være uklarheter om ansvarsforhold med hensyn til å følge opp og føre tilsyn med at de ansatte har den nødvendige kompetansen, at de har levert politiattest, har fått medisinopplæring, har kompetanse innen ruskontroll mv.

Vanligvis er det friomsorgen som fastsetter innholdet i oppfølgingen og iverksetter tiltak som anses nødvendige for en hensiktsmessig og sikkerhetsmessig forsvarlig gjennomføring av en prøveløslatelse.[12] Siden prøveløslatte under refusjonsordningen allerede er underlagt et sikker-

[11] Se straffegjennomføringsloven §§ 42 og 43 om løslatelse og prøveløslatelse fra fengsel.

hetsregime gjennom de vilkårene som retten har satt, kan det være uklart i hvilken grad kriminalomsorgen på eget initiativ kan iverksette ytterligere kontrolltiltak. Spørsmålet kan for eksempel komme opp der den prøveløslatte er dømt for seksuallovbrudd og ønsker tilgang til internett, og retten ikke har fastsatt noen vilkår for prøveløslatelsen som er til hinder for dette, men kriminalomsorgen mener at en slik begrensning er nødvendig av sikkerhetsmessige grunner.

I tillegg til den avtalen som inngås mellom regionalt nivå i kriminalomsorgen og vedkommende kommune, og som blant annet inneholder bestemmelser om sikkerhetstiltak, skal friomsorgen og kommunen og/eller institusjonen i samarbeid utarbeide en sikkerhetsinstruks. Denne instruksen kan ikke gå ut over de rammene som retten har fastsatt. I noen tilfeller ligger det i rettens beslutning at den domfelte skal overholde bestemmelser som fastsettes av kriminalomsorgen. Dette forstås gjerne slik at kriminalomsorgen kan regulere domfeltes adgang til besøk, internettbruk, kontrollere post og så videre. Det kan imidlertid spørres hvor langt en slik generell formulering fra retten rekker som grunnlag for en inngående kontroll. Etter hvert har det blitt vanligere at kriminalomsorgen foreslår spesifikke vilkår for prøveløslatelsen overfor retten, om for eksempel besøk og bruk av elektronisk utstyr.

Kriminalomsorgen må sikre at opplegget for en prøveløslatelse under refusjonsordningen er i samsvar med de rammene som retten har satt. Dette gjelder også spørsmål om de kontrolltiltakene og den tvangen som utøves overfor den domfelte i institusjonen eller boenheten er i samsvar med den fullmakten som domstolen har gitt, og uavhengig av om det er personell i kommunen eller hos en privat aktør som har den direkte kontakten med den domfelte. Ordningen forutsetter at kriminalomsorgen ved friomsorgen har tilfredsstillende interne rutiner for å kontrollere bruken av makt og tvang fra de som er rundt den prøveløslatte. Friomsorgskontorene har vanligvis tett kontakt både med den domfelte og tiltaket. Det gjennomføres jevnlige samtaler med domfelte, og det kan gjennomføres både anmeldte og uanmeldte besøk i boligen.

Generelt er det påpekt svakheter i systemet for eksternt tilsyn med kriminalomsorgens virksomhet. Det er vedtatt nye regler om tilsynsråd for kriminalomsorgen som trådte i kraft 1. januar 2025. De nye reglene omfatter blant annet tilsyn med refusjonsordningen.

- Utvalget mener at det er behov for en tydeligere og mer utførlig regulering av myndighets- og ansvarsforholdene knyttet til domfelte i refusjonsordningen.

27.6.3 Prøveløslatelser under refusjonsordningen kan bli svært langvarige, og bygger kanskje ikke grunnlaget for endelig løslatelse

Prøveløslatelse under refusjonsordningen er ment å gjelde tilfeller hvor det er en reell mulighet for at den forvaringsdømte etter hvert vil kunne mestre et liv i frihet i løpet av prøvetiden (om enn først etter flere prøveløslatelsesperioder, og kanskje med annen oppfølging fra det offentlige).[13] Samtidig er målgruppen for ordningen i utgangspunktet først og fremst domfelte med psykisk utviklingshemming.[14] For denne gruppen kan det være vanskelig å endre seg. Resultatet kan være at noen domfelte i refusjonsordningen lever i et strengt sikkerhetsregime med liten progresjon i årevis. Det kan spørres om de domfelte reelt sett er i en ramme som understøtter at forvaringen skal kunne opphøre, eller om ordningen for noen først og fremst fungerer som «oppbevaring» i tilfeller hvor det ikke foreligger et bedre alternativ.

I mange tilfeller ivaretas den prøveløslatte av en privat aktør fordi domfeltes hjemkommune ikke har samtykket, eller ikke selv kan tilby en institusjonsplass eller bolig. Når kommunen ikke samtykker, er den heller ikke avtalepart. I om lag to tredeler av de aktive sakene ivaretas den prøveløslatte av en privat aktør.

Endelig løslatelse vil i mange tilfeller kreve betydelige tjenester fra bostedskommunen, for eksempel til bolig. Når tiltaket kjøpes fra en privat aktør, er det heller ikke gitt at ordningen bidrar til å forberede kommunen på løslatelsen. Totalt sett kan det spørres om intensjonen om at den domfelte etter hvert skal kunne løslates helt, oppfylles effektivt nok. Samtidig viser tallene at det jevnlig er bevegelse inn og ut av ordningen.

- Utvalget mener at kommunene bør være avtalepart i saker etter refusjonsordningen for å sikre en best mulig forberedelse til løslatelse.

---

12 Forvaringsforskriften § 17.

13 Rt. 2012 s. 1964 (avsnitt 25 flg.).

14 Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) s. 73.

27.6.4 Prøveløslatelser under refusjonsordningen medfører betydelige kostnader

I 2023 ble det refundert om lag 107 millioner kroner gjennom ordningen. Det er stor variasjon i hva det enkelte tiltaket koster, fra om lag 4,5 millioner kroner for det rimeligste tiltaket, til om lag 16 millioner kroner for det mest kostbare. Gjennomsnittskostnaden per beboer ved utgangen av 2024 var i underkant av 8 millioner kroner. Til sammenligning nevnes at kostnaden ved å ha domfelte til tvungen omsorg plassert i kommunen, var i gjennomsnitt om lag 10,5 millioner kroner i 2023, men med betydelig variasjon mellom tiltakene.

Om lag halvparten av de 18 tiltakene i refusjonsordningen som var pågående per desember 2024 var enetiltak, og drøyt halvparten hadde en bemanning på 2:1, ett hadde en bemanning på 3:1, og resten av botiltakene hadde en bemanning på 1:1.

Kostnadene for det enkelte tiltaket kan avhenge av type plassering, enetiltak eller egen boenhet i bofellesskap, men kanskje vel så mye av hvilke utfordringer som er knyttet til den aktuelle domfelte. I de anbudskonkurransene som ble utlyst i perioden fra 2019 til november 2024 om levering av omsorgstjenester og bolig med heldøgns bemanning til personer under refusjonsordningen, ble det i fem av åtte utlysninger stilt krav om enetiltak, mens det i de øvrige tre var spurt etter egen boenhet med mulighet for fellesskap med andre beboere. I seks av utlysningene var bemanningsnormen 2:1 hele døgnet. Konkurransegrunnlagene viser at kravene til leverandørene også for øvrig i stor grad tilpasses den enkelte domfelte.

Utvalget presiserer at mange domfelte i denne gruppen vil trenge kostnadskrevende tiltak og oppfølging selv om de ikke skulle vært under refusjonsordningen.

27.6.5 Alternativer til refusjonsordningen

Utvalget har drøftet ulike alternativer til refusjonsordningen. Utgangspunktet for drøftelsen er at det finnes forvaringsdømte med psykisk utviklingshemming eller en annen kognitiv svikt som ikke klarer seg så godt i fengsel, men som på grunn av voldsrisiko ikke ligger an til en snarlig ordinær prøveløslatelse. For slike tilfeller bør det fortsatt finnes et alternativ.

Utvalget er opptatt av at denne gruppen domfelte må få tilbud som er tilpasset deres forutsetninger og behov, og som er egnet til å muliggjøre en fremtidig løslatelse. Etter utvalgets vurdering er det behov for en kombinasjon av løsninger for å sikre dette. Utvalget mener at forslagene nedenfor i sum vil være kostnadsbesparende.

Kriminalomsorgen bør rustes til å ivareta noen domfelte i denne gruppen i særskilt tilpassede avdelinger. Disse avdelingene må ha tilstrekkelig bemanning med ulik fagkompetanse fleksibilitet slik at de domfelte kan prøves ut under kontrollerte forhold. Slike avdelinger bør etableres i tilknytning til forvaringsanstaltene. Med en slik løsning vil ivaretakelsen av de aktuelle domfelte bli en mer integrert del av kriminalomsorgens virksomhet, og gjenstand for tilsyn og kontroll på linje med andre deler av virksomheten. Videre vil det kunne etableres flere domfelte i samme avdeling, med de muligheter for en effektiv drift som ligger i dette. Slike avdelinger vil kunne være gode arenaer for å prøve de domfelte ut, og dermed få et bedre grunnlag for å vurdere fremtidige muligheter for løslatelse.

I kapittel 29 peker utvalget på at det kan være behov for en mer helhetlig tilnærming til spørsmålet om hvordan personer med psykisk utviklingshemming eller en lignende tilstand som det knytter seg en særskilt sikkerhetsrisiko til, bør ivaretas. Behovet kan gjelde både domfelte til forvaring eller en særreaksjon, og personer som ikke er domfelte. Utvalget peker på muligheten for overgangsboliger for habilitering av domfelte i denne gruppen. Avhengig av innretningen for slike overgangsboliger, vil noen av de domfelte som i dag er kandidater for refusjonsordningen kunne overføres til disse.

For noen domfelte vil refusjonsordningen fremdeles være den eneste løsningen for å sikre tilbakeføring til samfunnet.

- Utvalget anbefaler at det i tilknytning til forvaringsanstaltene opprettes særskilt tilpassede avdelinger for innsatte som vurderes å være aktuelle for refusjonsordningen. Slike avdelinger må være bedre tilpasset denne gruppen innsattes forutsetninger og behov, og må muliggjøre utprøving på en annen måte enn de ordinære forvaringsavdelingene kan. Den nærmere utformingen av slike avdelinger må utredes ytterligere.
- Utvalget anbefaler at det opprettes overgangsboliger i habiliteringstjenesten, jf. kapittel 29. Også forvaringsdømte som i dag vurderes å være kandidater for refusjonsordningen vil kunne overføres til slike boliger.
- Utvalget anbefaler at refusjonsordningen og de nye tiltakene som her er anbefalt, evalueres når man har gjort seg erfaringer med dem.

27.6.6 Mindretallsmerknad om statlig finansiert prøveløslatelse

Et mindretall i utvalget, utvalgsleder Frøstrup og utvalgsmedlemmene Borge, Gudbjørgsrud og Henriksen, mener prinsipielt at ordningen bør avvikles, og at det allerede nå bør utvikles en mer kostnadseffektiv ordning i form av sikkerhetsboliger under kriminalomsorgen som erstatter dagens refusjonsordning. Kriminalomsorgen har etter mindretallets oppfatning gode forutsetninger for å håndtere ordningen som en integrert del av virksomheten, og det kan gjøres på en mer effektiv måte enn spesielt dagens private enetiltak legger til rette for.

Dette mindretallet viser til de momentene som kommer frem i kapittel 16 og punkt 27.6.2–27.6.4. Det er pekt på at det er uklare rammer for kontroll og tvang, at oppholdet kan bli langvarig, slik at den ikke bygger godt nok grunnlaget for endelig løslatelse, og at den er kostnadskrevende. Det er også pekt på andre ulemper med ordningen.

Dette mindretallet mener videre at det er uheldig å ha et system som noen ganger fungerer bra, andre ganger ikke. Det vises til de forhold som er påpekt av utvalget. Her stikkordsmessig gjentatt:

- Betegnelsen «prøveløslatelse» er lite treffende for refusjonsordningen, siden domfelte i ordningen har mange restriksjoner
- Det tar lang tid å etablere et botiltak innenfor ordningen
- Ordningen gjennomføres dels av private, og det kan være uklarheter ved koordineringen med det kommunale tjenestetilbudet
- Det kan være uklarheter med hensyn til hvilke restriksjoner kriminalomsorgen kan fastsette
- Det enkelte boligtiltak er i stor grad enetiltak. Det er uklart hvordan man sikrer en god utvikling i det faglige arbeidet med domfelte under refusjonsordningen
- Ordningen er kostbar. Samtidig må det tas i betraktning at det å ivareta denne gruppe mennesker vil være ressurskrevende uansett løsning
- Systemet bryter med det økonomiske ansvarsprinsippet

En løsning innen kriminalomsorgens rammer tilsier at kriminalomsorgen må overføres ressurser for å ivareta denne oppgaven. Det antas likevel å bli langt mer kostnadseffektivt enn dagens ordning. Det må også utredes nærmere de rettssikkerhetsmessige sider og andre sider av en slik overføring. *Dette mindretallet* ser at det kan være ulemper knyttet til endringen, men mener dette oppveies av fordelene. Det pekes særskilt på at kriminalomsorgen i utgangspunktet har god kompetanse, at det bør kunne gi plass raskere, bidra til bedre kostnadskontroll, mer transparens og gjøre det enklere å rekruttere kvalifisert personell.

27.7 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om forvaring

- Utvalget mener helsetjenestene og kriminalomsorgen må styrke muligheten for involvering av pårørende til innsatte som gjennomfører en forvaringsdom. Involveringen bør styrkes både i kartleggingsfasen og gjennom soningstiden.
- Utvalget finner det uakseptabelt at noen domfelte til forvaring i dag må vente lenge på å få en særskilt tilrettelagt forvaringsplass.
- Problemet med for få forvaringsplasser bør løses ved at ordinære høysikkerhetsplasser i eksisterende forvaringsanstalter omgjøres til forvaringsplasser. Dette krever særskilt finansiering slik at omgjøringen ikke går på bekostning av tilbudet til øvrige innsatte.
- Utvalget mener at det bør vurderes om regionalt nivå kan delegere myndighet til å innvilge permisjoner for forvaringsdømte til lokalt nivå.
- For å legge til rette for progresjon, bør fengselskapasiteten innrettes slik at fengsler med høyt sikkerhetsnivå med forvaringsplasser også har plasser med lavere sikkerhetsnivå.
- I tillegg til at forvaringsanstalter bør ha forvaringsplasser på lavere sikkerhetsnivå, mener utvalget at det bør utredes om det bør etableres ytterligere forvaringsplasser på lavere sikkerhetsnivå andre steder i landet. Dette er viktig for å sikre progresjonsmuligheter for forvaringsdømte, men også for at det skal være mulig for forvaringsdømte å sluses ut flere steder i landet.
- Etter utvalgets vurdering bør ikke barn kunne idømmes forvaring. Bruk av forvaring ovenfor barn reiser særlige betenkeligheter som også angår barns grunnleggende rettigheter etter Grunnloven og barnekonvensjonen. Disse omfatter usikkerhet ved både tilregnelighetsvurdering og vurderinger av gjentakelsesfare, og den særlige belastingen som en forvaringsstraff innebærer for barn. Forebyggende hjelpetiltak er særlige viktige når det gjelder barn.
- Utvalget mener at det er behov for en tydeligere og mer utførlig regulering av myndighets-

og ansvarsforholdene knyttet til domfelte i refusjonsordningen.

- Utvalget mener at kommunene bør være avtalepart i saker etter refusjonsordningen for å sikre en best mulig forberedelse til løslatelse.
- Utvalget anbefaler at det i tilknytning til forvaringsanstaltene opprettes særskilt tilpassede avdelinger for innsatte som vurderes å være aktuelle for refusjonsordningen. Slike avdelinger må være bedre tilpasset denne gruppen innsattes forutsetninger og behov, og må muliggjøre utprøving på en annen måte enn de ordinære forvaringsavdelingene kan. Den nærmere utformingen av slike avdelinger må utredes ytterligere.
- Utvalget anbefaler at det opprettes overgangsboliger i habiliteringstjenesten. jf. kapittel 29. Også forvaringsdømte som i dag vurderes å være kandidater for refusjonsordningen vil kunne overføres til slike boliger.
- Utvalget anbefaler at refusjonsordningen og de nye tiltakene som her er anbefalt, evalueres når man har gjort seg erfaringer med dem.

Kapittel 28
Utvalgets vurderinger og anbefalinger om særreaksjonene

28.1 Innledning

I befolkningen er det noen som har alvorlige psykiske lidelser. Det er ingen nær sammenheng mellom psykiske lidelser og kriminalitet; de aller fleste med alvorlige psykiske lidelser utgjør ikke noen særskilt fare for andre, og mange av de som begår alvorlig kriminalitet har ikke noen alvorlig psykisk lidelse. Men psykiske lidelser kan være en risikofaktor for vold eller andre alvorlige overgrep, i utredningen her ofte omtalt som voldsrisiko. Tilgang til god helsehjelp kan forhindre at en person utvikler voldsproblematikk.[1]

Vold og overgrep medfører belastninger og lidelse hos dem som blir rammet, og påfører belastninger også for den som begår handlingene. I tillegg kan slike handlinger bidra til en generell utrygghetsfølelse i samfunnet, og medfører utgifter til etterforskning og rettergang. Av hensyn både til samfunnet og til den enkelte som trenger hjelp med sin voldsproblematikk for ikke å begå straffbare handlinger, er det aller viktigste at man lykkes med å forebygge straffbare handlinger.

Personer som var utilregnelige på tidspunktet for en straffbar handling, kan ikke straffes. Personer med alvorlige psykiske lidelser skal få oppfølgning i helsetjenestene på sivilrettslig grunnlag, om nødvendig under tvangshjemlene i psykisk helsevernloven. Det kan reises spørsmål ved om mennesker med alvorlige psykiske lidelser som ikke kan holdes strafferettslig ansvarlig, skal kunne idømmes en strafferettslig særreaksjon. Særreaksjonene er primært et resultat av erfaringer for at det psykiske helsevernet ikke oppnår å forebygge voldsutøvelse fra personer med alvorlige psykiske lidelser så godt som samfunnet forventer. Av betydning for økt bruk av særreaksjonene, har også vært stadig mer restriktive hjemler for bruk av tvang i lovgivningen om psykisk helsevern, herunder uklarheter i bruken av farevilkåret. Tvungent psykisk helsevern krever hjemmel i lovverket. Det kan innebære at det er vanskelig å opprettholde kontinuerlig behandling av for eksempel en person med psykotiske episoder som ledsages av rus- og voldsproblematikk. Situasjonen kan i mange tilfeller bli at vedkommende skrives ut så snart den akutte forverringen av psykosen er behandlet, til tross for at personen mest sannsynlig fort vil ruse seg på nytt og bli sykere igjen.

Det er en kjent problemstilling i psykisk helsevern at det må gjøres krevende prioriteringer mellom kapasitet i døgnenhetene og prioritering av de mest syke. Med en særreaksjon er dette annerledes, fordi den domfelte til en slik reaksjon vil være under behandling og kontroll så lenge vedkommende anses tilbøyelig til å begå nye straffbare handlinger. Særreaksjonene kan likevel bare bidra til å forebygge nye, skadelige handlinger etter at det først er begått (eller forsøkt å begå) en alvorlig handling. Derfor kan de aldri bli et komplett verktøy for å forebygge straffbare handlinger. Det viktigste for å forebygge straffbare handlinger fra personer med alvorlige psykiske lidelser, er tilgang til helse- og omsorgstjenester, om nødvendig ved tvang. Lykkes man godt med å yte gode helse- og omsorgstjenester på sivilrettslig grunnlag, vil det bidra til å redusere behovet for strafferettslige reaksjoner.

For pasienter som er innlagt på sivilrettslig grunnlag, er det et sentralt rettssikkerhetsaspekt at den faglig ansvarlige fatter vedtak som gjennomgås av kontrollkommisjonen, som også behandler klager. Kontrollkommisjonens vedtak kan påklages til domstolene.

For personer med dom på overføring til en særreaksjon, gjelder at også saker om opprettholdelse eller opphør vil bli behandlet av uavhengige sakkyndige, påtalemyndigheten og domstol. Det kan således argumenteres for at det er grundigere rettssikkerhet knyttet til de strafferettslige særreaksjonene. Samtidig er prosessen raskere ved gjennomføring av tvungent psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag.

[1] Ekspertvalget om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutninger, bedre behandling*, s.196.

Det er en felles interesse for alle parter å unngå at det utøves handlinger som rammer noens liv, helse eller frihet, gjennom intervensjon før slike handlinger begås. På samme måte som at de som var utilregnelige på handlingstidspunktet ikke skal holdes strafferettslig ansvarlige, bør forebyggingen av slike handlinger primært håndteres utenfor det strafferettslige sporet. De strafferettslige særreaksjonene verken kan eller bør være mer enn et supplement til helsetjenesten på sivilrettslig grunnlag.

- Utvalget understreker at det aller viktigste er at man lykkes med å *forebygge* straffbare handlinger. Det viktigste for å forebygge straffbare handlinger fra personer med alvorlige psykiske lidelser, er tilgang på gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I noen tilfeller kan dette innebære behov for tvungen psykisk helsehjelp.

Tvangstiltak som innebærer frihetsberøvelse er et stort inngrep i den enkeltes grunnleggende rettigheter, jf. kapittel 5. Av hensyn både til samfunnsvernet og til den enkelte som trenger hjelp og behandling, må det i noen situasjoner kunne benyttes tvang. Lovgivningen må ha adekvate hjemler for dette, og helsepersonell må ta ansvar for å utøve tvang ikke bare av hensyn til pasienten, men også av hensyn til å verne innbyggerne fra alvorlige voldshandlinger og overgrep (samfunnsvernet).

Utvalget vil bemerke at all bruk av tvangshjemler på grunn av farekriteriet eller risiko for voldshandlinger må ha basis i en oppdatert vurdering av hvilken risiko den som utsettes for tvangen, representerer. En «statisk» risikovurdering med for stor vekt på hendelser langt tilbake i tid er til skade for den enkelte, og kan også gi grunnlag for feil ressursbruk.

- Utvalget støtter Samtykkekompetanseutvalgets anbefalinger om at psykisk helsevern bør styrke kvaliteten på vurderingene av voldsrisiko, blant annet ved å innhente informasjon fra pårørende, kommunen eller andre komparenter og eventuelt politiet. Det understrekes at voldrisikovurderinger alltid må sees i sammenheng med det miljøet pasienten er i eller skal skrives ut til, og at slike vurderinger jevnlig må revurderes.
- Utvalget påpeker at bruk av voldsrisikovurderinger og deres konsekvenser i psykisk helsevern og rettssystemet bør gjennomgås med sikte på videreutvikling og forbedring av disse vurderingene i begge sektorer.
- Utvalget støtter også denne vurderingen fra Samtykkekompetanseutvalget:[2]

  Utvalgets vurdering av resultatene fra de sparsomme undersøkelsene som er gjort, er likevel at de indikerer at tvang i noen tilfeller kan legge til rette for at personer med alvorlig psykisk lidelse får nødvendig behandling, som igjen kan bidra til å redusere et eventuelt voldspotensial.

Det fremgår av mandatet at utvalgets evaluering skal omfatte om reaksjonene fungerer etter sitt formål. Dette har ikke utvalget hatt anledning til å gjennomføre, jf. også punkt 3.2. Utvalget anbefaler derfor at en kartlegging av pasientforløpet for særreaksjonsdømte følges opp videre. Et slikt arbeid kunne understøttes for eksempel gjennom utvikling av bedre løsninger for digitalisert forløpsinformasjon. Det ville også være mulig å få et kvalitativt kunnskapsgrunnlag fra faglig ansvarlige for særreaksjonsdømte.

Mange domfelte følges godt opp innenfor dagens særreaksjonssystem. Men det er åpenbart også noen betydelige svakheter ved systemet som krever oppmerksomhet. De mest markerte er at:

- Psykisk helsevern er svekket gjennom reduksjon av antall døgnplasser. Dette kan bidra til at flere dømmes til en særreaksjon.
- Overgangen mellom dagens døgnplasser i spesialisthelsetjenesten og botiltak i kommunen er for stor. Det er et «gap» i tiltakskjeden som medfører dels at domfelte til tvungent psykisk helsevern blir værende lenger enn nødvendig i døgninstitusjon i psykisk helsevern, og dels at kommunene må bosette domfelte som de opplever ikke å ha kompetanse, ressurser eller et relevant lovverk for å håndtere.
- Særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern ser i praksis ut til å bygge på en presumsjon om at domfeltes voldsproblematikk kan behandles, og at reaksjonen etter hvert dermed kan opphøre. Dagens system og institusjoner favner ikke godt nok at noen domfelte likevel kan ha et varig behov for sterke begrensninger og tilpassede rammer.
- I det følgende går utvalget nærmere inn på disse utfordringene, og peker på tiltak som etter utvalgets vurderinger er sentrale for å løse dem.

---

[2] Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutning, bedre behandling,* punkt 11.2.3.

28.2 Behov for å styrke psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag

Det ligger i psykisk helsevernloven § 3-3 at psykisk helsevern har en oppgave med å ivareta samfunnsvernet knyttet til personer med alvorlig sinnslidelse og voldspotensiale. Det kan være behov for både døgnopphold, langvarig miljøbehandling og begrensninger i muligheten til å benytte rusmidler for å ivareta pasienten og mer generelt forebygge voldshandlinger.

Forutsetningene i psykisk helsevern for å forebygge alvorlig voldsutøvelse fra personer med psykisk lidelse, har endret seg over tid. Ett av utviklingstrekkene de senere årene er at pasientens selvbestemmelse er tillagt større vekt, med blant annet den konsekvensen at vilkårene for å beslutte tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3 ble strammet inn ved lovendring i 2017.[3] Utvalget påpeker at dersom pasienten oppfyller farekriteriet i psykisk helsevernloven, vil samtykke for oppfølging i psykisk helsevern ikke være nødvendig. Det har vært sentralt for utvalget at oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse i en del tilfeller har vært mangelfull. Antallet døgnplasser innen det psykiske helsevernet er vesentlig redusert de siste cirka 20 år, til fordel for en styrking av det poliklinisk behandlingstilbudet. I perioden 2002 til 2023 er antallet døgnplasser redusert fra om lag 1,5 plasser til om lag 0,75 plasser per 1 000 innbyggere (antallet døgnplasser i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene har vært relativt stabilt). Utviklingen med totalt sett færre døgnplasser har svekket det psykiske helsevernets forutsetninger for å gi pasienter nødvendig døgnbehandling over tid, og dermed også svekket muligheten for god oppfølgning av pasienter med kroniske psykotiske lidelser.

Ressursene i spesialisthelsetjenesten disponeres i utgangspunktet på grunnlag av prioriteringsregelverket og helsefaglige vurderinger av hva som kan oppnås gjennom behandling. Ved dom til en særreaksjon er dette annerledes, ved at spesialisthelsetjenesten må ta imot den domfelte og gjennomføre reaksjonen, i første omgang med opphold i en døgninstitusjon, uavhengig av ressurssituasjonen og om den domfelte antas å kunne ha nytte av spesialisthelsetjenester. Vilkårene for dom til en særreaksjon er med andre ord ikke knyttet opp mot helsefaglige vurderinger av om det foreligger et behandlingspotensiale.

Som beskrevet i del 4, har antallet dommer til en særreaksjon økt betydelig de siste årene. Forklaringene på dette er sammensatte. Til tross for en del innsikt i hva som har medvirket til veksten i antall dommer til særreaksjoner, er det usikkert hvordan antallet dommer til en særreaksjon vil utvikle seg fremover. Det er imidlertid vanskelig å få øye på forhold som tilsier at det årlige antallet idømte særreaksjoner fremover vil reduseres. Når det er flere nye dommer hvert år enn antall dommer som opphører, medfører det dessuten (naturlig nok) at det stadig blir flere som til enhver tid gjennomfører dom til en særreaksjon.

- Sivilrettslige helsetjenester bør bygges ut slik at flere kan få langvarig behandling og omsorg, også for å forebygge voldshandlinger. Psykisk helsevern må disponere et tilstrekkelig antall døgnplasser for å kunne ivareta sine oppgaver etter psykisk helsevernloven. Etter utvalgets vurdering er det behov for flere døgnplasser enn det er i dag.

Spørsmål om opprettholdelse av en tidsubestemt særreaksjon skal overprøves av domstolene minst hvert tredje år etter siste rettslige prøving. Særreaksjon kan bare etableres og opprettholdes når sivilrettslige tiltak ikke er tilstrekkelige for å verne samfunnet. I den forbindelse bør det alltid vurderes om de behovene som knytter seg til den domfelte fremover, vil kunne ivaretas på sivilrettslig grunnlag. Faglig ansvarlige bør derfor være oppmerksomme på at det er anledning til å overføre en domfelt som gjennomfører en særreaksjon direkte til vern under psykisk helsevernloven kapittel 3, ved opphør av særreaksjonen. Konsekvensene av en slik overføring vil være at det er helseforetakets ansvarlige som må vurdere videreføring og opphør av det tvungne vernet administrativt i samsvar med psykisk helsevernloven §§ 3-7 mv., det vil si uten involvering av påtalemyndighet og domstoler.

- Faglig ansvarlige i psykisk helsevern bør være oppmerksomme på at det er anledning til å overføre en domfelt som gjennomfører en særreaksjon direkte til vern under psykisk helsevernloven kapittel 3, ved opphør av særreaksjonen.

[3] Ved Prop. 31 L (2024–2025) er det fremsatt forslag om nye endringer i psykisk helsevernloven som vil senke terskelen for bruk av tvang. Proposisjonen er for tiden til behandling i Stortinget.

28.3 Behov for en bedre overgang mellom døgnopphold i psykisk helsevern og bosetting i en kommune for domfelte til tvungent psykisk helsevern

28.3.1 Utfordringer i overgangen mellom døgnopphold i psykisk helsevern og bosetting i en kommune

Gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern starter med døgnopphold i psykisk helsevern. Der vil pasienten få den helsefaglige behandlingen og oppfølgningen som den faglig ansvarlige i institusjonen foreskriver. Når døgnbehandling er fullført, vil overføring av pasienten til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold med bosetting i en kommune bli aktuelt dersom vedkommende kan ivaretas innenfor trygge rammer, gitt den voldsrisikoen som anses å foreligge. Spørsmål om overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene kommer antakelig raskere på dagsorden nå enn før, fordi det nå er større knapphet på døgnplasser i psykisk helsevern.

I praksis er det mange problemer knyttet til overgangen mellom døgnopphold i psykisk helsevern og bosetting i en kommune.[4] Problemene gjør seg gjeldende for domfelte til tvungent psykisk helsevern, men også for pasienter under tvungent psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag. Utvalget vil særlig peke på følgende:

I noen tilfeller vurderes pasienten å utgjøre en fare for andres liv og helse, slik at vedkommende fortsatt må være i en døgninstitusjon selv om videre behandling i døgninstitusjon ikke er nødvendig av helsemessige grunner. Risikoen for voldshandlinger kan være stabilt høy, eller mer situasjonsavhengig. For eksempel kan bildet være at pasienten har en psykoselidelse som behandles slik at pasienten blir symptomfri og velfungerende, men ved utskriving fra sykehus ruser pasienten seg og blir psykotisk, og igjen kan utgjøre en fare for andre. I praksis kan fortsatt opphold i en døgninstitusjon da være den eneste måten å redusere faren for nye, alvorlige handlinger. I dagens system finnes det i slike situasjoner ikke andre alternativer enn å beholde den domfelte i døgnplass i psykisk helsevern. Situasjonen kan medføre at pasienter må oppholde seg unødig lenge på for høyt behandlingsnivå. Dette er problematisk både for pasienten, andre ventende pasienter og institusjonen.

Dersom pasienten vurderes å kunne overføres til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, gir den faglig ansvarlige i spesialisthelsetjenesten føringer for hvilke rammer som skal gjelde for pasienten. Det blir da en oppgave for den domfeltes hjemkommune å stille til disposisjon en bolig og helse- og omsorgstjenester som oppfyller disse forutsetningene. Når de forutsetningene som spesialisthelsetjenesten setter for rammene juridisk sett ligger innenfor det som kommunen kan oppfylle, vil den tiden som går fra vedtaket om overføring til botiltaket er etablert, regnes som «overliggerdøgn». Kommunene betaler en særskilt sats for overliggerdøgn.

Helsedirektoratet har gitt vesentlige avklaringer for spørsmål som oppstår i forbindelse med overføring til tvang uten døgnopphold, blant annet at det ikke skal regnes som overliggerdøgn dersom spesialisthelsetjenesten stiller krav om tvangstiltak overfor pasienten som ligger utenfor de hjemler som kommunene har til å utøve tvang.[5]

Blant det som kan være usikkert, er hvilket ansvar kommunen har for sikkerheten rundt den domfelte. Rent faktisk har det også vært usikkerhet knyttet til mulighetene for å gjennomføre ruskontroll.[6] I flere sammenhenger er det pekt på at avstanden mellom døgnbehandling i sykehus og livet som bosatt i en kommune er for stor. I et systemperspektiv kan dette etter utvalgets mening betegnes som «et gap i tiltakskjeden».

- Utvalget er kjent med Helsedirektoratets lovfortolkning om samtykke til restriktive tiltak i bolig.[7] Utvalget anbefaler at det utredes videre om domfelte og andre med vedtak om tvungent psykisk helsevern bør få anledning til å samtykke til kontrolltiltak i bolig.

Overgangen ut fra et kanskje langvarig døgnopphold i spesialisthelsetjenesten til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold stiller krav til god planlegging, samhandling og oppfølging på tvers av tjenestenivåer og tjenesteområder. Kommunene opplever i noen grad at spesialisthelsetjenesten ikke involverer dem i prosessen med å forberede overføringen på en tilfredsstillende måte,

---

4 SIFER. (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune*. Utfordringene med overføring til kommunene belyses i rapporten.

5 Helsedirektoratet. (2022). Brev til Oslo kommune 9. mai 2022 om kommunens forpliktelse til å ivareta personer dømt til tvungent psykisk helsevern som skrives ut fra tvungent vern med døgnopphold til tvungent vern uten døgnopphold.

6 Reglene rundt ruskontroll er beskrevet i punkt 22.2.3.

7 Brev av 24. april 2019 fra Helsedirektoratet i sak 18/39340.

og oppstiller urealistiske forutsetninger om innretningen av bolig og tjenester for den domfelte. Kommunene opplever også at det skal svært mye til for at en domfelt uten døgnopphold overføres tilbake til døgninstitusjon selv om det skulle vise seg at pasienten er til stor belastning for sine omgivelser på grunn av voldelig eller utagerende atferd.

Spesialisthelsetjenesten har det rettslige ansvaret for gjennomføringen av en særreaksjon også etter overføring til tvang uten døgnopphold. Det kan likevel være usikkerhet om ulike sider ved gjennomføringen, juridisk eller faktisk. I rapporten *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv* beskrives situasjonen blant annet slik:[8]

> … [K]ommunene gir tjenester til en sammensatt gruppe brukere med alvorlig psykisk lidelser, ofte samtidige rusproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. Ulike tjenesteområder i kommunen er involvert i oppfølging av målgruppa, og personene det er snakk om befinner seg ofte i et grenseland mellom kommunens tjenesteansvar og spesialisthelsetjenesten. Lov om psykisk helsevern gir spesialisthelsetjenesten ansvar for utredning og behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse, og forvalter tvangshjemler på området. Kommunen har ansvar for bo- og tjenestetilbud forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men kommunale tjenester er basert på at innbyggerne frivillige ønsker å motta dem. Rapporten viser at kommuner og spesialisthelsetjenesten ofte kan ha ulike forståelser og vurderinger av pasienters behov, og begrenset kjennskap til hverandres kontekst og rammer. Det kan være krevende å agere i dette grenselandet, hvor det kan være uenighet både om pasientens situasjon og behov, hva som er et egnet og godt tilbud, og hvem som har ansvar for å gi nødvendige tjenester, behandling og oppfølging. Begrenset døgnkapasitet i psykisk helsevern skaper press på utskrivning av pasienter og høyere terskel for innleggelse.

For kommunene innebærer det en stor økonomisk belastning å etablere et botilbud med de kommunale tjenestene som en domfelt og andre pasienter under tvungent psykisk helsevern kan ha behov for. Generelt er det vanskelig for kommunene å rekruttere og beholde ulike typer fagkompetanse, ikke minst innen helse- og omsorgstjenester. Videre kan det i noen grad være en oppfatning i kommunene om at gjennomføring av en strafferettslig reaksjon er et statlig, og ikke et kommunalt, ansvar. Kommunenes utfordringer med å bosette personer under tvungent psykisk helsevern er hyppig omtalt i media, og særlig små kommuner kan oppleve den økonomiske belastningen som uhåndterlig. For gjennomføring av tvungen omsorg er bildet annerledes, siden kommunene får dekket sine utgifter til dette fra staten. Kommunene får dekket av staten noen av sine utgifter til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester, ikke særskilt avgrenset til særreaksjonsdømte.

Kommunene løser i noen grad oppgaven med å etablere og drifte bolig for domfelte til tvungent psykisk helsevern ved å kjøpe tjenesten fra en privat leverandør. Tilsvarende er domfelte til tvungen omsorg i omlag halvpartene av tilfellene bosatt i regi av en privat leverandør, enten etter oppdrag fra kommunen, eller på grunnlag av avtale direkte mellom Fagenheten for tvungen omsorg og leverandøren. Ved kjøp av tjenesten fra private er den domfelte i noen tilfeller bosatt utenfor hjemkommunen.

28.3.2 Mulige løsninger – større oppgaver og ansvar til kommunene?

Utfordringene med overgangen mellom døgnopphold i psykisk helsevern og bosetting i kommunen er veldokumentert. Etter utvalgets vurdering er det åpenbart nødvendig med tiltak som kan avhjelpe situasjonen. Behovet gjelder både å sikre at døgnplasser i psykisk helsevern kan benyttes til behandling, og at den enkelte pasient ivaretas i rammer som er tilpasset den enkeltes situasjon.

Ett av de spørsmålene som reiser seg, er om kommunene bør få en større oppgave med å ivareta personer under tvungent psykisk helsevern som ikke trenger behandling i døgninstitusjon i spesialisthelsetjenesten. Hvis kommunene fikk nye hjemler for bruk av tvang og et tydelig definert ansvar, er det i prinsippet mulig å tenke seg at kommunene vil kunne ta et større ansvar enn i dag for personer under tvungent psykisk helsevern. Gevinsten ved dette kunne være at døgnplassene i psykisk helsevern i (enda) større grad kunne forbeholdes for pasienter som trenger behandling, og at oppgave- og ansvarsfordelingen for personer i tvungent psykisk helsevern uten

[8] Hansen, I., Markussen, T., og Bråthen, K. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv,* s. 6-7.

døgnopphold kunne bli klarere, og på den måten enklere for kommunene.

Utvalgets utgangspunkt er at ansvars- og oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør bero på en vurdering av hva som reelt sett kan gi den beste løsningen. Domfelte til en særreaksjon gjennomfører ikke straff, og det kan argumenteres for at det ikke er noen prinsipiell grunn til at kommunene ikke skal ha ansvar for ivaretakelse av domfelte til en særreaksjon. Ved HVPU-reformen ble det bestemt at kommunene skulle ha ansvar for all omsorg for mennesker med psykisk utviklingshemming. Samtidig ble det under Stortingets behandling av regelverket om tvungen omsorg uttalt at domfelte til tvungen omsorg faller utenfor kommunenes ansvarsområde.[9]

Det er uansett lett å se reelle begrensninger i kommunenes potensiale på dette området. Problemstillingen føyer seg inn i den pågående debatten om hvilke tjenester og oppgaver kommunene er i stand til å levere for ulike grupper blant sine innbyggere i fremtiden.[10] Det å ivareta og utøve tvang overfor enkeltmennesker i en sårbar situasjon, er en meget krevende oppgave. Kommunene varierer betydelig i størrelse, og vil ha svært ulike forutsetninger for et større ansvar på dette området. Med en aktuell og forventet knapphet på fagpersonell blant annet i helse- og omsorgssektoren, ville dette være utfordrende for mange kommuner. Selv om antallet domfelte til en særreaksjon har økt, vil oppgaven omfatte et forholdsvis lite antall personer. Dette betyr at kommunene ikke vil oppnå noen betydelig «mengde-erfaring» eller stordriftsfordeler i det å ivareta personer under tvungent psykisk helsevern. På grunnlag blant annet av innspill fra KS, er utvalgets inntrykk at kommunene selv ikke ønsker nye hjemler for å utøve tvang fordi de ikke anser seg egnet til å utøve så inngripende tvang som det i noen tilfeller er behov for overfor domfelte til en særreaksjon. Alle forhold tatt i betraktning, ser ikke utvalget kommunene som den sentrale nøkkelen til forbedringer på dette området.

28.3.3 Mulige løsninger – tiltak i spesialisthelsetjenesten for en bedre overgang mellom døgnopphold og bolig i en kommune

I *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern,* som ble godkjent av alle de fire regionale helseforetakene i 2023, pekes det på redusert kapasitet i døgnavdelinger og utfordringer med å overføre domfelte internt i spesialisthelsetjenesten og til kommunale botilbud. I planen tas det til orde for å etablere nye tjenestetilbud innenfor sikkerhetspsykiatrien. Planen peker på flere sentrale tiltak som rehabiliteringstilbud, overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam, i tillegg til tett samarbeid med kommunene før og etter utskriving av pasientene. I tillegg beskrives mulighet for etablering av sikkerhetsbolig for noen ganske få pasienter som forventes å ikke kunne ivaretas utenfor spesialisthelsetjenesten, som per i dag har hatt mangeårige opphold i sikkerhetsavdeling. I den overordnede planen legges det til grunn at en del av pasientgruppen vil kunne dra nytte av opphold i mindre, bemannede døgnenheter for rehabilitering knyttet til sikkerhetsavdelingene. I tillegg anbefales overgangsboliger som en mer gradvis overgang fra sikkerhetsavdelingene til kommunale botiltak, med tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å følge opp planen; vurdere hvordan utviklingen innen tjenesteområdet best kan følges opp i egen region, og iverksette nødvendige tiltak.

Helseforetakene har begynt arbeidet med å følge opp planen, men det er regionale forskjeller i hvilke tiltak som prioriteres først. Flere helseforetak har allerede planer for etablering av overgangsboliger, rehabiliteringsenheter, ambulante team og helhetlige pasientforløp. I Helse Midt-Norge har man ved St. Olavs Hospital besluttet å etablere en pilot for sikkerhetsbolig i regi av Regional sikkerhetsavdeling. Tiltaket gjelder etablering av såkalte sikkerhetsboliger for 1–2 pasienter som det har vist seg vanskelig å bosette utenfor døgninstitusjon. I Helse Sør-Øst-Norge arbeides det tilsvarende med en pilot for etablering av sikkerhetsbolig for en pasient. Utviklingsarbeidet er i noen grad finansiert.[11]

---

9 Innst. O. nr. 113 (2000–2001) punkt 3.2 med videre henvisninger.

10 NOU 2023: 9.

11 Statsbudsjettet for 2025 ga en permanent styrking på 100 millioner kroner til økt kapasitet ved sikkerhetspsykiatriske avdelinger i sykehusene. I tillegg er det bevilget 36 millioner kroner til etablering av ambulante sikkerhetsteam.

For flere pasienter, både sivilt innlagte og særreaksjonsdømte, vil utprøving i overgangsbolig i spesialisthelsetjenesten være en nødvendig del av forløpet. Blant annet for å kartlegge hvordan pasienten fungerer i hverdagen under større frihet enn det som er mulig i en sengepost. I tillegg kan kommunene da bli kjent med pasienten som en forberedelse før utskriving, og også bli kjent med ansatte i ambulante team som skal bistå kommunalt ansatte etter utskrivingen.

- Utvalget støtter tiltakene og utviklingsretningen som er beskrevet i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri,* med utvikling av mer differensierte former for døgnopphold og botrening i spesialisthelsetjenesten, og ulike former for samarbeid mellom kommunene og sikkerhetspsykiatrien.

I kapittel 29 beskriver utvalget sitt forslag til nye institusjonelle rammer.

28.4 De tidsbestemte særreaksjonene

De tidsbestemte særreaksjonene, som ble innført i 2017, skal redusere forekomsten av omfattende og plagsomme lovbrudd utøvd av mennesker som ikke fanges opp av det sivilrettslige lovverket. Reaksjonene er til dels paradoksale ved at de har en bestemt tidsramme (maksimalt tre år) og opphører etter bestemt tid, uavhengig av det er noe som tilsier at den uønskede atferden da har avtatt. Samtidig kan en slik reaksjon idømmes flere ganger. Videre kan reaksjonen også idømmes for andre typer handlinger enn de som knytter seg til vernet av individers frihet, liv og helse, og som det derfor ikke er det aller største behovet for å beskytte samfunnet mot. Det idømmes da også langt færre tidsbestemte særreaksjoner enn tidsubestemte.

Samtidig er det positive erfaringer med at en tidsbestemt dom til tvungent psykisk helsevern i noen tilfeller har åpnet døren til god behandling for den domfelte.[12] De tidsbestemte særreaksjonene ser ut til å ivareta noen av de forpliktelsene staten har for å ivareta sine innbyggere mot overgrep fra andre innbyggere.

Utvalget mener at de som begår lovbrudd som ikke knytter seg til vernet av individers frihet, liv og helse, og som ikke kan holdes strafferettslig ansvarlige, først og fremst bør ivaretas gjennom eventuell behandling og omsorg på sivilrettslig grunnlag. Det er imidlertid nødvendig å styrke helse- og omsorgstjenestenes forutsetninger for å kunne oppfylle denne behandlings- og omsorgsfunksjonen. Utvalget viser for øvrig til at det ble påpekt under høring før ikraftsettingen av regelverket om tidsbestemte særreaksjoner, at den aktuelle gruppen heller bør følges opp ved å justere hjemlene for tiltak på sivilrettslig grunnlag.[13]

- Utvalget påpeker at de tidsbestemte særreaksjonene er tuftet på et lite prinsipielt grunnlag, og mener at de som begår lovbrudd som ikke knytter seg til vernet av individers frihet, liv og helse primært bør ivaretas på sivilrettslig grunnlag.

28.5 Enkelte rettssikkerhetsmessige aspekter

Både idømmelse og gjennomføring av en særreaksjon kan by på rettssikkerhetsmessige utfordringer. I likhet med andre pasienter innlagt på tvungent psykisk helsevern, har domfelte klagerett til Kontrollkommisjonen for gjennomføringen av det tvungne vernet, men ikke selve særreaksjonen. Den domfelte har i tillegg klagerett til statsforvalteren for vedtak om tvangsmedisinering. Det er en egen kontrollkommisjon for gjennomføringen av dom til tvungen omsorg. For pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern som har bolig i kommune eller private botiltak, finnes ingen kontrollkommisjon som ser på den domfeltes totale situasjon.

Etter opphold i en døgninstitusjon i spesialisthelsetjenesten, overføres domfelte til en særreaksjon i mange tilfeller til et kommunalt botiltak. Pasienter som gjennomfører tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Den som opplever ikke å få forsvarlige helsetjenester, kan klage til statsforvalteren. Utvalget legger til grunn at både kommunen og private firmaer i prinsippet er kjent med de juridiske begrensningene for utøvelse av makt og tvang, men i praksis kan dette være et krevende farvann. For eksempel kan det være vanskelig å vurdere i hvilke tilfeller det kan interveneres overfor en person på grunnlag av nødrett. Etter utvalgets mening bør det vurderes om det er tilstrekkelige mekanismer for å ivareta beboernes rettssikkerhet med hensyn til ikke å bli utsatt for ulovlige eller uforholdsmessige inngrep i sine rettigheter i private og kommunale botiltak. Utvalget foreslår å

[12] SIFER. (2020). *Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat.*

[13] Prop. 122 L (2014–2015).

bygge ut overgangsboliger for blant annet å sikre nødvendig oppfølging i regulerte former for domfelte til tvungent psykisk helsevern jf. kapittel 29. Gitt en tilstrekkelig utbygging av slike overgangsboliger, vil behovet for tvangstiltak i andre kommunale og private botiltak bli redusert. Uten overgangsboliger, er det grunn til å anta at behovet for tvangstiltak vil øke i ordinære kommunale og private botiltak uten at dette er lovregulert.

- Utvalget mener at det bør vurderes om rettssikkerheten for domfelte til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er tilstrekkelig ivaretatt når de bor i kommunale eller private botiltak.

28.6 Konsekvenser av lovendringen i 2020

Fra 2020 til 2021 var det en kraftig økning i antallet nye dommer til tvungen omsorg, se omtale i kapittel l8. Økningen må antas å ha sammenheng med endringer i straffeloven i 2020, som blant annet førte med seg at tvungen omsorg kan idømmes også andre enn personer med en utviklingshemming, og medførte en heving av den veiledende grensen for hvilken IQ som kan tilsi strafferettslig utilregnelighet. I dag kan også personer med symptomtunge psykiske lidelser og likestilte organiske og somatiske tilstander som påvirker kognitiv fungering (for eksempel demens, Alzheimer, hjerneskade og autismeforstyrrelser) finnes utilregnelige og dømmes til tvungen omsorg.

Foruten flere nye dommer til tvungen omsorg, har man etter lovendringer i 2020 fått noen tilfeller med såkalte «konverteringsdommer», det vil si omgjøring av idømt tvungent psykisk helsevern til tvungen omsorg, besluttet av retten i sak om opprettholdelse av dom til tvungent psykisk helsevern. Sentral fagenhet for tvungen omsorg har opplyst om fire slike konverteringsdommer. I noen av disse sakene har rettens begrunnelse for å konvertere fra tvungent psykisk helsevern til tvungen omsorg en ganske lik utforming, med blant annet henvisning til Prop. 154 L (2016–2017) og straffeloven § 3 første ledd. Som et eksempel gjengis følgende fra én av dommene:[14]

> Retten skal foreta en bred vurdering av om vilkår for fortsatt særreaksjon fortsatt foreligger, og anser at lovendringen formelt åpner for at også tvungen omsorg inngår som ett av de tiltak som kan vurderes. Da tiltalte ble dømt første gang hadde man ikke innsikt i hans autismelidelse, og hans psykotiske gjennombrudd var grunnlaget for valg av reaksjon. Straffeloven åpnet ikke for tvungen omsorg for pasienter i denne gruppen i 2008. Formålet med lovendringen var å la retten avgjøre hvilken oppfølging som er riktig, og retten kan ikke se at det fremgår at denne adgangen er begrenset til den dom som første gang avgjør dette spørsmålet. Hensikten har vært å åpne for en tilpasset bruk av særreaksjoner, og for denne gruppen pasienter vil behovet kunne endre seg over tid. En overføring innebærer imidlertid at lovendringen gis tilbakevirkende kraft.

I et annet tilfelle med samme type konvertering er rettens begrunnelse supplert med at «[o]verføring til tvungen omsorg gir tilgang til faglige og økonomiske ressurser som kan gjøre det mulig å etablere et tiltak utenfor sykehuset, noe som igjen antas å kunne bidra til økt livskvalitet hos tiltalte».[15]

Tvungen omsorg synes å fungere på en måte som mange berørte er fornøyd med. Suksessfaktorene synes å være at det legges stor vekt på individuell tilpasning i gjennomføringen, og på god oppfølging fra et kompetent fagmiljø i Sentral fagenhet for tvungen omsorg. Samtidig er det etter utvalgets vurdering også enkelte utfordringer knyttet til denne reaksjonen. Vurderingene fra rettspraksis illustrerer hvordan valget av reaksjon påvirkes av ressurshensyn.

Utvalget vil i kapittel 30 gjøre rede for hvordan de særreaksjonsdømte bedre kan ivaretas med tiltak som er bedre balansert med tanke på rammene for finansiering. Det legges til grunn at oppbygging av bedre balanserte tiltak vil ta tid. Ivaretakelse av domfelte til tvungen omsorg vil være ressurskrevende uansett hvordan omsorgen organiseres.

28.7 Det mangler et sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn

Også barn med alvorlige psykiske lidelser kan ha alvorlig voldsproblematikk. Disse kan ha behov for et sikkerhetspsykiatrisk tilbud. I dag har imidlertid spesialisthelsetjenesten ingen sikkerhetspsykiatriske enheter i landet som har dette oppdraget. Barn blir derfor i noen tilfeller plassert på avdelinger beregnet for voksne. Dette er ikke i samsvar med Norges menneskerettslige forplik-

[14] 21-125858MED-TTRO/TTRD.

[15] 21-178510MED-TAGD/TFAR.

telser, og er tatt opp også av Barnevernsinstitusjonsutvalget, som uttaler blant annet:[16]

> Utvalget mener det er alvorlig at det ikke eksisterer et eget sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn, og at Norge med dette bryter sine menneskerettslige forpliktelser. Det er nødvendig at det etableres rettspsykiatrisk kompetanse og et eget utrednings- og behandlingstilbud spesifikt rettet mot barn og unge.

Barnevernsinstitusjonsutvalget har foreslått at det etableres et eget sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn under 18 år der det er mistanke om (eller konstatert) alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd.[17] I *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og domfelte pasienter* fra 2023 legges det til grunn en økning av barn og unge voksne i pasientgruppen. I tråd med anbefaling i planen og oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2024, har de regionale helseforetakene gjennomført en felles utredning av behovet for et behandlingstilbud for barn under 18 år med mistanke om eller konstatert alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd, herunder behovet for regionale tjenestetilbud og et forsterket nasjonalt tjenestetilbud. Utredningen anbefaler at det etableres tilpasset sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn og unge i alle helseregionene, med et forpliktende nasjonalt faglig nettverk for fagområdet.[18]

Barn er mer sårbare enn voksne fordi de er i en utviklings- og modningsprosess. Rettslig sett har barn derfor et sterkere vern om sin personlige integritet enn voksne.[19] Barn har også særlige rettigheter i den strafferettslige konteksten, jf. omtale i punkt 5.5. På dette grunnlaget støtter utvalget forslaget om etablering av sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn. Samtidig bemerker utvalget at spørsmål om den nærmere utformingen, herunder om lovgrunnlag, tvangshjemler, kontroll mv., reiser kompliserte spørsmål som også griper inn i barns grunnleggende rettigheter. Barnets beste bør være formålet og utgangspunktet for hvordan et sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn utformes. Det må gjøres grundige vurderinger, og blant annet avklares om og hvordan tiltakene skal kunne utgjøre et «egnet undersøkelsessted» for vurderinger av den siktedes sinnstilstand etter straffeprosessloven § 167.

- Utvalget understreker viktigheten av at det etableres egne sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn med døgnopphold. Barnets beste må være formålet med tiltaket. Den nærmere utformingen må vurderes med utgangspunkt i barnets grunnleggende menneskerettigheter.

28.8 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om særreaksjonene

- Utvalget understreker at det aller viktigste er at man lykkes med å forebygge straffbare handlinger. Det viktigste for å forebygge straffbare handlinger fra personer med alvorlige psykiske lidelser, er tilgang på gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I noen tilfeller kan dette innebære behov for tvungen psykisk helsehjelp.
- Utvalget støtter Samtykkekompetanseutvalgets anbefalinger om at psykisk helsevern bør styrke kvaliteten på vurderingene av voldsrisiko, blant annet ved å innhente informasjon fra pårørende, kommunen eller andre komparenter og eventuelt politiet. Det understrekes at voldrisikovurderinger alltid må sees i sammenheng med det miljøet pasienten er i eller skal skrives ut til, og at slike vurderinger jevnlig må revurderes.
- Utvalget påpeker at bruk av voldsrisikovurderinger og deres konsekvenser i psykisk helsevern og rettssystemet bør gjennomgås med sikte på videreutvikling og forbedring av disse vurderingene i begge sektorer.
- Utvalget støtter også denne vurderingen fra Samtykkekompetanseutvalget:

  Utvalgets vurdering av resultatene fra de sparsomme undersøkelsene som er gjort, er likevel at de indikerer at tvang i noen tilfeller kan legge til rette for at personer med alvorlig psykisk lidelse får nødvendig behandling, som igjen kan bidra til å redusere et eventuelt voldspotensial.[20]
- Sivilrettslige helsetjenester bør bygges ut slik at flere kan få langvarig behandling og omsorg, også for å forebygge voldshandlinger. Psykisk helsevern må disponere tilstrekkelig antall døgnplasser for å kunne ivareta sine oppgaver etter psykisk helsevernloven. Etter utvalgets

16 NOU 2023: 24 punkt 8.7.2.

17 NOU 2023: 24 punkt 8.7.8.

18 Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). Oppdragsdokument til Helse Sør-Øst. Se s. 5 kulepunkt 7.

19 Sivilombudet. (2020). *Barns rettigheter bør ivaretas bedre i psykisk helsevern.*

20 Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). Punkt 11.2.3.

vurdering er det behov for flere døgnplasser enn det er i dag.

- Faglig ansvarlige i psykisk helsevern bør være oppmerksomme på at det er anledning til å overføre en domfelt som gjennomfører en særreaksjon direkte til vern under psykisk helsevernloven kapittel 3, ved opphør av særreaksjonen.
- Utvalget er kjent med Helsedirektoratets lovfortolkning om samtykke til restriktive tiltak i bolig.[21] Utvalget anbefaler at det utredes videre om domfelte og andre med vedtak om tvungent psykisk helsevern bør få anledning til å samtykke til kontrolltiltak i bolig.
- Utvalget støtter tiltakene og utviklingsretningen som er beskrevet i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*, med utvikling av mer differensierte former for døgnopphold og botrening i spesialisthelsetjenesten, og ulike former for samarbeid mellom kommunene og sikkerhetspsykiatrien.
- Utvalget påpeker at de tidsbestemte særreaksjonene er tuftet på et lite prinsipielt grunnlag, og mener at de som begår lovbrudd som ikke knytter seg til vernet av individers frihet, liv og helse, primært bør ivaretas på sivilrettslig grunnlag.
- Utvalget mener at det bør vurderes om rettssikkerheten for domfelte til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er tilstrekkelig ivaretatt når de bor i kommunale eller private botiltak.
- Utvalget understreker viktigheten av at det etableres egne sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn med døgnopphold. Barnets beste må være formålet med tiltaket. Den nærmere utformingen må vurderes med utgangspunkt i barnets grunnleggende menneskerettigheter.

[21] Helsedirektoratets brev 24.04.19.

Kapittel 29
Forslag om nye overgangsboliger og sikkerhetsboliger for en bedre ivaretakelse av samfunnsvernet og den enkelte

29.1 Innledning

Forekomsten av psykiske lidelser i samfunnet øker, og både psykisk helsevern og kommunene er under press. Det foreligger prognoser som tilsier at det kan bli en fortsatt økning i antallet domfelte til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg. Se omtale i punkt 32.2.2. Prognosene er usikre, men av flere grunner er det behov for en vurdering av om dagens institusjoner og boliger for gjennomføring av straff eller en særreaksjon er tilstrekkelige i lys av samfunnsutviklingen. De grunnene som tilsier dette, er særlig at:

- Kapasiteten i helsetjenestene og kriminalomsorgen er begrenset, og ressursene der må benyttes best mulig.
- Den enkelte som gjennomfører straff eller en særreaksjon (eller er underlagt tvungent psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag), må ivaretas på en måte som ivaretar menneskerettighetene.
- Den enkelte som gjennomfører straff eller en særreaksjon (eller er underlagt tvungent psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag) må ivaretas innenfor rammer som sikrer samfunnsvernet. Samfunnet kan aldri bli risikofritt, men staten har en plikt til, etter forholdene, å ta aktive skritt for å hindre at private krenker hverandre.
- Selv om dom til særreaksjon i mange tilfeller oppheves innen få år, vil det i noen tilfeller være behov for de kontrolltiltakene som en særreaksjon hjemler i lang tid, for noen kanskje livet ut.
- Utfordringene kunne i prinsippet vært løst med en eller få store institusjoner for særreaksjonsdømte med alvorlig voldspotensiale, men utvalget ser ikke dette som en akseptabel løsning.

Utvalget ser imidlertid klart behov for andre og fleksible institusjonelle endringer for personer innenfor særlig to grupper:

i. Domfelte og andre pasienter under tvungent psykisk helsevern som ikke trenger å være i sykehus, men som kommunene ikke kan ivareta på en måte som sikrer samfunnsvernet.

   Her anbefaler utvalget at det etableres små eller mellomstore boligliknende institusjoner i regi av spesialisthelsetjenesten som kan betegnes som «overgangsboliger» eller «sikkerhetsboliger» i tråd med lignende initiativ i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* fra 2023. Dette vil være en vesentlig forbedring i tjenestetilbudet til de pasientene det gjelder. Formålet med tiltaket vil være dels å frigjøre plasser i dagens døgninstitusjoner i psykisk helsevern, og dels å redusere faren for at det overføres pasienter til bosetting i en kommune som representerer en for stor sikkerhetsmessig risiko, eller på andre måter er for krevende til at kommunen kan ivareta dem. Innholdsmessig vil tiltaket også kunne være mer tilpasset den enkelte pasient enn det som er realistisk innenfor dagens døgninstitusjoner, og det vil kunne bidra til rehabilitering og forberedelse til et mer normalt liv. Dette omtales nærmere i kap. 29.2.

ii. Personer med psykisk utviklingshemming eller en lignende tilstand med en psykisk funksjonsnedsettelse, og som har særlig voldsproblematikk. Denne gruppen kan omfatte både domfelte med psykisk utviklingshemming som gjennomfører fengselsstraff eller forvaring, domfelte til en særreaksjon, og personer som ikke er underlagt en strafferettslig reaksjon.

   Denne gruppen er mer sammensatt. Noen gjennomfører dom som medfører frihetsberøvelse, mens andre har friheten i behold. Rettslig sett danner dette helt forskjellige utgangspunkter for spørsmål om plassering i en institusjon eller bolig av hensyn til samfunnsvernet. For personer med psykisk utviklingshemming eller tilsvarende tilstand som gjennomfører fengselsstraff, forvaring eller en særreaksjon

anbefaler utvalget at det etableres boligliknende institusjoner, betegnet som «overgangsbolig for habilitering». Dette omtales nærmere i punkt 29.3.

29.2 Nye institusjoner for domfelte og andre under psykisk helsevern

29.2.1 Overgangsboliger og sikkerhetsboliger for psykisk helsevern

Utvalget mener at det bør utvikles og etableres to nye typer boliger eller boligliknende institusjoner for gruppe i som er nevnt i punkt 29.1, nemlig overgangs- og sikkerhetsboliger for psykisk helsevern.

I tråd med *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri,* mener utvalget for det første at det bør etableres *overgangsboliger* for psykisk helsevern i regi av, og administrativt underlagt, spesialisthelsetjenesten. I tillegg til de som er nevnt i gruppe i. ovenfor, vil overgangsboligene også kunne inngå i tilbudet til pasienter i psykisk helsevern som er innlagt på frivillig grunnlag.

Intensjonen med overgangsboliger i psykisk helsevern vil være at disse skal tjene som treningsarenaer for pasienter som etter hvert skal skrives ut til en bolig uten døgnbemanning i en kommune. Tidsperspektivet vil normalt være en avgrenset overgangsfase før ordinær bolig i en kommune, men vil likevel kunne strekke seg over måneder og år, avhengig av hvilket funksjonsnivå den enkelte oppnår.

Hvor store disse boligliknende institusjonene skal være, vil avhenge av behovet i det geografiske området der overgangsboligen etableres. Noen steder kan kanskje fire til seks boenheter med fellesarealer og døgnbemanning være hensiktsmessig.

Det ligger i formuleringen av den primære målgruppen for overgangsboligene at det må være større mulighet til å sette begrensninger for pasientene i disse boligene enn det som kan gjøres i dagens bemannede kommunale boliger. Særlig er det essensielt å kunne begrense tilgangen til rusmidler. Boligene må ha fokus på miljøterapi med hjelp til å mestre dagliglivets utfordringer. Brukt på denne måten, vil overgangsbolig kunne forhindre en utvikling med stadig flere dommer til tvungent psykisk helsevern. Utvalget er opptatt av at psykisk helsevernlovens kapittel 4 må kunne anvendes i disse boligene. Det anbefales en nærmere utredning av om det bør etableres ytterligere hjemler for å ivareta behovet for en målrettet miljøterapi.

Utvalget understreker at en del domfelte til tvungent psykisk helsevern som i dag bor i en kommunal bolig og følges opp av ambulante team, har gode rammer, hvor også hensynet til samfunnssikkerheten er ivaretatt. Utvalgets anbefaling om etablering av overgangsboliger for psykisk helsevern er ikke ment å erstatte dagens ordning med overføring til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, men å sørge for en bedre ordning i tilfeller der det ikke er behov for videre opphold i dagens døgninstitusjoner i psykisk helsevern, hvor pasienten heller ikke har funksjonsnivå forenelig med bosetting i en kommune.

I tråd med *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* mener utvalget videre at det også bør etableres *sikkerhetsbolig* for psykisk helsevern i regi av, og administrativt underlagt, spesialisthelsetjenesten. Målgruppen for slike sikkerhetsboliger vil være pasienter som har vært lenge i sikkerhetsavdeling i psykisk helsevern, men hvor man ikke oppnår tilstrekkelig atferdskontroll til at de kan overføres videre til et lavere omsorgsnivå i spesialisthelsetjenesten eller bosetting i en kommune. Generelt vil pasienter i målgruppen for sikkerhetsboligene kjennetegnes ved at de ikke oppnår ytterligere progresjon ved videre innleggelse i dagens døgninstitusjoner, men heller ikke evne til å kunne bo for seg selv. Opphold i sikkerhetsboliger kan bli svært langvarige, kanskje livet ut. Slike sikkerhetsboliger må gi pasientene en akseptabel livskvalitet, men også gode rammebetingelser med hensyn til å forebygge at pasientene begår voldshandlinger som rammer andre innbyggere og arbeidsmiljøet for de ansatte. Sikkerhetsboliger innrettes slik at den enkelte kan ha tilgang til både privatliv og fellesskap med andre. Det er nærliggende å anta at sikkerhetsboligene, der det er mulig, bør gi rom for to til fire pasienter. Utvalget mener dette er en mer verdig boform for slike pasienter enn mangeårig døgninnleggelse i en sikkerhetsavdeling.

- Utvalget anbefaler at det etableres overgangs- og sikkerhetsboliger for psykisk helsevern i regi av, og administrativt underlagt, spesialisthelsetjenesten, for domfelte og andre pasienter i psykisk helsevern som ikke trenger å være i døgnavdeling, men som kommunene ikke kan ivareta på en måte som sikrer samfunnsvernet.
- Utvalget anbefaler at psykisk helsevernloven kapittel 4 anvendes i disse boligene. Det anbefales en nærmere utredning av om det bør etableres ytterligere hjemler for å ivareta behovet for en målrettet miljøterapi.

29.2.2 Juridiske aspekter ved opphold i overgangs- og sikkerhetsbolig for psykisk helsevern

Utvalget slutter seg til prinsippet i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* om at etableringen av nye overgangsboliger og sikkerhetsboliger knyttet til sikkerhetspsykiatrien skal inngå som en del av spesialisthelsetjenestens virksomhet. Det er det psykiske helsevernet som har de beste forutsetningene for å sikre god sammenheng mellom virksomheten i dagens døgninstitusjoner og de nye boligene, og oppgaven er en naturlig del av ansvaret for å gjennomføre særreaksjonene og tvungent psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag. Løsningen legger dessuten godt til rette for klare ansvarsforhold, og for etablering av et godt regime for kontroll med forholdene for pasientene i overgangs- og sikkerhetsboligene for psykisk helsevern.

Utvalget ser for seg at overgangsboligene og sikkerhetsboligene i stor grad vil kunne drives innenfor det samme juridiske rammeverket som i dag gjelder for spesialisthelsetjenestens gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern.[1] Langt på vei er dette det samme som for gjennomføringen av psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag, som er regulert i psykisk helsevernloven kapittel 4.[2] Løsningene må utredes videre, men utvalget antar i utgangspunktet at dagens regler vil være en hensiktsmessig regulering også for denne nye delen av spesialisthelsetjenesten.

Påtalemyndigheten er sentral ved idømmelse og opphør av en særreaksjon, og skal etter psykisk helsevernloven § 5-3 i særskilte tilfeller involveres også i spørsmål om overføring av domfelte til et annet sikkerhetsnivå.

De fleste pasienter i overgangs- og sikkerhetsboliger vil være under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, men pasienter på frivillig psykisk helsevern vil likevel også kunne samtykke til opphold i en overgangsbolig. Som for andre i denne gruppen, må pasientene og virksomheten i slike boliger inngå i ansvarsområdet for en kontrollkommisjon.

29.3 Personer med psykisk utviklingshemming og samfunnsvern

29.3.1 Innledning

Psykisk utviklingshemming er en tilstand som er forårsaket av en forsinket eller avvikende utvikling. Diagnosen brukes der personen har en betydelig funksjonsnedsettelse i intellektuelle, sosiale og praktiske ferdigheter. Etter ICD-10-kriteriene har personer med en IQ anslagsvis mellom 50 og 69 en lettere psykisk utviklingshemming, mens personer med en IQ anslagsvis mellom 35 og 49 har en moderat psykisk utviklingshemming. Diagnosen er forbeholdt personer hvor funksjonsnedsettelsen var til stede før fylte 18 år. ICD-10 diagnosene baserer seg på en tverrfaglig og helhetlig vurdering der det gjøres en anamnese, somatiske undersøkelser og kartlegging av adaptive ferdigheter, samt intelligens som tar utgangspunkt i standardiserte tester.

Det presiseres her at de strafferettslige vilkårene rundt psykisk utviklingshemming ikke følger ICD-10. Grunnvilkåret høygradig psykisk utviklingshemming i straffeloven § 20 andre ledd bokstav c avgrenses ved en veiledende IQ-grense på cirka 60, men det har forekommet at en lovbryter med en IQ under cirka 70 er funnet å omfattes av vilkåret i bokstav c grunnet den samlede funksjonssvikten.[3] Også andre kan ha en kognitiv svikt som medfører en tilsvarende funksjonsnedsettelse. Dette gjelder blant annet for personer med hjerneskader, kroniske psykoser, autismespekterlidelse eller demens. Disse personene kan finnes utilregnelige, og i de tilfeller der de idømmes en særreaksjon, kan det være uenighet om hvilken særreaksjon som passer.

Med dagens regler om strafferettslig tilregnelighet, vil personer med en IQ under 60 i utgangspunktet ofte anses utilregnelige. For personer med høygradig psykisk utviklingshemming som frifinnes på grunn av utilregnelighet, jf. straffeloven § 20 andre ledd bokstav c, vil det bare være aktuelt med en særreaksjon. Men det følger også av grensen for strafferettslig utilregnelighet at det kan være personer med psykisk utviklingshemming eller en tilsvarende kognitiv svikt både blant domfelte til fengsel eller forvaring, og blant domfelte til en særreaksjon.

Personer med psykisk utviklingshemming eller en tilsvarende tilstand kan ha særskilte behov. For eksempel kan det være tale om ekstra

1 Psykisk helsevernloven kapittel 5 med videre henvisninger.

2 Psykisk helsevernloven § 5-1.

3 24-098327AST-BORG/1.

Boks 29.1 HVPU-reformen

HVPU-reformen, som ble gjennomført over cirka fem år fra 1991, innbar at kommunene fikk ansvaret for bo- og tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemming som hadde et tilbud i det daværende helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Reformen innbar nedlegging av institusjoner og integrering av personer med psykisk utviklingshemming i det ordinære tjenestetilbudet i kommunene, med kommunalt ansvar også for nødvendige botilbud og bemanning. Målet med reformen var å avvikle institusjonsomsorgen for personer med psykisk utviklingshemming, med utgangspunkt i et prinsipp om at den enkelte skal ha anledning til å leve et liv så langt opp mot det «normale» som mulig (normalitetsprinsippet). En viktig forutsetning for reformen var at tjenestene skulle utformes med utgangspunkt i den enkeltes behov. Dette dreiet seg da også om personer med psykisk utviklingshemming og særlig utfordrende atferd. Tjenestene skulle gis i lokalmiljøet og av det ordinære tjenesteapparatet. Dette ble sett på som en forutsetning for at personer med en utviklingshemming kunne bli oppfattet, og se på seg selv, som fullverdige medlemmer av samfunnet.[1] Tilsvarende levekårsreformer med nedbygging av institusjoner ble gjennomført også i andre skandinaviske land.

Ved siden av det ansvaret som kommunene fikk gjennom HVPU-reformen, er det opprettet habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten, i hovedsak uten døgnplasser.

[1] Se beskrivelse for eksempel i St.meld. nr. 40 (2002–2003), punkt 8.1.

behov for forutsigbarhet, omsorg og trygghet. Psykisk utviklingshemming varer livet ut, men funksjonsnivået for den enkelte kan variere, avhengig av hvilke rammer og oppfølgning personen får. Gjennom god habilitering vil mange kunne øke sitt funksjonsnivå.

Det finnes noen personer med psykisk utviklingshemming eller en lignende tilstand som ikke er domfelt, men som har atferd som innebærer en særskilt risiko for vold og overgrep overfor andre. I dag har kommunene i noen tilfeller problemer med å håndtere denne gruppen. Utfordringene kan være av ulik karakter. De kan bestå i at kommunen opplever ikke å ha tilstrekkelige lovhjemler for kontrolltiltak, eller at kommunen ikke oppnår å rekruttere nødvendig fagkompetanse til å følge opp personer som trenger grensesetting. I tillegg kan det innebære en stor økonomisk belastning for kommunen å etablere gode rammer for personer i denne gruppen. I et kommunalt økonomisk perspektiv kan det i noen tilfeller fremstå som mer hensiktsmessig at personer i denne gruppen kommer under tvungen omsorg, og dermed avlaster noe av kommunens ansvar.

Hensyn både til vedkommende selv, pårørende og andre involverte kan imidlertid tilsi at det vil være bedre om disse personene får en planlagt omsorgsituasjon som også ivaretar samfunnsvernet, slik at det ikke blir behov for en særreaksjon. Dette tilsvarer anbefalingen om å styrke psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag.

Personer som ikke gjennomfører straff eller en særreaksjon, og som ikke er under tvang etter psykisk helsevernloven eller andre lovbestemmelser, kan ikke settes inn i en institusjon uten at de samtykker til det. For å kunne underlegges tvang, for eksempel i form av frihetsberøvelse, må det være en lovhjemmel som åpner for dette. Utvalget anbefaler at behovet for et lovverk utredes.

Utvalget har ikke kunnskap om hvor mange personer med psykisk utviklingshemming som i dag omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, og som utgjør en sikkerhetsrisiko for samfunnet. Det har til enhver tid vært omkring 10 som gjennomfører dom til tvungen omsorg de første 20 årene av ordningen. Dette antallet har siden 2020 økt drastisk. I tillegg er det i underkant av 20 personer som er prøveløslatt under refusjonsordningen, flere av disse er personer med psykisk utviklingshemming. Dertil kommer et ukjent antall personer med psykisk utviklingshemming som gjennomfører tidsbestemt straff.

Utvalget mener at det bør utvikles bedre helse- og omsorgstjenester for disse, og anbefaler at spesialiserte ambulante team for personer med psykisk utviklingshemming og med autisme i psykisk helsevern (PUA i PH) styrkes, og også at alle helseregionene får ansvar for å ha mulighet for døgnplasser og overgangsboliger (boliglignende insti-

tusjoner) for noen med store atferdsforstyrrelser og behov for spesialisert utredning og behandling. Tiltakene foreslås innenfor rammen av lov om psykisk helsevern.

- Utvalget anbefaler at spesialiserte ambulante team for personer med psykisk utviklingshemming og med autisme i psykisk helsevern (PUA i PH) styrkes, og også at alle helseregionene får ansvar for å ha mulighet for døgnplasser og overgangsboliger for noen med store atferdsforstyrrelser og behov for spesialisert utredning og behandling. Tiltakene foreslås innenfor rammen av lov om psykisk helsevern.
- Personer i denne gruppen som ikke gjennomfører straff eller en særreaksjon, og som ikke er under tvang etter psykisk helsevernloven eller andre lovbestemmelser, kan ikke settes inn i en institusjon uten at de samtykker til det. Utvalget anbefaler at behovet for et lovverk utredes.

29.3.2 Nye spesialisthelsetjenester i habilitering

Behovet for nye tiltak er ikke presserende for domfelte til tvungen omsorg fordi tvungen omsorg i sin utforming allerede er utviklet for personer med psykisk utviklingshemming. Dette får de i dag ved Sentral fagenhet for tvungen omsorg, ved St. Olavs hospital HF.

Utvalget mener at det er et stort behov for bedre ivaretagelse av enkelte personer med psykisk utviklingshemming og voldsproblematikk. Derfor anbefaler utvalget at habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten styrkes, og også får ansvar for døgnbehandling. Dette vil innebære å ta ansvar for, etablere og drive overgangsboliger for habilitering i samarbeid med kommunene. Etter at slike boliglignende institusjoner blir etablert, vil det være mulig at personer som gjennomfører dom til tvungen omsorg avslutter eller også starter sine forløp i slike boliger.

For å kunne ta dette ansvaret med å etablere og drive overgangsboliger for habilitering i samarbeid med kommunene, anbefaler utvalget at habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten styrkes.

Det bør etableres solide fagmiljøer for driften av overgangsboliger for den aktuelle gruppen. Samarbeid med lokale og regionale sikkerhetspsykiatriske fagmiljø og SIFER-nettverket bør videreutvikles og styrkes hva gjelder både forskning, fagutvikling og kompetansebygging/undervisning. Sentral fagenhet for tvungen omsorg har opparbeidet betydelig kompetanse om behov og løsninger knyttet til blant annet personer med psykisk utviklingshemming og voldsproblematikk. Denne kompetansen bør forvaltes best mulig. Sentral fagenhet for tvungen omsorg bør være en nasjonal faglig ressurs og ha en kompetansefunksjon også for overgangsboliger for habilitering, med særlig vekt på kunnskapsdeling om risikovurdering og risikohåndtering for målgruppen. For tilfeller som krever kompetanse ut over hva som kan tilbys i lokale helseforetak, anbefaler utvalget at spesialisthelsetjenestens regionale enheter for psykisk utviklingshemming og autisme (RPUA) og habiliteringstjenestene styrkes. Alle helseregioner bør ha enheter med døgnfunksjon både for utredning og/eller behandling i sykehus og ambulerende spesialiserte funksjoner, og – ved behov – overgangsboliger på regionalt nivå. Disse enhetene bør styrkes og videreutvikles med egen spisskompetanse innen sikkerhetspsykiatri for habilitering.

Boligene må ivareta beboernes rettsikkerhet med et juridisk rammeverk og kontrolltiltak som ivaretar både beboerens integritet og samfunnsvernet. Virksomheten bør inngå i ansvarsområdet for en kontrollkommisjon, og det må være reelle muligheter for klage på forholdene for beboerne. Boligene og driften der må være innrettet på en måte som ivaretar samfunnsvernet. Blant annet kan det bety at beboerne må kunnes hindres i å forlate boligen, og at det også ellers kan være behov for sterke begrensninger i beboernes handlefrihet.

- Utvalget mener at det bør etableres overgangsboliger for habilitering, for ivaretakelse av personer med psykisk utviklingshemming eller en lignende tilstand og store atferdsutfordringer. Dette vil kunne redusere behov for særreaksjoner.
- Når slike boliger er etablert, vil det være mulig at personer som gjennomfører dom til tvungen omsorg overføres til eller starter sitt forløp i overgangsbolig.
- Overgangsboliger bør etableres i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Ordningen vil være parallell til ordningen med overgangsboliger for psykisk helsevern.

29.3.3 Nærmere om overføring av domfelte til forvaring eller fengselsstraff til en overgangsbolig

Domfelte til fengselsstraff eller forvaring gjennomfører i utgangspunktet straffen i kriminalomsorgens anstalter. For disse oppstår det spørsmål

om etter hvilken prosedyre, og på hvilket rettslig grunnlag det skal kunne besluttes at en domfelt overføres til en overgangsbolig for habilitering. Særlig to alternativer kan være nærliggende. Det ene er at overføring skal kunne skje på grunnlag av en beslutning fra kriminalomsorgen (og med samtykke fra den aktuelle institusjonen) etter straffegjennomføringsloven § 12, som åpner for at domfelt i særlige tilfeller kan gjennomføre straffen i heldøgnsopphold i institusjon.

Det andre alternativet er at ordningen skal kunne etableres som en form for prøveløslatelse, etter beslutning fra retten, slik prosedyren er for prøveløslatelser under refusjonsordningen. Samtidig er det ikke gitt at prosedyren bør være den samme for forvaringsdømte som for domfelte til fengselsstraff. En slik ordning kan komme som supplement til dagens refusjonsordning for forvaringsdømte.

Overføring til en overgangsbolig for habilitering vil ha mye til felles med dagens refusjonsordning for forvaringsdømte. Det vil i begge tilfeller være tale om overføring ut av kriminalomsorgens anstalter. Med mindre også kriminalomsorgen skal involveres i oppfølgingen av overføringen, vil det i prinsippet være en «større avgjørelse» å overføre en forvaringsdømt fra fengsel til en overgangsbolig for habilitering enn til en bolig under refusjonsordningen. Siden det helst bør være helhet og konsistens i ordningene, taler dette for at et spørsmål om overføring til en overgangsbolig for habilitering bør avgjøres av retten. En slik prosedyre er riktignok mer ressurs- og tidkrevende enn om beslutningen skal kunne tas av kriminalomsorgen, men kan til gjengjeld sikre en grundigere vurdering av sikkerhetsmessige aspekter ved overføringen. For forvaringsdømte mener utvalget at det vil være den beste ordningen at det hører under retten å beslutte overføring til en slik overgangsbolig. For domfelte til fengselsstraff kan hensynet til effektivitet og fleksibilitet veie tungt i retning av den enklere prosedyren etter straffegjennomføringsloven § 12. De sikkerhetsmessige sidene vil ikke gjøre seg like sterkt gjeldende for denne gruppen som for domfelte til forvaring. Både disse og øvrige sider ved ordningen vil måtte utredes nærmere.

I tråd med bemerkningen i punkt 27.6.1 om at betegnelsen prøveløslatelse ikke i alle tilfeller er særlig treffende for refusjonsordningen, nevnes at overføring til en overgangsbolig for habilitering bør omtales på en måte som gir et dekkende bilde av realiteten. Realiteten i ordningen er imidlertid viktigere enn den formelle betegnelsen.

Etter utvalgets vurdering er ivaretakelsen av domfelte til fengselsstraff eller forvaring med psykisk utviklingshemming eller en tilsvarende tilstand som gjennomfører fengselsstraff eller forvaring i dag ikke alltid god nok. For noen personer i denne gruppen er det behov for nye rammer for straffegjennomføringen som er mer tilpasset deres behov.

- Utvalget anbefaler at det utvikles bedre soningsmuligheter for denne gruppen som trenger særskilt tilrettelegging med vekt på habilitering:
  - Det bør vurderes om overgangsbolig for habilitering kan være et aktuelt tiltak for enkelte, på bakgrunn av straffeprosessloven § 188, straffegjennomføringsloven § 12 eller straffeloven § 44.
  - Juridiske, økonomiske og øvrige konsekvenser må utredes nærmere.

29.4 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om nye institusjoner

I psykisk helsevern:

- Utvalget anbefaler at det etableres overgangs- og sikkerhetsboliger for psykisk helsevern i regi av, og administrativt underlagt, spesialisthelsetjenesten, for domfelte og andre pasienter i psykisk helsevern som ikke trenger å være i døgnavdeling, men som kommunene ikke kan ivareta på en måte som sikrer samfunnsvernet.
- Utvalget anbefaler at psykisk helsevernlovens kapittel 4 anvendes i disse boligene. Det anbefales en nærmere utredning av om det bør etableres ytterligere hjemler for å ivareta behovet for en målrettet miljøterapi.

I spesialisthelsetjeneste habilitering:

- Utvalget anbefaler at spesialiserte ambulante team for personer med psykisk utviklingshemming og med autisme i psykisk helsevern (PUA i PH) styrkes, og at alle helseregioner får ansvar for å ha mulighet for døgnplasser og overgangsboliger for noen med store atferdsforstyrrelser og behov for spesialisert utredning og behandling. Tiltakene foreslås innenfor rammen av lov om psykisk helsevern.
- Personer i samme gruppe som ikke gjennomfører straff eller en særreaksjon, og som ikke er under tvang etter psykisk helsevernloven eller andre lovbestemmelser, kan ikke settes inn i en institusjon uten at de samtykker til det.

Utvalget anbefaler at behovet for et lovverk utredes.

- Utvalget mener at det bør etableres overgangsboliger for habilitering, for ivaretakelse av personer med psykisk utviklingshemming eller en lignende tilstand og store atferdsutfordringer. Dette vil kunne redusere behovet for særreaksjoner.
- Utvalget mener at etter at slike boliger blir etablert, vil det være mulig at personer som gjennomfører dom til tvungen omsorg overføres til, eller starter sitt forløp i overgangsbolig.
- Overgangsboliger bør etableres i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Ordningen vil være parallell til ordningen med overgangsboliger for psykisk helsevern.
- Utvalget anbefaler at det utvikles bedre soningsmuligheter for domfelte til fengselsstraff eller forvaring med psykisk utviklingshemming eller en tilsvarende tilstand, og som trenger en særskilt tilrettelegging med vekt på habilitering.
- Det bør vurderes om overgangsbolig for habilitering kan være et aktuelt tiltak for enkelte, på bakgrunn av straffeprosessloven § 188, straffegjennomføringsloven § 12 eller straffeloven § 44.
- Juridiske, økonomiske og øvrige konsekvenser her må utredes nærmere.

29.5 Avsluttede merknader

Det fremkommer av anbefalingene i utvalgets rapport at psykisk helsevern fortsatt skal kunne behandle og ivareta samfunnsvern knyttet til personer dømt til tvungent psykisk helsevern, som er en stadig voksende gruppe. Samtidig presenteres anbefalinger som innebærer at psykisk helsevern også skal forebygge voldshandlinger hos alvorlig psykisk syke personer som ikke gjennomfører særreaksjon. Videre anbefales at psykisk helsevern skal ivareta alvorlig psykisk syke innsatte, både varetektsinnsatte og domfelte. I tillegg til særreaksjonen tvungen omsorg, anbefales det at psykisk helsevern skal styrke sine tjenester for personer med kognitive utfordringer via spesialisthelsetjenestens habiliteringstjenester.

Det er en nødvendig forutsetning at det settes av tilstrekkelige ressurser til psykisk helsevern for etablering av ambulante funksjoner, døgnavdelinger og boliginstitusjoner av ulike typer, og bemanning av disse. Ressursene til dette må på egnet måte øremerkes til formålet i lang tid fremover for at spesialisthelsetjenesten skal kunne bygge opp og drifte tjenester som skal kunne komme disse pasientgruppene og samfunnsvernet til gode. Slike tiltak er nødvendige for at ikke oppgavene som anbefales her skal gå på bekostning av andre prioriterte oppdrag som allerede ligger til helseforetakene. Det krever lang tid å bygge opp de foreslåtte faglige og organisatoriske tiltakene, hvor intensjonen er at en på lang sikt oppnår både bedre kvalitet i tjenestene, og økt kostnadseffektivitet.

Finansiering av særreaksjonene er omtalt i kapittel 30.

Kapittel 30
Finansiering av særreaksjonene

30.1 Dagens finansieringsordninger for særreaksjonene – grunnpremisser og utfordringer

De to særreaksjonene, dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg, har ulike finansieringsmodeller. Et vanlig utgangspunkt for finansieringsordninger er det finansielle ansvarsprinsipp, som er basert på at den som har ansvaret for oppgaven også har ansvaret for finansieringen. Dette forutsettes å gi sterkt insentiv for avveining mellom nytte og kostnad ved ulike tiltak, og derigjennom legge til rette for effektiv ressursbruk. Prinsippet forutsetter at ansvaret for oppgaven også innebærer kontroll over vesentlige ressurser og kostnader. Utvalgets gjennomgang av særreaksjonene viser at dette ikke fullt ut er oppfylt for alle aspekter eller faser i gjennomføring av særreaksjonene, noe som vanskeliggjør å basere finansieringsmodellen(e) på dette prinsippet alene. Særlig gjelder dette der den dømte skal forlate døgninstitusjon i spesialisthelsetjenesten og etableres i bolig eller boligliknende institusjon, som regel i hjemkommune eller eget distrikt. Her forutsetter særreaksjonsforløpene samhandling og samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune i en så stor grad at ansvaret for gjennomføringen ikke fullt ut medfører kontroll over sentrale ressurser eller kostnader. Kommunene finansierer også dom til tvungent psykisk helsevern med egne midler i utstrakt grad, i den delen av forløpet som gjennomføres i kommunen.

Begge særreaksjonene er innrettet med premiss om at den dømte skal ha en progresjon i sitt gjennomføringsløp. Forløpet starter i døgninstitusjon med høyspesialisert personell og høy grad av sikkerhet/samfunnsvern, og avsluttes på så lavt omsorgsnivå som mulig, helst i egen bolig eller boliglignende institusjon i en kommune med lavere, men opprettholdt nødvendig grad av samfunnsvern. Overgang til opphold i en kommune forutsetter omfattende samhandling med Sentral fagenhet for tvungen omsorg for gjennomføring av dom til tvungen omsorg eller spesialisthelsetjenesten (inkludert den faglig ansvarlige i psykisk helsevern) for gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern. Dette bygger ikke bare på det såkalte LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), men også på et verdibasert mål eller premiss om at mennesker som på ulike måter er pålagt å leve under offentlig omsorg, ikke skal bosettes i store sentraliserte langtidsinstitusjoner. På 1800- og første halvdel av 1900-tallet var dette den rådende modellen for offentlig ivaretakelse av personer med ulike former for lærevansker, psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser. Etter sterk kritikk knyttet til uheldige konsekvenser av institusjonalisering, stigmatisering og isolasjon fra samfunnet, ble de store langtidsinstitusjonene avviklet i flere sektorer i siste halvdel av 1900-tallet som ledd i en reform for integrering og inkludering, både i skole, psykisk helsevern og habilitering for utviklingshemmede.

Intensjonen og målet for begge særreaksjonene er at både den dømte og hjemkommunen skal forberedes og settes i stand til at den dømte på sikt kan leve et liv som både ivaretar individets behov for autonomi og inkludering, og samfunnets behov for vern mot skade. Dette kommer til uttrykk gjennom etablering av eksterne botiltak i eller nær hjemkommunen ved dom til tvungen omsorg, med veiledning og oppfølging fra Sentral fagenhet for tvungen omsorg, og gjennom samhandling og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene ved dom til tvungent psykisk helsevern.

Utvalgets gjennomgang viser at forhold som behov for bemanning omkring den enkelte, tilgang på kompetanse og rekrutteringssituasjonen for aktuelle yrkesgrupper i nærområdet til kommunen, er av stor betydning for bemanningskostnadene i gjennomføring av denne siste delen av forløpet for begge særreaksjonene. Det samme gjelder aktuelle kommuner og spesialisthelsetjenestens helhetlige forutsetninger for å samhandle om etablering av nødvendige rammebetingelser så som egnede bygg/boliger, bemanning med til-

strekkelig kompetanse og kommunale tjenester innen helse og omsorg.

Etter kommunereformen fra 1. januar 2020 har Norge 357 kommuner, og om lag halvparten av disse har under 5 000 innbyggere. Samtidig er det per i dag vel 400 personer som gjennomfører en særreaksjon, noe som innebærer at mange kommuner ikke har personer som er dømt til en særreaksjon, eller sjelden har mer enn én eller få dømte, blant sine innbyggere. Dette gir grunn til å stille spørsmål ved om alle kommuner har de nødvendige forutsetningene og den nødvendige kompetansen til å ta ansvar for, eller samhandle om, ivaretakelse av de særreaksjonsdømte. Mange kommuner er avhengige av å kjøpe private tjenester for å kunne oppfylle de kravene som stilles for å ivareta omsorg, behandling og sikkerhet. Dom til tvungen omsorg er heller ikke definert som en kommunal oppgave, og er derfor basert på egne avtaler og en egen finansieringsordning.

Årsakene til de høye kostnadene for boliger med én beboer er sammensatte, og kan variere fra sak til sak. De regionale helseforetakenes gjennomgang av kostnader forbundet med gjennomføring av dom til tvungen omsorg i 2022, viste at nødvendig bemanning i den domfeltes bolig for å ivareta både den domfelte og hensynet til samfunnsvernet var den største kostnadsdriveren per forløp.[1] Antallet dommer var den viktigste faktoren for den samlede kostnadsøkningen til gjennomføring av dom til tvungen omsorg totalt. Det er grunn til å gå ut fra at nødvendig bemanning er den største kostnadsdriveren for boliger med bemanning også for dom til tvungent psykisk helsevern, selv om en stor andel personer i denne ordningen i siste fase av særreaksjonsforløpet vil kunne mestre å bo selvstendig, uten bemanning i eller tilknyttet boligen.

30.1.1 Særskilt om finansiering av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

Gjennomføring og finansiering av dom til tvungent psykisk helsevern som strafferettslig særreaksjon og behandlingsforløp er, til forskjell fra dom til tvungen omsorg, integrert med de sivilrettslige behandlingsforløpene og ordinære helsetjenester for personer med alvorlig psykisk lidelse. Dom til tvungent psykisk helsevern finansieres derfor gjennom rammefinansiering til de regionale helseforetakene for spesialisthelsetjenestene og gjennom kommunenes budsjetter for aktuelle kommunale helse- og omsorgstjenester, i hovedsak såkalte frie midler i form av skatteinntekter og rammeoverføringer, i samhandling med spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan kommunene søke Helsedirektoratet om tilskudd for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere, som innebærer en delvis refusjon av direkte lønnsutgifter. Ordningen innebærer at staten som hovedregel kompenserer kommunene for 80 prosent av direkte lønnsutgifter over om lag 1,7 millioner kroner per bruker i 2025. Det gis også en tilleggskompensasjon for mindre kommuner som har høye egenandeler. I 2024 og 2025 har det kommet øremerkede samhandlingsmidler via de regionale helseforetakenes budsjetter, som skal forvaltes etter forankring i helsefellesskapene med særlig vekt på samhandling omkring prioriterte pasientgrupper. Personer med alvorlig psykisk lidelse og rus er én av fire prioriterte pasientgrupper og kan omfatte personer på dom til tvungent psykisk helsevern, men det er ingen nasjonal koordinering av i hvilken grad helsefellesskapene velger å benytte samhandlingsmidlene til tjenester for gjennomføring av denne særreaksjonen. Omfanget av nasjonale samhandlingsmidler er svært begrenset, relativt til de totale kostnadene helse- og omsorgssektoren har til å forvalte oppgaven.

De regionale helseforetakene prioriterer et gitt rammebudsjett mellom lokale helseforetak og formål. En sentral oppgave for både de regionale og de lokale helseforetakene er derfor å prioritere begrensede budsjettmidler mellom pasientbehandling (somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)), utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Hovedansvaret for dom til tvungent psykisk helsevern, men bare deler av finansieringen, er samlet i spesialisthelsetjenesten. Det finansielle ansvarsprinsipp kan derfor bare sies å gjelde for spesialisthelsetjenestens forvaltning av sin rammefinansiering og sin andel av tjenester til personer på dom til tvungent psykisk helsevern. Samtidig er spesialisthelsetjenesten i høy grad avhengig av velfungerende samhandling med kommunene om siste fase av behandlingsforløpene, som omhandler overgang fra opphold i helseforetakenes døgninstitusjoner (sykehus og distriktspsykiatrisk senter) til egen bolig eller en boliglignende institusjon i kommunen. Dagens finansieringsmodell gir en risiko for kostnadsforskyvning mellom

[1] De regionale helseforetakene. (2022). *Rapport på oppdrag 2022 – kostnadskontroll for gjennomføring av dom til tvungen omsorg.*

forvaltningsnivåene, og samhandlingen er ikke basert på likeverdighet mellom partene.

Der samhandlingen fungerer godt, er det enklere for spesialisthelsetjenesten å prioritere ressurser og oppnå kostnadseffektivitet og forutsigbarhet, i tråd med det finansielle ansvarsprinsippet. Dette gjennom å unngå unødig høyt forbruk av dyre døgninstitusjonsplasser og styrke utbygging av fleksible polikliniske og ambulante spesialisthelsetjenester nærmere der pasientene bor. Velfungerende samhandling og samarbeid forenkler også planlegging av individuelle forløp og disponering av sengeplasser og ressurser. God pasientflyt mellom enheter og omsorgsnivåer i spesialisthelsetjenesten og videre ut i kommunene har også stor betydning med tanke på å unngå kostnader forbundet med «flaskehalsproblematikk», som følger ved uforutsigbarhet knyttet til overganger og utskrivinger, både internt mellom enheter i helseforetakene og ut mot kommunalt nivå.

Det samme vil i prinsippet gjelde for kommunene, som gjennom velfungerende samhandling med spesialisthelsetjenesten kan unngå unødig høye bemanningskostnader i og tilknyttet boliger og boliglignende institusjoner i kommunene. Samtidig kan de gjennom samarbeid få tilgang til nødvendig kompetansebygging og veiledning til egen sektor. Dette kan også ha generell verdi utover det enkelte sakssamarbeidet. Det oppleves likevel som svært utfordrende for mange kommuner å medfinansiere og stille opp med tilstrekkelig kvalifisert personale for å ivareta nødvendige krav til behandling, omsorg og sikkerhet knyttet til personer på dom til tvungent psykisk helsevern. I en del tilfeller vil det også foreligge uenighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen om den dømte er klar for overføring til bolig i en kommune, og hvorvidt behovet for tiltak som gjelder samfunnsvernet er for stort. Det kan også være ulike syn på hvilke tiltak som omhandler samfunnsvern og ikke.[2] Slik uenighet kan påføre både spesialisthelsetjenesten og kommunen uforutsigbare og høye kostnader avhengig av utfallet i den enkelte sak. Dette kan medføre at pasienten må oppholde seg unødig lenge på et for høyt omsorgsnivå i spesialisthelsetjenesten, eller at pasienten skrives ut til et for lavt omsorgsnivå/for få kommunale tjenester, med risiko både for dårligere ivaretakelse av samfunnsvernet og tilbakefall av sykdom eller forverring av den psykiske helsen for pasienten.

Delt situasjonsforståelse og forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester er nødvendig for å kunne gjennomføre helhetlige forløp for dom til tvungent psykisk helsevern. Denne forutsetningen, innebærer at det finansielle ansvarsprinsipp bare delvis kan legges til grunn, og ikke alene kan forventes å sikre bærekraft og forutsigbarhet i ordningen.

30.1.2 Særskilt om finansiering av dom på overføring til tvungen omsorg

Ved innføringen av dom til tvungen omsorg la Stortinget til grunn at det ligger utenfor kommunenes naturlige ansvarsområde å være ansvarlig for en idømt reaksjon som skal være et alternativ til straff, og at staten derfor bør ha finansieringsansvaret, se kapittel 23. Dette var bakgrunnen for at det ble innført en statlig refusjonsordning for dom til tvungen omsorg, tross kommunenes ansvar for tilrettelegging og nødvendige omsorgstjenester til innbyggere i kommunen med psykisk utviklingshemming. Særreaksjonen ble innrettet og gjennomføres samtidig slik at det skal ligge godt til rette for at kommunen umiddelbart skal kunne overta ansvar for nødvendige habiliterende helse- og omsorgstjenester når dom til tvungen omsorg opphører for den enkelte. Både den domfelte og kommunen skal unngå ulempene med å måtte hastig etablere bolig med nødvendige kommunale tiltak «over natten» ved eventuelt opphør av dom og hjemmelsgrunnlag for tiltakene som blir etablert i gjennomføringen av særreaksjonen.

I tilfeller der kommunen har vanskelige forutsetninger for å opprettholde nødvendig tjenestenivå rundt enkeltpersoner etter opphør av dom til tvungen omsorg, vil det også være risiko for at domstolenes vurdering om behovet for opprettholdelse av reaksjonen, må hensynta dette.

Ansvaret for gjennomføring av dom til tvungen omsorg er regulert i forskrift, og ligger hos Sentral fagenhet for tvungen omsorg ved St. Olavs hospital HF, Helse Midt-Norge RHF, nærmere omtalt i punkt 22.1. Dom til tvungen omsorg finansieres 80 prosent av midler fra staten (ved Helse- og omsorgsdepartementet) og 20 prosent av rammefinansiering til de fire regionale helseforetakene. Finansieringsmodellen kan betraktes som en refusjonsordning med egenandel for de regionale helseforetakene, ettersom statens andel finansieres av et øremerket tilskudd med åpen ramme, og de regionale helseforetakene er for-

[2] SIFER. (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune.*

pliktet til å bidra med sin del av finansieringen fra helseregionens samlede rammefinansiering. Kostnadene reguleres delvis av Sentral fagenhet for tvungen omsorg gjennom drift av et fast antall døgnplasser (for utredning og vurdering) ved St. Olavs hospital HF, og gjennom premisser som legges av Sentral fagenhet for tvungen omsorg for bemanning og rammer i det enkelte botiltak. Delvis påvirkes kostnadene i tillegg av lokale forhold i kommunene og deres nærområder/distrikt, så som arbeidsmarked/tilgang på kompetanse. Eksempelvis kan det være enklere å rekruttere kvalifisert bemanning i noen kommuner enn i andre, som kan påvirke kostnadene per årsverk. Et annet eksempel kan være at en kommune har lavt utdanningsnivå blant personell som er tilgjengelig for rekruttering, som kan medføre at et botiltak må styrkes med flere ansatte/årsverk i påvente av at ansatte kan få tilbud om kompetansebygging/utdanning, eller en lykkes med å rekruttere riktigere kompetanse for boligen. Kostnadene kan også påvirkes av lokale muligheter for kostnadseffektiv drift av boligtiltaket i den aktuelle kommunen, så som samlokalisering med andre relevante tjenester, tilgang på kommunale fellesfunksjoner, interkommunalt samarbeid, tilgjengelige og egnede bygninger mv.

Oppsummert er det finansielle ansvarsprinsipp ikke lagt til grunn for 80 prosent av finansieringen, men ligger til grunn for egenandelen på 20 prosent fra de regionale helseforetakene for gjennomføring av dom til tvungen omsorg. At de regionale helseforetakene i de fire helseregionene skal dekke 20 prosent av utgiftene, trådte i kraft fra 2020. Intensjonen var å gi de regionale helseforetakene insentiver til kostnadskontroll. Ordningen har imidlertid vært omstridt fordi de regionale helseforetakene ikke kan påvirke antall personer som dømmes til tvungen omsorg. En nasjonal evaluering fra 2023 viste at den primære driveren for samlede kostnader i dom til tvungen omsorg er antall dømte, og at kostnader per person primært knytter seg til antall ansatte som er nødvendig for å ivareta den enkelte og samfunnsvernet.[3] Som et resultat av gjennomgangen har Sentral fagenhet for tvungen omsorg innført tiltak for tettere kontroll med at bemanning i boligtiltakene er i samsvar med oppdatert behov- og risikovurdering for hver enkelt av de domfelte, og forbedret malverk og standardisering for budsjetter i eksterne boligtiltak. I et innspill til statsbudsjettet for 2024 ba alle de fire regionale helseforetakene om at egenandelen måtte avvikles fordi den ikke kan bidra til å redusere antall personer som dømmes inn til ordningen.

30.1.3 Relevante fellestrekk og sammenhenger i gjennomgangen av finansieringen av særreaksjonene

Behovet for individuell tilpasning og omfattende helse- og omsorgstjenester er i mange tilfeller omtrent like stort ved gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern som ved dom til tvungen omsorg. Myndighetene har ikke begrunnet nærmere hvorfor de to særreaksjonene har ulike modeller for finansiering. Det var imidlertid slik ved innføringen av dom til tvungen omsorg i 2002, at lovens vilkår for henholdsvis dom til tvungen omsorg og dom til tvungent psykisk helsevern samsvarte med et skarpere skille mellom særreaksjonenes formål, som var henholdsvis dom til tvungen omsorg (tvungen omsorg for alvorlig psykisk utviklingshemming) og dom til tvungen behandling (tvungent psykisk helsevern for alvorlig sinnslidelse). For dom til tvungen omsorg var forventningen at særreaksjonen skulle bidra til at den dømte fikk nødvendige habiliterende omsorgsrammer omkring seg, tilpasset evne- og funksjonsmessige forutsetninger, med liten til ingen helsefaglig forventning om endring i evnemessige forutsetninger hos den dømte. Formålet var, og er, at en gjennom individuelt tilpassede tiltak og omsorgsrammer skal forebygge at den som gjennomfører dom til tvungen omsorg på nytt havner i situasjoner som medfører atferd til fare for samfunnet.

Til tvungent psykisk helsevern lå, og ligger, en større helsefaglig forventning om at gjennomføring av særreaksjonen skal bidra til at den dømte gjennom tilgang på godt tilpassede helsetjenester blir frisk eller oppnår bedring i sin psykiske helse. Det innebærer et mål om at pasienten i større grad kan nyttiggjøre seg ordinære helse- og omsorgstjenester både i siste fase av dommens forløp og etter opphør av dom. Forventningen vil være at svært få har et varig behov for langvarige helse- og omsorgstjenester av like omfattende omfang som ved dom til tvungen omsorg, men i perioder av forløpet, og i overgang ut fra behandling i tyngre døgninstitusjoner, vil tilsvarende tjenesteomfang i en tilpasset boligsituasjon være nødvendig for mange.

Utvidelsen av virkeområdet etter loven for dom til tvungen omsorg, innebærer nå en større mulighet for overlapp mellom utfordringer og

[3] De regionale helseforetakene. (2023). *Rapport på oppdrag 2022 – kostnadskontroll for gjennomføring av dom til tvungen omsorg.*

behov, og færre forskjeller mellom de to målgruppene enn tidligere. Særlig knytter dette seg til at domstolen kan velge den av særreaksjonene som vurderes å være til den dømtes beste, uavhengig av hvilket grunnlag vurderingen av utilregnelighet bygger på. Etter lovendringen har en sett både en stor økning i antall særreaksjonsdommer totalt, jf. kapittel 18, og et mindre tydelig skille mellom utfordringsbilde og tjenestebehov hos personer som dømmes til de to særreaksjonene. Dreiningen har vært i den retning at personer som tidligere ikke ville fylt vilkår for dom til tvungen omsorg, nå gjør det. Det vil si at personer med hovedsakelig alvorlig psykisk utviklingshemming fortsatt får dom til tvungen omsorg, men som en andel av en samlet større gruppe.

De første 20 årene særreaksjonene har eksistert, omfattet dom til tvungen omsorg inntil omkring 10 personer på landsbasis, og ga dermed en relativt stabil og forutsigbar kostnad for staten. Etter lovendringen har antallet dømte til tvungen omsorg mangedoblet seg. Statens bekymring er at utgiftene til dom til tvungen omsorg i samme periode har økt mye, både for Helse- og omsorgsdepartementet og for de regionale helseforetakene. Dette er en viktig bakgrunn for at Helse- og omsorgsdepartementet ga de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomgå kostnadene i ordningen, som de regionale helseforetakene deretter har lagt til grunn for tiltak som skal begrense kostnadsveksten, herunder større grad av standardisering i utarbeidelse av budsjetter og utvidede kontrollmekanismer for å sikre at bemanningen omkring den enkelte på dom til tvungen omsorg er i tråd med oppdaterte individuelle risikovurderinger. Bemanningen skal ikke være større enn det som er nødvendig for å ivareta den dømte og samfunnsvernet.

Likevel utgjør antallet dømte den største driveren for samlede kostnader til dom til tvungen omsorg. Økningen i antall dømte har også vært så stor i perioden 2020 til i dag, at de regionale helseforetakenes kostnader ved sin 20 prosent av finansieringen er betydelig høyere enn rammetildelingen som ble lagt til grunn ved etablering av egenandel for de regionale helseforetakene.

Hvor mange personer som til enhver gjennomfører dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg, er et resultat av beslutninger fra domstolene. I de senere årene har det vært eksempler på såkalte «konverteringsdommer» fra dom til tvungent psykisk helsevern til dom til tvungen omsorg, dels begrunnet med at staten og de regionale helseforetakene dekker alle utgifter for personer på dom til tvungen omsorg. Det kan heller ikke utelukkes at domstolens initiale valg av særreaksjon også kan være påvirket av finansielle hensyn. Ubalansen mellom dagens finansieringsmodeller for dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg kan altså ha bidratt til et høyere antall dømte, og derigjennom høyere kostnadsnivå enn nødvendig, for dom til tvungen omsorg. Det er uheldig dersom domstolenes beslutninger om særreaksjon indirekte påvirkes av at finansieringsmodellene er forskjellige, gjennom skjønnsvurderingen av hva som helhetlig vil være til beste for den dømte.

I tillegg kommer at antallet personer som gjennomfører dom til tvungent psykisk helsevern også har økt betydelig, og derfor opptar en betydelig større andel av helseforetakenes og kommunenes samlede kapasitet og kostnader, relativt til pasienter med et sivilrettslig grunnlag for sin rett til helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Både for kommunene og spesialisthelsetjenesten svekkes tjenestenes mulighet til å fullt ut oppnå tilstrekkelig kostnadskontroll. Ansvaret og premisser for tjenestene som skal leveres bestemmes langt på vei av beslutninger fattet i domstolene, og påvirker spesialisthelsetjenestens og kommunenes mulighet for kostnadskontroll gjennom helhetlige prioriteringer innenfor sine ansvarsområder etter kost/nytte prinsippet.

Anbefalingene fra utvalget vedrørende særreaksjonene dom til tvungen omsorg og dom til tvungent psykisk helsevern, er redegjort for i kapittel 28 og 29. De omhandler i hovedtrekk ulike tiltak som samlet vil både forbedre særreaksjonene og styrke sivilrettslig tilgang på spesialisthelsetjenester for personer med utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og/eller alvorlig psykisk lidelse og samtidig risiko for atferd som kan være til skade for samfunnet. Intensjonen med tiltakene som er foreslått er at flere i risikogruppene skal få tidlig hjelp i sivilrettslige forløp, og at så få som mulig skal måtte dømmes til særreaksjonene. På kort sikt vil det være et mål at antallet som gjennomfører dom til tvungen omsorg og dom til tvungent psykisk helsevern ikke øker vesentlig fra dagens nivå, og på lang sikt bør antallet reduseres i takt med styrking av sivilrettslige forløp.

I et makroperspektiv, og på lang sikt, kan dette være tiltak som bidrar til at den største andelen av tjenestene til målgruppene kan ytes innenfor sektorenes ordinære rammefinansiering og reguleres av det finansielle ansvarsprinsipp. Gjennomføring av særreaksjonene vil derigjennom kunne utgjøre den minste andelen av tjenestene til målgruppene,

hvor staten beholder finansieringsansvaret for dom til tvungen omsorg og vurderer finansieringsmodeller for dom til tvungent psykisk helsevern som gir mindre ubalanse mellom særreaksjonene.

I punkt 30.2 drøftes ulike modeller som kan bidra til balansering av finansieringsmodellene for særreaksjonene, og hensynta avhengigheter og drivere mellom sektorer og mellom forløpsspor (sivilt og strafferettslig) som påvirker hvordan gjennomføring av særreaksjonene fungerer i praksis. I drøftingen løftes frem premisser for finansiering som kan understøtte de faglige og organisatoriske anbefalingene utvalget har gitt for særreaksjonene og aktuelle sivilrettslige tjenester.

30.2 Alternativer som balanserer finansieringsmodellene for særreaksjonene

30.2.1 Innledning

I prinsippet kan det etableres en felles finansieringsmodell eller bedre balanse mellom finansieringsmodeller for særreaksjonene på flere måter. Enten ved at finansieringsmodellen for dom til tvungen omsorg blir lik finansieringsmodellen for dom til tvungent psykisk helsevern (alternativ 1), ved at finansieringsmodellen for dom til tvungent psykisk helsevern blir lik finansieringsmodellen for dom til tvungen omsorg (alternativ 2), at finansieringsmodellene tilpasses slik at de blir likere (alternativ 3), eller at det etableres én ny felles finansieringsmodell som bygger på andre premisser enn begge de nåværende modellene (alternativ 4).

Uavhengig av hvilken finansieringsmodell som velges, viser gjennomgangen at kjerneutfordringene er omfanget av dommer til de to ordningene, samt regulering av ansvar for oppgaver og finansiering i forløpsfaser der samhandling mellom helseforetak og kommuner er det avgjørende elementet.

For målgruppene som omfattes av særreaksjonene, finnes det bare to prinsipielle løsningsalternativer for organisering av tjenestene. Enten må de ha varig opphold og bosetting i spesialisthelsetjenesten (langtidsinstitusjoner, med lengre oppholdstid enn det som anvendes i spesialisthelsetjenesten i dag), eller tjenestene må utøves i samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune (hvor ulik vekting av tjenestene er mulig). Utvalget har ikke anbefalt etablering av store langtidsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten, men for noen pasienter som vurderes med svært liten eller ingen mulighet til fremtidig overføring til bolig på kommunalt nivå, anbefaler utvalget etablering av sikkerhetsboliger i spesialisthelsetjenesten. Her anser utvalget at spesialisthelsetjenesten kan ta det primære ansvaret for helhetlige tjenester, om enn det kan være aktuelt å samhandle om enkelte individuelt tilpassede kommunale tjenester, så som deltakelse i egnede aktivitetstilbud eller liknende. For alle øvrige boligrelaterte tiltak vektlegger utvalget samhandling i stor grad, også der det foreslås at spesialisthelsetjenesten tar større administrativt og faglig ansvar (for eksempel overgangsboliger). Særlig finansiering av samhandling er vektlagt på flere punkter nedenfor, og omtales særskilt i siste del av kapittelet.

30.2.2 Alternativ 1: Rammefinansiering av dom til tvungen omsorg over spesialisthelsetjenestens budsjett

Dagens refusjonsordning gir Sentral fagenhet for tvungen omsorg og kommunene stabil og forutsigbar finansiering av dom til tvungen omsorg, i og med staten dekker 80 prosent og de regionale helseforetakene 20 prosent fra egen ramme av utgiftene. Dette bidrar til at det i de fleste tilfellene er god flyt i arbeidet med å etablere bemannede boligtiltak for gjennomføring av dom til tvungen omsorg. Tilsvarende forløpsfase i gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern er beskrevet av både spesialisthelsetjenesten og kommunene som betydelig mer utfordrende. Både spesialisthelsetjenesten og kommunene opplever en uforutsigbar og voksende kostnad som følger antallet nye dømte per år. Uten refusjonsmodellen er det imidlertid risiko for at flere med dom til tvungen omsorg ville måttet gjennomføre dommen med langtidsopphold i døgninstitusjon med høyt sikkerhetsnivå i spesialisthelsetjenesten for å kunne oppfylle nødvendige krav til ivaretakelse av samfunnsvernet. Slike døgnplasser er ikke tilpasset for flerårige opphold, og har allerede kapasitetsutfordringer for ordinære målgrupper.

En full rammefinansiering av ordningen vil kunne bidra til å holde kostnadene nede, men vil samtidig innebære at de regionale helseforetakene må prioritere begrensede midler mellom særreaksjonen dom til tvungen omsorg og ordinære spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt øvrige kjerneoppgaver. Det vil heller ikke gi kontroll med antallet nye dømte til ordningen. For noen dømte vil realiteten kunne bli varig bosetting i en større langtidsinstitusjon. En

slik utvikling vil kreve betydelige investeringer i bygningsmasse for langtidsinstitusjoner som er bedre egnet for lengre varighet av opphold i institusjon enn det døgnenheter i spesialisthelsetjenesten bygges for i dag. Blant annet vil det stille større krav til arealer for forsvarlige aktivitetstilbud innendørs og utendørs, og for kontakt med familie/pårørende. Det vil kunne oppstå nye samhandlingsutfordringer knyttet til å forberede overgang fra langtidsopphold i institusjon til forsvarlig bosituasjon i en kommune etter opphør av dom. Varigheten av dom til tvungen omsorg i dagens ordning lagt til grunn, må en ta høyde for at gjennomføring i langtidsinstitusjoner vil gi behov for stor grunnkapasitet og økning i antall plasser årlig.

I Danmark er gjennomføringen for en lignende målgruppe samlokalisert i den nasjonale institusjonen Koefoedsminde med om lag 100 plasser, fordelt på 17 lukkede og 1 åpen avdeling,[4] hvor utfordringer knyttet til kapasitet og belegg er kjent.[5] Av den nasjonale rapporten *Afrapportering fra arbejdsgruppen om Kofoedsminde* fremgår informasjon fra Region Sjælland om at plikt til å motta nye dømte ved Koefoedsminde medfører at det er vanskelig å budsjettere for et fremtidig ukjent antall plasser og kunne tilrettelegge driften for riktig nivå. De sikrede plassene er finansiert ved at utgiftene fordeles på alle landets kommuner etter befolkningstall, med hensikt å sikre at ikke kostnader til utviklingshemmede som gjennomfører dom rammer noen kommuner mer enn andre. Den nasjonale rapporten drøfter hvorvidt ordningen kan gi utilsiktede insentiver for kommunene til å få domfelte utviklingshemmede inn i sikrede plasser, fremfor åpne plasser som er takstfinansiert, men konkluderer ikke bestemt om dette.[6]

Utvalgets faglige og organisatoriske anbefalinger er ikke i overensstemmelse med den danske modellen. Utvalget vektlegger styrking av sivilrettslige tjenester som kan bremse økningen i nye særreaksjonsdommer som sådan. Utvalgets faglige og organisatoriske anbefalinger er også forenlige med en fleksibilitet til å justere antall mindre enheter til antallet dømte, på tvers av særreaksjonene og sivilrettslige forløp.

30.2.3 Alternativ 2: Refusjonsordning for dom til tvungent psykisk helsevern

Den andre prinsipielle muligheten for å gjøre finansieringsmodellene mindre ulike er å endre finansieringsmodellen for dom til tvungent psykisk helsevern, fra dagens rammefinansiering til helt eller delvis en refusjonsordning. En refusjonsordning vil prinsipielt gi mer stabil og forutsigbar finansiering av dom til tvungent psykisk helsevern for helseforetakene og kommunene, men svakere forutsigbarhet for Helse- og omsorgsdepartementet. Utvalgets drøfting omkring svakere insentiver for kostnadskontroll i refusjonsordninger vil kunne ha større betydning her enn for dom til tvungen omsorg, fordi det er langt flere domfelte og langt flere som potensielt kan dømmes til tvungent psykisk helsevern i befolkningen. Også her vil en refusjonsordning måtte vurderes opp mot kostnaden ved andre mulige gjennomføringsformer i forløp for dom til tvungent psykisk helsevern. En refusjonsordning vil kunne gi insentiver til fremdrift med kortere opphold i helseforetakenes døgnenheter og premiere samhandling om etablering av egnede botiltak eller boliglignende institusjoner i kommune eller nærdistrikt. Samtidig vil ordningen kunne avlaste kapasitetsutfordringer ved sykehusenes døgnenheter og redusere alternativkostnadene forbundet med manglende fremdrift i forløp. Den vil også kunne utjevne forskjeller i kommunenes forutsetninger for å ta medansvar i samhandling og samarbeid om aktuelle faser av forløpet. På den andre siden vil en ren refusjonsmodell for dom til tvungent psykisk helsevern kunne gi svakere insentiver til å holde kostnadene nede, og invitere til ytterligere dreining fra sivilrettslig tvungent psykisk helsevern til økt bruk av dom til tvungent psykisk helsevern.

30.2.4 Alternativ 3: Finansieringsmodellene for dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg tilpasses slik at de blir likere

Uønskede dreininger mellom særreaksjonene eller mellom sivil- og strafferettslige forløp kan motvirkes gjennom å balansere finansieringsmodellene ikke bare mellom dom til tvungen omsorg og dom til tvungent psykisk helsevern, men også mellom sivilrettslige og strafferettslige forløp, særlig i faser der tjenestemottakeren er avhengig av velfungerende samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester. På denne måten kan det legges til rette

---

4 Kofoedsminde.dk

5 Social- og Boligministeriet. (2024). *Afrapportering fra arbejdsgruppen om Kofoedsminde.*

6 Social- og Boligministeriet. (2024). *Afrapportering fra arbejdsgruppen om Kofoedsminde.*

for at individuelle tjenestebehov og samfunnsvernet får større prinsipiell vekt enn om den enkelte har en dom eller ikke. Dette vil også kunne bidra til at behovet for å sikre samfunnsvernet gjennom dom til tvungent psykisk helsevern avgrenses til en langt mindre andel av pasientgrunnlaget i psykisk helsevern enn i dag. Et eksempel på en slik delvis refusjonsordning som inkluderer både dom til tvungent psykisk helsevern og sivilrettslig tvungent psykisk helsevern, men som avgrenses til å omfatte boligtiltak eller små til mellomstore boliglignende institusjoner, vil kunne understøtte viktige elementer i utvalgets anbefalte tiltak for målgruppene. Dette vil kunne gjelde både for styrking av sivilrettslige tjenestetilbud, reduksjon av andelen dømte til særreaksjonene og økte insentiver for samhandling om ulike former for boligtiltak eller små til mellomstore boliglignende institusjoner. Det vil også være forenlig med nasjonale målsettinger om å bygge ned skillene mellom nivåene i helsetjenesten. Dette omtales nærmere i under alternativ 4.

30.2.5 Alternativ 4: En ny felles finansieringsmodell for dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg som bygger på andre premisser enn de nåværende modellene?

Utvalgets forslag til faglige og organisatoriske tiltak for særreaksjonene forutsetter at spesialisthelsetjenesten tar formelt ansvar for større deler av forløpene, også ut i boliglignende små til mellomstore institusjoner. Tiltakene omfatter både dømte til særreaksjonene og tilsvarende pasientgrupper i sivilrettslige forløp. De foreslåtte tiltakene innebærer en klar styrking av både sivilrettslig psykisk helsevern og habilitering i spesialisthelsetjenesten, med formål om å på kort sikt bremse økningen, og på lang sikt redusere antall dømte, til særreaksjonene. Det foreslås også tiltak som bygger videre på forslag om overgangs- og sikkerhetsboliger i de regionale helseforetakenes felles plan for sikkerhetspsykiatri. Disse har likhetstrekk med eksterne botiltak for dom til tvungen omsorg. Den største pasientgruppen foreslås til overgangsboliger, der spesialisthelsetjenesten tar et administrativt og formelt hovedansvar, men hvor en likevel legger til grunn omfattende samhandling med kommunene om bemanning og aktuelle tjenester.

På lang sikt er målet en mer balansert og enhetlig faglig og organisatorisk modell for de ulike målgruppene innen psykisk helsevern og habilitering, hvor også finansieringsmodellene kan harmoniseres og bidra til færre utilsiktede vridningseffekter. Et eksempel på slik harmonisering vil være å utvikle finansieringsmodeller som primært hensyntar de ulike fasene i forløpene (spesialisthelsetjeneste – samhandling – kommune) heller enn hvilket forløpsspor en følger (sivilrettslig/strafferettslig). Særlig er det behov for at finansieringen i samhandlingsfasen får en slik innretting at den gir insentiver til felles ansvar og hensiktsmessig oppgavedeling i boliglignende institusjoner for personer med omfattende og sammensatte tjenestebehov innen målgruppene.

Utvalget har diskutert i hvilken grad anbefalinger om finansiering bør knytte seg primært til kostnadseffektivitet eller understøtte de faglige og organisatoriske tiltakene som foreslås. Spørsmålet om forutsigbarhet i kostnadsutviklingen kan ikke løsrives fra spørsmålet om «for hvem?». De ulike modellene gir ulik forutsigbarhet på nasjonalt og lokalt nivå. Det er også diskutert om anbefalinger om finansiering bør konsentreres innenfor dagens samlede kostnadsramme eller kan forutsette tilføring av budsjettmidler som ledd i en nasjonal opptrapping og styrking av fagområdene. Konklusjonene om dette påvirkes både av hvilken tidshorisont som legges til grunn, og av hvor store driftsfordeler en forventer å oppnå i tjenestene gjennom tiltakene som foreslås.

Eksempelvis foreslår utvalget flere tiltak som vil styrke sivilrettslige spesialisthelsetjenester og samhandling om forsterkede boliger og boliglignende institusjoner innen habilitering, med formål om å forebygge og begrense nye dommer til tvungen omsorg. Det er imidlertid vanskelig å anslå hvor raskt en slik effekt kan oppnås, og mye tilsier at det er å anse som en langsiktig investering, selv om enkeltpersoner som ennå ikke har dom til tvungen omsorg vil kunne få stort utbytte ganske raskt. Endring av finansieringsmodellen for dom til tvungen omsorg kan derfor ikke anbefales på kort sikt. Det vil ta tid å bygge opp en forebyggende tilnærming til feltet, og sammensatte tiltak vil være nødvendig. På lang sikt kan en likevel se for seg at også finansiering av dom til tvungen omsorg kan omlegges til en harmonisert modell, forutsatt at en opprettholder sterke insentiver for samhandling om forløpet utenfor spesialisert døgninstitusjon. Det vil i et slikt perspektiv også være mulig å se for seg en annen ansvarsdeling mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene enn i dag, der kostnadsdelingen på henholdsvis 80 og 20 prosent av de samlede kostnadene kunne vurderes endret til at de regionale helseforetakene har ansvar for kostnadene

der dom til tvungen omsorg gjennomføres i døgninstitusjonen for Sentral fagenhet for tvungen omsorg (i spesialisthelsetjenesten), mens kostnadene i eksterne botiltak utenfor Sentral fagenhet for tvungen omsorg dekkes helhetlig av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom en refusjonsordning.

Også innen psykisk helsevern anbefales flere tiltak som vil styrke sivilrettslige spesialisthelsetjenester og samhandling om forsterkede boliger og boliglignende institusjoner (beskrevet som overgangs- og sikkerhetsboliger etter modell fra *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*). Her vil tiltakene kunne få rask effekt med tanke på å oppnå raskere forløp ut av lukkede døgnplasser i sykehus. Styrking av antall døgnplasser i psykisk helsevern derimot, vil kreve mer langsiktighet, blant annet fordi utvikling av nødvendig bygningsmasse er tidkrevende og kostbare investeringer for helseforetakene.

Utvalget har diskutert hvorvidt en kan se for seg en ny finansieringsmodell der anbefalingene som gjelder styrking av spesialisthelsetjenester innenfor helseforetakenes ordinære enheter og funksjoner kan oppnås gjennom økt rammefinansiering, og der styrkingen øremerkes tiltakene/formålene i en oppbyggingsperiode, for deretter å gå over i ordinær drift. Flere av tiltakene som foreslås vil eksempelvis kunne prioriteres innenfor rammen av nasjonal opptrappingsplan for psykisk helse,[7] og vil forbedre tjenestene både for sivilrettslige og strafferettslige forløp. Her vil det finansielle ansvarsprinsippet innen rimelig tid være gjeldende for en stor andel av de samlede kostnadene.

30.2.6 Særlig om finansiering og samhandling i en ny modell for finansiering

Samhandling er en nøkkelutfordring, men også en nøkkelløsning i gjennomføring av begge særreaksjonene. Gjennomgangen ovenfor har vist at fordelen med det finansielle ansvarsprinsippet kan være bedre insentiver til kostnadskontroll, mens en ulempe vil være at mulige fremtidige kostnader kan gi svekkede insentiver for å påta seg eller samhandle om ansvar for store tid- og ressurskrevende oppgaver. Utfordringen oppstår i den fasen i forløpene som forutsetter samhandling mellom helseforetak og kommune om sammensatte og utfordrende helse- og omsorgstjenester, med store tilhørende kostnader, særlig knyttet til bemanning og egnede arealer. Så lenge begge partene må basere sin innsats på rammefinansiering som også skal dekke et bredt spekter av andre oppgaver, utfordres mulighetene for å finne en felles forståelse om fordeling av ansvar og kostnader.

For å kunne oppnå både sterkere insentiver for nettopp samhandling og fremdrift i forløp kan en mulig ny modell for finansiering bygge på en ny og tilpasset refusjonsordning for samhandling om overgangs- og sikkerhetsboliger (boliglignende små til mellomstore institusjoner). Løsningene må sees på tvers av sivilrettslige og strafferettslige forløp. Nærmere detaljering av dette vil måtte tilpasses hvilke av utvalgets anbefalinger som eventuelt implementeres i tjenestene, og hvordan sammenheng mellom forvaltningsnivåene videreutvikles i årene som kommer.

30.3 Kort oppsummert – utvalgets vurderinger og anbefalinger om finansieringen av særreaksjonene

- For å unngå uønsket vridning fra dom til tvungent psykisk helsevern til dom til tvungen omsorg, må forskjellene i finansiering bli mindre enn i dag.
- For å unngå økning, og på sikt reduksjon i antall dømte til særreaksjonene, må sivilrettslige forløp styrkes som anbefalt av utvalget.
- Samhandlingsfasen av dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg må ha finansiering som kan forbedre balanse mellom modellene.
- Fremtidig modell for finansiering må tilpasses slik at det også er balanse mellom kvalitet og gode overganger mellom ulike nivåer i både sivilrettslige og strafferettslige tjenestetilbud.
- Fremtidig modell for finansiering av alle forløpene (sivil- og strafferettslig) må gi sterke insentiver for samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.
- Det er en avveining mellom hensynene til kostnadseffektivitet og effektiv samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune:
  - Hensynet til behov for styrket samhandling tilsier refusjonsordning.
  - Hensynet til kostnadskontroll tilsier rammefinansiering.
- Fremtidig modell for finansiering av særreaksjonene og parallelle sivilrettslige forløp kan på lengre sikt etableres med elementer av både ramme- og refusjonsbasert finansiering:

[7] Meld. St. 23 (2022–2023).

- Dette forutsetter lang tid og betydelige ressurser til å bygge opp de foreslåtte faglige og organisatoriske tiltakene, hvor intensjonen er at en på lang sikt oppnår økt kostnadseffektivitet.
- Finansieringsmodellen bør hensynta ansvars- og oppgavefordelingen i de ulike fasene av forløpene (delt/felles).

30.4 Mindretallsmerknad om finansiering av særreaksjonene

Et mindretall i utvalget, utvalgsleder Frøstrup og utvalgsmedlemmene Borge, Gudbjørgsrud og Henriksen, deler ikke alle de oppfatningene som framkommer i oppsummeringen i punkt 30.3. *Dette mindretallet* mener at det bør legges større vekt på kostnadseffektivitet. Det har sammenheng med at utvalget foreslår tiltak som, i hvert fall på kort sikt, vil øke utgiftene i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i kriminalomsorgen. Det framstår da som lite hensiktsmessig å beholde en finansieringsordning for dom til tvungen omsorg som i liten grad gir insentiver til å begrense kostnadene.

Dette mindretallet foreslår at ansvaret for domfelte til særreaksjonene i sin helhet legges til spesialisthelsetjenesten, og at ansvaret varer til dommen opphører. Samtidig må midlene som i dag er knyttet til personer på dom til tvungen omsorg, og som bevilges i form av et særskilt tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, overføres til spesialisthelsetjenesten. Midlene bør øremerkes tvungen omsorg en overgangsperiode, og justeres i tråd med en realistisk prognose for utviklingen i antall personer på dom til tvungen omsorg. Det vil også være nødvendig å overføre midler til spesialisthelsetjenesten fra kommunene som i dag dekker utgifter til bolig og kommunale helse- og omsorgstjenester for domfelte til tvungent psykisk helsevern. Dette vil være i tråd med det finansielle ansvarsprinsipp og Stortingets vurdering av at dom til tvungen omsorg ligger utenfor kommunenes naturlige ansvarsområde. Etter overgangsperioden vil dette gi lik finansieringsmodell for de to særreaksjonene, dom til tvungen omsorg og dom til tvungent psykisk helsevern. Lik finansieringsmodell har den fordelen at domstolene ikke har finansielle insentiver til å velge en av særreaksjonene framfor den andre. I tillegg kan det være en fordel at det er enklere å etablere boliger for flere når spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for særreaksjonene.

Når dommen opphører, skal den særreaksjonsdømte i hovedsak over i egen eller kommunal bolig, og motta kommunale helse- og omsorgstjenester dersom det er behov for det. *Dette mindretallet* mener, i likhet med flertallet, at det er viktig med et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, også før dommen opphører. Godt samarbeid kan oppnås ved at spesialisthelsetjenesten i god tid før dommen opphører pålegges å etablere kontakt med hjemkommunen for å informere om boforhold og behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kapittel 31
Pårørende som ressurs for helsetjenestene og kriminalomsorgen

31.1 Innledning

Usikkerheten knyttet til det å leve med en tidsubestemt straff eller særreaksjon kan oppleves svært belastende, ikke bare for den som er idømt reaksjonen, men også for pårørende til frihetsberøvede personer (innsatte i fengsel og personer som er dømt til særreaksjonene tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg). Det er ulike utfordringer knyttet til det å være pårørende til en innsatt i fengsel og til en person dømt til en særreaksjon, men det finnes også flere fellestrekk. Mange pårørende opplever følelsesmessige reaksjoner som sorg og skam, og kan også møte helsemessige, sosiale og økonomiske utfordringer som følge av situasjonen.

Pårørende kan ha levd i mange år med en person som har psykiske lidelser, rusproblemer og/eller kriminell atferd. De kan ha kjempet for at den dømte skulle få hjelp tidligere, uten å ha lyktes. For noen kommer lovbruddet eller dommen ikke som en overraskelse, mens for andre er det totalt uventet og kan utløse en livskrise. Behovene til pårørende kan variere sterkt avhengig av situasjonen; noen trenger omfattende støtte og informasjon, mens andre trenger mindre hjelp.

Utvalget er ikke kjent med antallet pårørende til innsatte med alvorlig psykisk lidelse, eller til personer som ivaretas under særreaksjonene eller som gjennomfører forvaring. Utvalget mener det er viktig at disse gruppene pårørende ivaretas på lik linje med andre pårørende som en mulig ressurs for bedre omsorg for en gruppe som kan ha begrenset kontaktflate.

Samtidig vil utvalget påpeke at det ikke alltid er naturlig med kontakt mellom pårørende og frihetsberøvede personer. En pårørende vil ikke alltid være en ressurs, spesielt hvis de frihetsberøvede personene har opplevd vold eller omsorgssvikt i barndommen, og kontakt ikke er hensiktsmessig. Det kan også være pårørende som av ulike grunner ikke ønsker å ha kontakt med den frihetsberøvede.

Utvalget mener at pårørende kan være en positiv ressurs når det er ønskelig med kontakt mellom frihetsberøvede personer og pårørende, og når den frihetsberøvede ønsker at pårørende involveres ved å oppheve taushetsplikten til helsepersonell eller ansatte i kriminalomsorgen. Pårørende kan spille en viktig rolle for den innsatte, helsetjenestene og deres tjenesteytelse, samt for kriminalomsorgens tilrettelegging under oppholdet i fengsel. De kjenner ofte den frihetsberøvede godt og kan bidra med verdifull informasjon for en god ivaretakelse, noe som kan bidra til å forebygge eller gi bedre behandling for psykiske lidelser. Ved ikke å involvere pårørende, går denne muligheten til viktig informasjon tapt. Derfor bør også pårørendes tilbakemeldinger høres, selv om den frihetsberøvede eventuelt ikke ønsker at taushetsbelagt informasjon gis til den pårørende.

31.2 Nærmere om utfordringer for pårørende i møte med helsetjenestene og kriminalomsorgen

Pårørende omtales ulike steder i regelverket, men de mest sentrale lovene i denne sammenheng er straffegjennomføringsloven, pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Utvalget har ikke foretatt en fullstendig gjennomgang av det aktuelle regelverket, men vil fremheve noen sentrale problemstillinger.

I helselovgivningen defineres «nærmeste pårørende» i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b. I utgangspunktet er «nærmeste pårørende» den personen som pasienten eller den innsatte oppgir som nærmeste pårørende. Regelverket skiller mellom «nærmeste pårørende» og «pårørende». Det er kun nærmeste pårørende som har rettigheter og oppgaver etter helselovgivningen, og som helsepersonell har rettslige plikter overfor.

Straffegjennomføringsloven har ingen bestemmelser om pårørendes rettigheter. Foruten bestemmelser om innsattes mulighet til å opprettholde kontakt med sine pårørende gjennom brevveksling, besøk, telefonsamtaler, og fremstillinger eller permisjoner, regulerer ikke straffegjennomføringsloven pårørendes involvering med de innsatte direkte. Pårørende til innsatte omtales ellers i den grad de synes å spille en sentral rolle i kriminalomsorgens vurderinger. I regelverket ivaretas barn under 18 år som pårørende særskilt. I forbindelse med besøk definerer kriminalomsorgen «nærmeste pårørende» som ektefelle, partner, registret samboer, barn, foreldre, søsken og besteforeldre.[1] For mer informasjon om regelverk som omhandler pårørende se punkt 13.3.3 om innsattes kontakt med pårørende og andre utenfor fengselet.

Utvalget har fått del i erfaringer og synspunkter fra forvaringsdømte og fra pårørende til forvaringsdømte gjennom ulike innspillsmøter, hvor et systematisk samarbeid med de domfeltes pårørende ble trukket frem som viktig.[2] Ifølge organisasjonen For Fangers Pårørende (FFP) er det mange pårørende som etterspør større grad av inkludering, og mange opplever det vanskelig å stå på utsiden uten mulighet til å kunne bidra eller motta informasjon. Organisasjonen peker på at manglende tradisjon for å involvere pårørende og begrensede ressurser i kriminalomsorgen, kan være årsaker til at det i liten grad er et samarbeid med pårørende. Utover muligheten til å komme på besøk i fengselet eller å opprettholde kontakt med den innsatte gjennom andre kontaktformer, er det i liten grad et systematisk samarbeid med pårørende i kriminalomsorgen. Kriminalomsorgen har opprettet en pårørendetelefon som kan svare på spørsmål og gi generell informasjon, men pårørende har ikke rett til informasjon om den innsatte, og trekkes sjeldent inn i rehabiliteringsarbeidet eller andre sider av den innsattes hverdag i fengselet. De trekkes i liten grad inn i for eksempel ansvarsgruppemøter eller andre møter med kriminalomsorgen.

De ulike juridiske rammene i helselovgivningen og regelverket som gjelder for kriminalomsorgen kan noen ganger gjøre det vanskelig for pårørende å forstå sine rettigheter. Pårørende kan for eksempel ha større rettigheter til å få informasjon om, og til å bli inkludert i, helsetjenestene i fengsel enn i kriminalomsorgen for øvrig, forutsatt at vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 eller § 3-4 er oppfylt.

Taushetsplikt og personvernregler både i helsetjenesten og kriminalomsorgen kan begrense informasjonen som kan deles med pårørende. Uten god systematikk for å innhente samtykke for at informasjon kan deles med pårørende, kan taushetsplikten utgjøre et hinder for samarbeid. Men det er ikke til hinder for at både helsetjenestene og kriminalomsorgen kan lytte til pårørendes innspill og erfaringer. I punkt 14.7.2.5 omtales deling av taushetsbelagte opplysninger med den innsattes nærmeste pårørende nærmere.

Innen helsefeltet legger *Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan for 2021–2025* grunnlaget for en helhetlig tilnærming til å støtte pårørende i deres utfordrende roller. Utvalget vil bemerke at strategien anerkjenner de mange utfordringene som pårørende generelt står overfor, og legger vekt på behovet for støtte og tiltak for å lette deres situasjon. Tilgang til rådgivning, informasjon, støttegrupper og økonomisk bistand kan være avgjørende. Samtykkeutvalgets utredning *Bedre beslutninger, bedre behandling* fra 2023, belyser også flere av de utfordringene som pårørende står overfor, spesielt i konteksten av psykisk helsevern og bruk av tvang. Rapporten peker på at pårørende til alvorlig psykisk syke er en pårørendegruppe som kan ha et særlig behov for veiledning, avlastning og støtte. Den nasjonale pårørendeundersøkelsen fra 2020/2021 understreker at pårørende til personer med psykisk sykdom opplever tjenestene som mindre samordnet enn pårørende til andre grupper. Undersøkelsen viser også at nettopp denne pårørendegruppen bruker mer tid på å finne ut av hjelpetilbudet, og de opplever i mindre grad enn andre å få medvirke i utformingen av tjenestene.

Helsevesenet har også utviklet en pårørendeveileder publisert i 2017 og som ble evaluert i 2021.[3] Veilederen sier blant annet at kommuner og helseforetak skal ha systemer for pårørendeinvolvering på flere nivåer. En ny veileder til lov og forskrift for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsler er under arbeid i regi av Helsedirektoratet.

---

1 Retningslinjer til straffegjennomføringsloven § 31, punkt 31.1.

2 I møte med Kontaktutvalget for forvaringsdømte ved Ila fengsel og forvaringsanstalt i januar 2024, og et innspillsmøte som utvalget avholdt i mars 2024.

3 Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder. Evaluering av implementering av pårørendeveilederen.*

31.3 Videreutvikle et best mulig pårørendegrunnlag for frihetsberøvede personer

I punkt 31.2 nevnes utfordringene pårørende står overfor i møte med helsetjenestene og kriminalomsorgen. Det pekes på at det kan være spesielt krevende for pårørende å navigere mellom to systemer, og at det særlig savnes en mer systematisk tilnærming til pårørende til innsatte i fengsel. Utvalget mener det er viktig at pårørende som en mulig ressurs for bedre omsorg for frihetsberøvede personer med psykiske lidelser ivaretas særskilt. Utvalget vil understreke at pårørende kan være en positiv ressurs for frihetsberøvede personer. Deres støtte og involvering kan ha stor betydning. Kontakt mellom pårørende og frihetsberøvede personer i seg selv kan ha en positiv effekt, og pårørendes informasjon om historikk kan være avgjørende for god behandling. Utvalget mener derfor at samarbeid og inkludering av pårørende til det beste for innsatte med psykiske lidelser inkludert innsatte som soner en forvaringsdom, og for personer dømt til en særreaksjon, bør styrkes både innenfor og mellom helsetjenestene og kriminalomsorgen, og vil fremheve følgende:

- Det bør tilføres ressurser for å sikre at både helsetjenestene og kriminalomsorgen har kapasitet til å ivareta arbeidet overfor pårørende.
- For å sikre et godt samarbeid med pårørende bør arbeidet med pårørendeansvarlig videreføres i helsetjenesten, og det bør opprettes pårørendeansvarlig i kriminalomsorgen tilsvarende ordningen med barneansvarlige. Disse bør også kunne være tilgjengelige som kontaktpersoner for pårørende.
- Det bør videre være mulig for pårørende å be om møter eller samtaler med ansatte i kriminalomsorgen eller helsetjenestene, for eksempel før gjennomføring av en dom eller underveis ved behov dersom taushetsplikt er opphevet og begge parter ønsker det. Pårørende bør også i større grad kunne delta i ansvarsgruppemøter.
- For å sikre et bedre kunnskapsgrunnlag om pårørendes møte med helsetjenestene og kriminalomsorgen bør det gjennomføres en nasjonal spørreundersøkelse for pårørende og deres familier.
- På lik linje som i helsetjenesten, bør det utvikles en samlet pårørendestrategi, samt en veileder, for involvering av pårørende i kriminalomsorgen. Utvalget er kjent med at det er planlagt et samarbeid mellom Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) og organisasjonen For Fangers Pårørende (FFP) om utvikling av en slik strategi og veileder, noe utvalget er positiv til.
- I arbeidet med en strategi kan det være nyttig for kriminalomsorgen å se hen til pårørenderammene som er i helsetjenesten.
- Det bør utvikles gode rutiner for systematisk å spørre den frihetsberøvede om samtykke til å oppheve taushetsplikt overfor pårørende. Der det ikke er gitt samtykke til at informasjon kan deles, skal pårørende likevel kunne motta generell informasjon.
- Både helsetjenestene og kriminalomsorgen bør etablere informasjonsmateriell som ivaretar informasjon til pårørende.
- Ansatte i helsetjenestene og kriminalomsorgen bør gjøres kjent med hvordan de skal samarbeide med og involvere pårørende. Dette kan bidra til å styrke samarbeidet og sikre at pårørende får den informasjonen og støtten de har behov for.
- Barn som pårørende bør få spesiell oppmerksomhet. Det må være et fokus på at barn får den informasjonen og støtten de trenger. Dette gjelder også søsken, som gjerne kan føle seg glemt eller ikke sett fordi foreldre eller foresatte ofte kan være i en livskrise på grunn av det som har skjedd med et av barna.
- Teknologi kan spille en viktig rolle i å forbedre kommunikasjonen mellom pårørende og tjenestene. Digitale plattformer kan brukes til å dele informasjon, og til samtaler og møter. Dette kan lette kommunikasjonen mellom pårørende og tjenestene og begrense ressursbruken for begge partene, sammenlignet med å gjennomføre det tilsvarende fysisk.
- Nærhet til hjemstedet kan ha stor betydning for den domfelte, både for å kunne opprettholde kontakt med pårørende og for muligheten til rehabilitering og tilbakeføring til lokalsamfunnet. Spesialiserte tjenester og et begrenset antall enheter for gjennomføring av forvaring og særreaksjonene, kan skape store geografiske avstander for pårørende til denne gruppen domfelte, se blant annet punkt 15.8. Utvalget mener at brudd på «nærhetsprinsippet» i kriminalomsorgen må søkes kompensert med økte og mer fleksible kontaktmuligheter. Dette kan for eksempel være bruk av videosamtaler, økt telefontid, lengre besøkstid eller en ordning for reisestøtte til pårørende.

Kapittel 32
Økonomiske og administrative konsekvenser

32.1 Innledning

De økonomiske og administrative konsekvensene av utvalgets anbefalinger vil avhenge av utformingen og omfanget av de tiltakene som blir besluttet gjennomført. Utvalgets anbefalinger forutsetter i relativt stor grad videre utredning. Det foreligger i så måte ikke et godt nok grunnlag for å anslå økonomiske og administrative konsekvenser med nøyaktighet. Beskrivelsen av de økonomiske og administrative konsekvensene er gjennomført på denne bakgrunnen og innenfor en slik ramme.

Av utredningsinstruksen følger det at i utredning av tiltak som forventes å gi vesentlige nytte- eller kostnadsvirkninger, herunder vesentlige budsjettmessige virkninger for staten, skal gjennomføres en analyse i samsvar med rundskriv for samfunnsøkonomiske analyser, og at det i slike analyser skal det være et nullalternativ.[1] Konkretiseringsnivået i utvalgets forslag tillater ikke gjennomføring av en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse. Det er likevel behov for en referanse som utvalgets forslag til tiltak kan sammenliknes med. Et nullalternativ skal representere «en forsvarlig videreføring av dagens situasjon, basert på vedtatt politikk (regelverk, lover, grenseverdier mv.)».[2]

Utvalgets mandat er i hovedsak avgrenset til ulike grupper domfelte. Det gjelder ivaretakelsen av små grupper i samfunnet, men hvor mange har store, ressurskrevende behov. Tiltakene utvalget foreslår relatert til de strafferettslige særreaksjonene berører imidlertid både domfelte og andre grupper. I mange tilfeller er det tale om alternative tiltak for personer som allerede er «i systemet». I beregningen av kostnader forbundet med tiltakene, er den relevante referansen eventuelle mer- eller mindrekostnader som følge av de tiltakene utvalget foreslår. Kriminalomsorgen og psykisk helsevern er, uavhengig av tiltak, forpliktet gjennom lov til å ivareta de domfelte som samfunnet «produserer», og må ha tilstrekkelig kapasitet til å ta imot.

Flere av utvalgets forslag er til dels basert på prosesser som allerede er i gang. Utvalgets samlede forslag innebærer på sikt betydelige systemendringer og reallokering av ressurser. På statlig nivå berøres relevante poster på Justis- og beredskapsdepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets budsjetter. På kommunalt nivå berøres de tjenestene kommunene plikter å yte og som gruppene i mandatet kommer i berøring med, herunder helse-, omsorgs- og sosiale tjenester. Utvalgets forslag vil på sikt også påvirke ansvarsdelingen mellom staten og kommunene, både når det gjelder oppgaveløsning og finansiering.

I en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse ville det måtte tas i betraktning hvilke bedringer utvalgets forslag til tiltak kan ha på alle samfunnsområder. Selv om utvalget i liten grad har grunnlag for å kvantifisere nytten av tiltakene utvalget foreslår, kan samfunnsnytten av tiltakene potensielt være stor. Tiltakene kan hver for seg og samlet bidra til å redusere forekomsten av kriminalitet. Det vil kunne spare både liv og helse, forhindre skader på bygninger og gjenstander og unngå skadelige ringvirkninger for pårørende og storsamfunnet i form av tapt trygghet, tillit, arbeidsdeltagelse og livskvalitet. Det vil også kunne gi økt livskvalitet for mange, og vil trolig kunne gi helsegevinster og bidra til at sårbare individer deltar mer aktivt i samfunnet, for eksempel gjennom økt arbeidsdeltagelse.[3] Gjennomføring av utvalgets forslag til tiltak antas over tid blant annet å føre til færre domfelte til særreaksjonene.

Det fremgår av utvalgets utredning at en del av de utfordringene utvalget har identifisert, både i kriminalomsorgen og i helsetjenestene, til dels skyldes at tjenestetilbudet er for lite nyansert, at

[1] Finansdepartementet. (2021). *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser.*

[2] Finansdepartementet. (2021). *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*, s. 2.

[3] Samfunnsøkonomisk analyse AS. (2022). *Samfunnsøkonomiske kostnader av kriminalitet.*

Tabell 32.1 Enhetskostnad per år for ulike gjennomføringsformer av strafferettslige reaksjoner i 2023. Millioner kroner

Type plassering/gjennomføring	Gjennomsnitts-kostnad	Minimum–Maksimum kostnad
Døgnopphold i Sentral fagenhet for dom til tvungen omsorg[1]	8,76	–
Døgnopphold i tvungent psykisk helsevern – regional sikkerhetsavdeling[1]	8,76	–
Døgnopphold i tvungent psykisk helsevern – lokal sikkerhetsavdeling[1]	6,21	–
Bosetting i kommunen av domfelte til tvungen omsorg	10,45	5,09–19,64
Bosetting i kommunen av domfelte til tvungent psykisk helsevern	–	–
Fengselsavdeling med lavere sikkerhetsnivå	0,90	–
Fengselsavdeling med høyt sikkerhetsnivå	1,26	–
Forvaringsavdeling[2]	2,52	–
Gjennomføring av fengselsdom med elektronisk kontroll	0,35	–
Bosetting i kommunen av prøveløslatte under refusjonsordningen	7,83	4,49–15,83

[1] Omregnet til årskostnad. Basert på opplysninger om kostnader for døgnopphold i regional sikkerhetsavdeling ved St. Olavs hospital (Helse Midt-Norge) og lokale sikkerhetsavdelinger i helse Bergen. Døgnkostnaden vil variere mellom helseforetak og regioner og kunne være basert på ulike definisjoner, og må derfor betraktes som omtrentlige referanser.

[2] Basert på opplysninger om at en forvaringsplass koster om lag det dobbelte av en plass i fengsel med høyt sikkerhetsnivå (2023).

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg, Kriminalomsorgsdirektoratet, Kriminalomsorgen region nord m.fl.

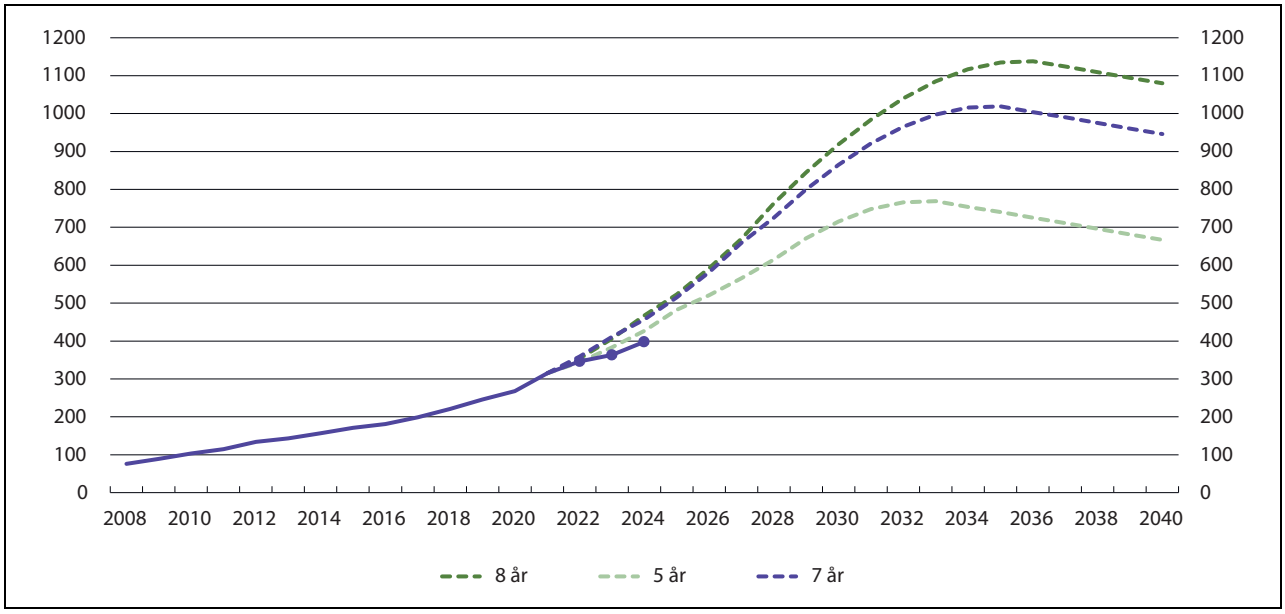
forløpene for domfelte innebærer lite progresjon, og at det oppstår «propper» i systemene. På flere områder innebærer tiltakene endringer som på sikt vil kunne bidra til en mer effektiv ressursbruk.

32.2 Økonomiske konsekvenser

32.2.1 Kostnader forbundet med gjennomføring av strafferettslige reaksjoner

Utvalgets informasjon om kostnader forbundet med gjennomføring av de strafferettslige reaksjonene som mandatet omfatter, er mangelfull. Tabell 32.1 oppsummerer den informasjonen utvalget har hatt mulighet til å innhente. Det understrekes at noen av erfaringstallene gjelder for svært små grupper, og at de gjennomsnittlige kostnadene forbundet med mange av tiltakene vil variere over tid, avhengig av hvilke faktiske tiltak som pågår. Dette illustreres også ved at det er stor variasjon i kostnaden forbundet med tiltakene på noen områder. Informasjonen kan likevel gi en indikasjon på gjennomsnittlige kostnadsforskjeller mellom ulike typer tiltak. Det understrekes for øvrig at kostnader for et døgnopphold ikke uten videre kan benyttes til å beregne en årskostnad for de som har langvarige opphold i døgninstitusjon.

Det fremgår av tabellen blant annet at gjennomsnittskostnaden for gjennomføring i institusjon er noe lavere enn bosettingstiltak i form av enetiltak eller små bofellesskap i kommunene for domfelte til tvungen omsorg. I vurderingen av økonomiske konsekvenser av utvalgets forslag til tiltak, vil det være nettokostnaden, det vil si forskjellen i kostnaden for dagens tiltak og kostnaden for tiltak etter forslagene, som vil være relevant.



Figur 32.1 Antall personer under gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern 2008–2021. Fremskrevet 2022–2040 forutsatt varighet på 5, 7 og 8 år

Kilde: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, basert på revidert framskrivningsmodell 2022

32.2.2 Framskrivninger av antall domfelte til de strafferettslige særreaksjonene

Som grunnlag for å si noe om konsekvenser av utvalgets forslag, er det nødvendig å etablere en referanse for den fremtidige utviklingen *uten* tiltak («nullalternativ»). Utvalget har tatt utgangspunkt i det som foreligger av prognoser for utviklingen i antall domfelte til særreaksjonene.

Det har vært betydelig økning i antall dømte til behandling de siste årene, særlig etter 2020. Økningen sammenfaller i tid med endringen i vilkårene i straffeloven for å idømme overføring til tvungent psykisk helsevern, som trådte i kraft i oktober 2020.[4]

I utvalgets mandat pekes det på den store økningen i antall dommer til tvungent psykisk helsevern, og på at framskrivninger fra de regionale helseforetakene tilsier at antallet domfelte i psykisk helsevern vil kunne utgjøre 500–600 dersom trenden vedvarer de neste ti årene, det vil si nesten en dobling fra i dag, ifølge framskrivninger fra de regionale helseforetakene.[5]

Framskrivninger av antall dømte til tvungent psykisk helsevern er basert på f*ramskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, som er utarbeidet av de regionale helseforetakene i fellesskap. Det pekes der på at det er svært vanskelig å skulle estimere en utviklingsbane for antall dømt til tvungent psykisk helsevern, begrunnet i usikkerhet rundt endringer i rettspraksis, oppholdstider for pasienter og utvikling av egnede tilbud etter døgnbehandling.[6] De samme framskrivningene har gitt opphav til presentasjon av ulike anslag for antall domfelte fremover, avhengig av hvilke forutsetninger som er lagt til grunn. I statusrapport for sikkerhetspsykiatrien pekes det på at prognosene tilsier en dobling fra 2022-nivå (346 domfelte) – og muligens en tredobling – av antall domfelte over en tiårsperiode og at revidert framskrivningsmodell estimerer et sted mellom 750 og 1100 domfelte pasienter innen 2035.[7]

I *overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og andre tiltak for personer med dom til tvungent psykisk helsevern* gjengis framskrivningen av antall personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern med alternative forutsetninger om gjennomsnittlig varighet på dommene («oppholdstid», «behandlingstid»), 5, 7 eller 8 år, og hvor 2021 er det siste året som er med i grunnlaget for framskrivningen, jf. figur 32.1.

4 Meld. St. 23 (2022–2023).

5 Opplysningen i mandatet er hentet fra Meld. St. 23 (2022–2023).

6 De regionale helseforetakene. (2022). *Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, s. 57

7 SIFER Sør-Øst. (2023). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – En statusrapport.*

Utvalget har merket seg at siden framskrivningen ble lagt fram i 2022, basert på opplysninger om antall domfelte til og med 2021, har antallet domfelte til tvungent psykisk helsevern hvert år vært lavere enn i framskrivningene. Faktiske observasjoner for årene 2022, 2023 og 2024 er markert med prikker i figur 32.1. I 2024 er antall domfelte mellom om lag 7 prosent (scenariet med varighet på 5 år) og om lag 15 prosent (scenariet med varighet på 8 år) lavere enn i framskrivningene.[8,9]

Utvalget har ikke hatt mulighet til å ettergå de framskrivningene som er gjennomført, eller modellen som er benyttet, i detalj. Utvalget legger likevel til grunn at det forholdet at alle framskrivningsscenarioene ligger over den faktiske utviklingen, blant annet kan ha sammenheng med hvordan den historiske utviklingen, herunder den særskilte økningen i antall domfelte fra 2020 til 2021, i modellen er forutsatt å bidra til videre vekst, og med hvordan forutsetningen om «varighet» er modellert.[10] Utvalget understreker likevel at tre observasjoner etter 2021 ikke er nok til å konkludere at utviklingsscenariene er for pessimistiske, og at antallet som gjennomfører dom til tvungent psykisk helsevern uansett ligger an til fortsatt å ville øke fremover.

Det foreligger ingen framskriving av antall domfelte til tvungen omsorg. I perioden 2002 til 2019 var det få nye dømte til denne reaksjonen hvert år. Fra 2020 til 2021 ble antall nye domfelte til tvungen omsorg mangedoblet, noe som kobles til endringen i vilkårene for å kunne dømmes til tvungen omsorg. I vurderingen av økonomiske og administrative konsekvenser, ble endringen vurdert å ha begrenset effekt på antall domfelte til tvungen omsorg.[11] I realiteten måtte det påregnes en betydelig økning på bakgrunn av totaliteten i de lovendringene som ble foretatt. Det nevnes i denne sammenhengen at hevingen i den veiledende IQ-grensen fra 55 fra 60 isolert sett, selv om betydningen av dette ble noe nedtonet gjennom lovendringene, om lag tredoblet andelen av befolkningen som faller innenfor den veiledende definisjonen av personer som har høygradig psykisk utviklingshemming, og som potensielt kan dømmes til tvungen omsorg.[12] Sammen med øvrige endringer, forklarer dette langt på vei den økningen i årlig antall nye dommer som har funnet sted. Tatt i betraktningen at ingen tidsubestemte dommer til tvungen omsorg har opphørt siden 2017, må det tas høyde for at antall som til enhver tid gjennomfører dom til tvungen omsorg vil fortsette å øke selv om antall nye dommer hvert år fortsetter å være relativt stabilt.

Ved en videreføring av dagens ordninger for dom til særreaksjonene uten tiltak (nullalternativet), må det etter dette påregnes en fortsatt økning i antall domfelte i, og en økning i utgifter knyttet til gjennomføring av særreaksjonene.

32.2.3 Etableringen av sikkerhetsboliger og overgangsboliger i spesialisthelsetjenesten

Utvalget foreslår at det etableres *sikkerhetsboliger for psykisk helsevern* som et boalternativ for pasienter som har vært lenge i døgninstitusjon i psykisk helsevern, men hvor man ikke oppnår tilstrekkelig atferdskontroll til at de kan overføres videre, til enten et lavere omsorgsnivå i spesialisthelsetjenesten eller til bosetting i en kommune. Det må påregnes at en del opphold i sikkerhetsboliger vil kunne være langvarige. Sikkerhetsboligene vil ha behov for både fellesrom og rom for den enkelte beboer. Sikkerhetsboliger anbefales utformet på en måte som gir rom for fra to til fire pasienter.

Utvalgets forslag er basert på en allerede igangsatt prosess i psykisk helsevern. I *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern*, er det anslått at det er behov for om lag 5–15 plasser i sikkerhetsbolig. Dette kan omfatte

---

8 Basert på opplysninger om antall under gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern ved utgangen av 2024, revidert tall for 2023, og tall for 2022 fra Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern.

9 De historiske tallene (2008–2021) for antall under gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern som ligger til grunn for framskrivningen, avviker noe fra de historiske tallene oppgitt i årsrapporten for 2024 fra Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. De største avvikene gjelder årene 2017–2019, hvor Koordineringsenhetens tall ligger 3–4 prosent over tallene i grunnlaget for framskrivningen.

10 Det er for eksempel noe uklart hvordan de tidsbegrensede dommene til tvungent psykisk helsevern, som har en varighet på maksimalt tre år, (eventuelt) inngår. Modellen synes videre å implisere et brått skift i «varighet» fra 2021 til 2022. Alternativet kunne vært en modellering på basis av en forutsetning om en gradvis endring i varighet over tid. I rapporten om framskrivningsmodellen vises det til at «oppholdstiden» på tidspunktet for framskrivningen var noe over fem år, men at den vil kunne øke (s. 58).

11 Prop. 154 L (2016–2017) *Endringer i straffeloven og straffeprosessloven mv. (skyldevne, samfunnsvern og sakkyndighet)*, s. 219–220.

12 Det legges til grunn at intelligens i en befolkning målt ved IQ, er normalfordelt med forventningsverdi på 100 og standardavvik på 15. Dette innebærer at 0,13 prosent av befolkningen antas å ha en IQ på 55 eller lavere, mens 0,38 prosent – en om lag tre ganger så høy andel – av befolkningen antas å ha en IQ på 60 eller lavere.

både innlagte på sivilrettslig grunnlag og domfelte til tvungent psykisk helsevern. Utvalget har ikke tilstrekkelig grunnlag for å uttale seg om fordelingen mellom domfelte og andre grupper i denne typen botiltak.

Det må påregnes at sikkerhetsboliger vil bli noe dyrere i drift enn sikkerhetsavdelinger, siden det av sikkerhetsgrunner vil være behov for mye personale. De antas imidlertid i gjennomsnitt å kunne bli noe rimeligere enn dagens botiltak for domfelte til tvungen omsorg som gjennomfører dom utenfor Sentral fagenhet for tvungen omsorg. En annen gevinst av tiltaket vil være at det frigis plasser i den sykehusavdelingen og/eller de kommunale tiltakene pasientene ellers ville vært i. Utvalget legger til grunn at brutto driftskostnad for plasser i sikkerhetsboliger kan være i størrelsesorden 10 millioner per plass per år, mens nettokostnaden, forutsatt at alternativet ville være opphold for den domfelte i en døgnavdeling, jf. tabell 32.1, vil være i størrelsesorden 1–2 millioner kroner per år.

I tillegg kommer nødvendige investeringskostnader i eventuelle nybygg mv. Utvalget har ikke undersøkt om det i alle tilfeller vil være behov for å investere i nybygg. Utvikling av nødvendig bygningsmasse er tidkrevende og kostbare investeringer for helseforetakene. Utvalget legger imidlertid til grunn at tiltaket kan finansieres innenfor helseforetakenes rammer, for eksempel gjennom øremerking av midler som er satt av i *Opptrappingsplan for psykisk helsevern (2023–2033)*.

Utvalget foreslår videre at det etableres *overgangsboliger for psykisk helsevern*. Dette forslaget bygger også på allerede foreslåtte tiltak i overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, og vil kunne omfatte både domfelte og andre grupper. Overgangsboliger vil være boliger bestående av små boenheter og fellesrom organisert med en felles personalsbase. Intensjonen med overgangsboligene er at de skal være treningsarenaer før den enkelte etter hvert skal skrives ut til en bolig uten heldøgnsbemanning. Tidsperspektivet vil typisk kunne være kortere enn for pasientene i sikkerhetsboliger, men vil likevel kunne være fra noen måneder til flere år. Overgangsboligene kan ha ulik størrelse, avhengig blant annet av behovet i det geografiske området de etableres. Noen steder kan fire til seks boenheter med fellesarealer og døgnbemanning være hensiktsmessig. Andre steder kan det være mer kostnadseffektivt med overgangsboliger for mellom seks og ti beboere.

I *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern* er det ikke antydet hvor mange plasser det vil være behov for. Utvalget har heller ikke gjort forsøk på å anslå behovet, men legger til grunn at det er tale om et betydelig antall plasser. Utvalget har heller ikke tilstrekkelig grunnlag for å uttale seg om fordelingen mellom domfelte og ikke-domfelte i denne typen botiltak.

Utvalget legger til grunn at gjennomsnittskostnaden for drift av en plass i overgangsboliger for psykisk helsevern vil være lavere enn for drift av plasser i sikkerhetsboliger. Et grovt anslag, på usikkert grunnlag, vil være 7–8 millioner per plass per år. Dette vil i så fall være om lag i samme kostnadsmessige størrelsesorden som gjennomsnittlig kostnad for tiltak for prøveløslatte gjennom refusjonsordningen, noe lavere enn kostnaden for døgnopphold i regionale sikkerhetsavdelinger og i størrelsesorden 1–2 millioner kroner høyere enn kostnaden for døgnopphold i lokale sikkerhetsavdelinger.

Også for overgangsboliger for vil det påløpe investeringskostnader i nybygg og/eller nødvendige ombygginger av eksisterende bygningsmasse, uten at utvalget har grunnlag for å tallfeste dette nærmere. Kostnadene for etablering av overgangsboliger innenfor psykisk helsevern forutsettes å kunne dekkes over helseforetakenes budsjetter. For en del ligger dette allerede inne i planene, men det vil måtte kartlegges nøyere hvor mange plasser det er behov for, og hva kostnadene forbundet med dette vil være.

Etter mønster av overgangsboliger innenfor psykisk helsevern, mener utvalget at det bør etableres *overgangsboliger for habilitering*, for personer med psykisk utviklingshemming eller lignende tilstand, og som representerer en særskilt voldsrisiko. I disse overgangsboligene er det forutsatt at habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten skal ha en større rolle enn i dagens samarbeid inn mot kommunale boliger.

Utvalget har ikke grunnlag for å anslå behovet for antall plasser i overgangsboliger for habilitering, eller for å gjennomføre eksakte kostnadsberegninger, men legger til grunn at den årlige kostnaden per plass vil være i samme størrelsesorden som kostnadene forbundet med overgangsboliger i psykisk helsevern.

Overgangsboliger for habilitering vil kunne være et alternativ for de som kvalifiserer for prøveløslatelse gjennom refusjonsordningen og, på sikt, for domfelte til tvungen omsorg ved gjennomføring utenfor Fagenheten. Kostnadene per plassering for prøveløslatte gjennom refusjonsordningen og for gjennomføring av dom til tvungen omsorg utenfor Fagenheten i dag varierer mye,

men utgjør i gjennomsnitt om lag henholdsvis 8 og 10,5 millioner kroner per plassering per år, jf. tabell 32.1. Dette kan i så fall innebære at en plassering i overgangsbolig for habilitering vil kunne gi en netto besparelse på i størrelsesorden 3 millioner kroner for domfelte til tvungen omsorg som alternativt ville være plassert i enetiltak eller små bofellesskap i kommunene, og om lag den samme gjennomsnittlige kostnaden for personer som alternativt ville komme inn under refusjonsordningen. Det understrekes imidlertid at det er tale om få mennesker, og gjennomsnittskostnaden per plassering vil avhenge sterkt av hvilke tiltak som til enhver tid finnes i de gjeldende ordningene. Utvalget peker på at kostnaden for en plassering i overgangsboliger for habilitering i gjennomsnitt vil kunne bli høyere, dersom de som først og fremst vil være kandidater for denne alternative boformen, ville ha befunnet seg i det øvre sjiktet med hensyn til kostnad per plassering, jf. tabell 32.1. Samtidig anser utvalget det sannsynlig at det med bosetting av flere sammen, vil være mulig å realisere noen stordriftsfordeler. For plasseringer i overgangsboliger for habilitering, legger utvalget til grunn at tiltaket i gjennomsnitt dermed også kan innebære en netto kostnadsbesparelse, uavhengig av hva alternativ plassering ville ha vært. På et svært usikkert grunnlag anslår utvalget samlet sett at den driftsmessige merkostnaden per plassering i overgangsbolig for rehabilitering vil være begrenset.

Som for overgangsboliger i psykisk helsevern vil det imidlertid kunne være betydelige investeringskostnader forbundet med nødvendige nybygg.

32.2.4 Kriminalomsorgen

Utvalget peker på behovet for at grunnbemanningen i fengslene styrkes og at kriminalomsorgen får betydelig økt fleksibilitet med hensyn til å kunne tilpasse fengselskapasiteten etter behov. Økt fleksibilitet for kriminalomsorgen til å treffe beslutninger om opprettelse og nedlegginger av fengsler og fengselsavdelinger, kan etter utvalgets oppfatning dempe behovet for økt ressurstilgang noe, men det understrekes at økt fleksibilitet alene nok ikke vil være tilstrekkelig til å dekke finansieringen av de tiltakene utvalget har sett behov for.

Utvalget mener at aktivitetsteam og ressursteam med ansatte fra både kriminalomsorgen og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er et godt verktøy for å sikre akseptable forhold for innsatte med psykiske lidelser. Forutsetningen vil imidlertid være at slike team kommer i tillegg til en akseptabel grunnbemanning i fengselet.

Utvalget anbefaler ikke å endre prinsippet om at ansvaret for omsorgstjenester hører under kommunene. Fordi ressursene er begrensede og bør utnyttes best mulig, mener imidlertid utvalget at innsatte med behov for omfattende omsorgstjenester primært bør være i fengsler hvor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er til stede mye av tiden, og dessuten har relevant og tilstrekkelig faglig kompetanse, selv om dette i noen tilfeller vil kunne gå på bekostning av nærhetsprinsippet. Utvalget ser også at det i noen fengsler kan være behov for døgnkontinuerlige kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette kan innebære behov for en overføring av midler mellom kommuner, og for behov for å vurdere nærmere om dagens tilskuddsordning for helse- og omsorgstjenester til innsatte er hensiktsmessig utformet.

Utvalget har pekt på behovet for å opprette flere tilrettelagte forvaringsplasser for å dekke opp for behovet som følge av flere forvaringsdømte. Heller ikke for dette finnes det gode grunnlagstall. I henhold til utvalgets informasjon er kostnaden per forvaringsplass om lag det dobbelte av kostnaden for en ordinær plass i høysikkerhetsfengsel. En omgjøring av ordinære fengselsplasser til tilrettelagte forvaringsplasser innebærer dermed en merkostnad for kriminalomsorgen som i dag finansieres gjennom interne omfordelinger. Utvalget er kjent med at det medio februar 2025 var i underkant av 20 forvaringsdømte som ventet på plass i tilrettelagt forvaringsavdeling. Forutsatt at Ila fengsels- og forvaringsanstalt kan omgjøre avdelinger som i dag ikke benyttes til gjennomføring av forvaringsdom til forvaringsavdelinger, ville det være mulig å eliminere soningskøen for forvaringsdømte med en tilførsel av midler på i størrelsesorden 20–30 millioner kroner. Det er da lagt til grunn at de forvaringsdømte som venter på forvaringsplass i dag befinner seg i andre høysikkerhetsenheter, og at netto merkostnad per plass dermed vil være om lag 1,25 millioner kroner.

Utvalget foreslår at det opprettes forsterkede fellesskapsavdelinger i alle regionene. Per i dag finnes det slike nasjonale avdelinger ved Ila fengsels- og forvaringsanstalt, og det vil etter det opplyste bli opprettet en tilsvarende avdeling for kvinner ved Skien fengsel i løpet av 2025. Utvalget har ikke tilstrekkelig kunnskap om ressursbehovet knyttet til disse, sammenliknet med ordinære fengselsavdelinger, men legger til grunn at ressursbehovet er høyere enn i ordinære fengselsavdelinger, ikke minst fordi de skal være beman-

net både med fengselsbetjenter og personell fra helsetjenestene. Opprettelsen av forsterkede fellesskapsavdelinger i de regionene som ikke har slike avdelinger i dag, anslås likevel å innebære en begrenset merkostnad for kriminalomsorgen.

I den grad forvaringsdømte i større grad skal kunne gjennomføre straffen med elektronisk kontroll utenfor fengsel (EK), vil også dette representere en besparelse. Utvalget har ikke gjort forsøk på å tallfeste hvor mange dette kan være aktuelt for. Utvalget legger imidlertid til grunn at det neppe vil være aktuelt for særlig mange å gå rett fra gjennomføring i fengsel med høyt sikkerhetsnivå til EK-soning. Mest sannsynlig vil dette være et ledd i en gradvis progresjon. Antallet begrenses dermed av antall plasser for forvaringsdømte i fengsel på lavere sikkerhetsnivå.

Som et ledd i planleggingen av fengselskapasiteten, utarbeider Kriminalomsorgsdirektoratet prognoser for fremtidig kapasitetsbehov både på kort og lang sikt. I prognosene inngår det estimater for fremtidig behov for plasser med lavere sikkerhetsnivå, høyere sikkerhetsnivå, forvaringsplasser, varetektkapasitet, elektronisk kontroll og samfunnsstraff.

I en oppdatert prognose for behovet for fremtidig fengselskapasitet, er det lagt til grunn at behovet på lang sikt for alle de fem regionene totalt sett er om lag 4 100 plasser, fordelt med om lag 2 700 plasser i fengsel med høyt sikkerhetsnivå og om lag 1 400 plasser i fengsel med lavere sikkerhetsnivå.[13] Dette innebærer at kapasiteten i høysikkerhetsfengslene opprettholdes som i dag, men at kapasiteten i fengsler med lavere sikkerhet økes med vel 30 prosent. Historisk har forholdet mellom gjennomsnittlig kostnad for en plass i fengsel med høyt sikkerhetsnivå og gjennomsnittlig kostnad for en plass i fengsel med lavere sikkerhetsnivå imidlertid ikke vært konstant, jf. omtale i 12.2. Dette har trolig sammenheng med at andre faktorer enn bemanning, herunder at geografisk plassering og fengselsbyggenes størrelse og utforming, påvirker gjennomsnittskostnadene. Grunnlaget for å vurdere en eventuell besparelse av at det opprettes flere plasser i fengsler med lavere sikkerhetsnivå relativt til antall plasser i fengsel med høyt sikkerhetsnivå, er dermed mangelfullt.

[13] Kriminalomsorgsdirektoratet og Statsbygg. (2024). *Fremtidig fengselskapasitet.*

32.2.5 Utvalgets bemerkninger angående utviklingen i strafferetten og sikkerhetspsykiatrien

Utvalget bemerker at behovet for økt kapasitet i lys av prognoser for antallet domfelte til særlig forvaring og særreaksjonene også bør vurderes i en større rettslig og samfunnsmessig sammenheng. I mange land ses en økt orientering mot risikohåndtering gjennom strafferetten og sikkerhetspsykiatrien, heller enn gjennom andre virkemidler i samfunnet. Dette mener utvalget er en problematisk utvikling.

Selv om det kortsiktig ser ut til å være behov for flere plasser for domfelte, er det av stor betydning også å vurdere strafferettens langsiktige utvikling som samfunnets siste og mest inngripende virkemiddel. Som utvalget har påpekt i kapittel 24, ville en forventning om helt å unngå voldshandlinger medføre svært mange restriksjoner for svært mange mennesker, og brudd på menneskerettighetene. Som også påpekt i kapittel 24, er det en viktig premiss at voldshandlinger bør forebygges, men forebyggingen bør i størst mulig grad skje utenfor strafferetten. Det dreier seg innenfor dette utvalgets fokus primært om å hjelpe innbyggere med store psykiske utfordringer, og ofte et høyt lidelsestrykk, i spesialisthelsetjenesten, i barnevernet og i kommunene. Bedre behandling og oppfølging av disse er i hele samfunnets interesse, og vil, etter utvalgets mening, også kunne redusere behovet for strafferettslige særreaksjoner, og delvis også forvaring.

Derfor bør utvalgets vurderinger om behov for investeringer i dag suppleres med vurderinger av mer langsiktige, bedre utbygde og koordinerte tiltak utenfor strafferetten. Slike tiltak kan gi en mer kostnadseffektiv bruk av felleskapets ressurser enn i dag og samtidig langsiktig bidra til å redusere voldskriminaliteten i samfunnet.

32.3 Administrative konsekvenser

32.3.1 Innledning

Utvalget beskriver i utredningen flere tiltak som på sikt vil ha omfattende administrative konsekvenser. Dels bygger forslagene på allerede igangsatte prosesser. I det følgende gis en kort vurdering av administrative konsekvenser av utvalgets forslag på relevante aktørers ansvarsområder.

32.3.2 Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde

Utvalget anbefaler at antallet døgnplasser i rehabiliteringsavdelinger og langtidsavdelinger i psykisk helsevern økes.

Utvalgets forslag til opprettelse av sikkerhetsboliger og overgangsboliger innenfor psykisk helsevern, bygger på *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien*. Utformingen av sikkerhetsbolig er ikke særlig detaljert omtalt i den overordnede planen, og det er betydelig usikkerhet knyttet til gjennomføringen.

Ved gjennomføring av utvalgets forslag om oppbygging av overgangsboliger og sikkerhetsboliger, vil psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten kunne gi en mer sammenhengende langtidsoppfølging med behandling og rehabilitering av pasienter med alvorlige psykiske lidelser enn man har i dag. Utvalget mener at behovet for en mer sammenhengende langtidsoppfølgning i spesialisthelsetjenesten er vesentlig både for pasienter som er domfelt, og for andre pasienter.

Oppbyggingen av slike boliger vil også medføre at pasienter som lenge har vært på for høyt omsorgsnivå i sikkerhetspsykiatrien, men som har en for fremtredende voldsproblematikk til at de kan overføres til tvang uten døgnopphold, kan overføres de nye boligene. Dette vil i sin tur legge til rette for en mer målrettet bruk av sikkerhetspsykiatriske plasser.

Forslaget innebærer i noen grad en avlastning for kommunene, men ikke at det blir flere pasienter enn de som allerede i dag mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Utvalget legger til grunn at lov om psykisk helsevern vil gjelde i de foreslåtte overgangsboligene og sikkerhetsboligene. Det bør vurderes om lov og forskrifter skal justeres med tanke på at det blir flere personer som ikke primært har en psykoselidelse, men som har hoveddiagnose autisme eller psykisk utviklingshemming, som innlegges til døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Det bør utredes om psykisk helsevernloven, særlig dens kapittel 4, er tilstrekkelig for å regulere omsorgen og treningsopplegg i overgangsboliger og sikkerhetsboliger der det skal foregå miljøterapeutisk behandling for å styrke pasientens evne til egenomsorg. Slike miljøterapeutiske behandlingsopplegg vil ofte være aktuelle for pasienter uten tilstrekkelig innsikt i hva det bør trenes på for å kunne skrives ut til en vanlig bolig. Det må kunne etableres kontrollrutiner som pasienten ikke nødvendigvis ønsker, og institusjonen må kunne utforme behandlingsopplegg uavhengig av pasientens samtykke dersom slike aktiviteter er essensielle for å kunne mestre livet i frihet. Overgangsboligene og sikkerhetsboligene bør inngå i kontrollkommisjonenes oppgaver.

Uavhengig av nye overgangsboliger og sikkerhetsboliger, er det viktig at pasienter som er under psykisk helsevern uten døgnopphold kan samtykke til kontrollrutiner i boliger.

Videre er det behov for en instans som mer generelt kan følge med på forholdene for pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Utvalget har ikke beskrevet nærmere hvem eller hva som kan fylle denne funksjonen. I den videre utredningen om dette må det tas hensyn til at formelle klageordninger kan ha begrenset verdi, siden pasientene i mange tilfeller ikke alltid vil ha evne til å nyttiggjøre seg slike rettigheter.

De viktigste nye tiltaket utvalget foreslår, er at habiliteringstjenesten på spesialisthelsetjenestenivå skal bygges ut og få ansvar for døgnbehandling i overgangsboliger spesielt egnet for personer med psykisk utviklingshemming eller autister med voldspotensiale som utfordrer samfunnsvernet. Utvalget antar at disse overgangsboligene bør kunne omfatte personer både innenfor og utenfor særreaksjonene. Også for denne typen overgangsboliger gjelder at detaljene må utredes nærmere før de administrative konsekvensene kan beskrives. Overgangsboligene vil ha behov for tjenester fra blant annet psykologspesialister, leger, vernepleiere, ergoterapeuter, sykepleiere, og helsefagarbeidere.

Når det gjelder innsatte i fengsel, oppfordrer utvalget til at fengselslederne benytter seg av muligheten til å begjære innleggelse etter psykisk helsevernloven kapittel 3. Videre anbefaler utvalget at det utredes om pasient- og brukerrettighetsloven skal åpne for at fengselsleder får adgang til å klage til statsforvalteren på manglende helsehjelp til en innsatt i tilfeller hvor den innsatte selv ikke er i stand til å oppnevne en fullmektig eller ivareta sine rettigheter på andre måter. Disse tiltakene vil styrke kriminalomsorgens forutsetninger for å ivareta syke innsatte. I prinsippet kan de øke arbeidsbyrden blant annet for kriminalomsorgen og de myndighetene som skal behandle begjæringen eller klagen, men reelt sett vil de bidra til en mer effektiv tjenesteutførelse.

32.3.3 Justis- og beredskapsdepartementets ansvarsområde

Utvalget mener at straffegjennomføringsloven og forvaringsforskriften bør revideres slik at de kravene som følger av menneskerettighetene blir tydeligere. Tiltaket inkluderer ikke etablering av nye rettigheter, men en synliggjøring av de som allerede finnes.

Utvalget peker for øvrig på at det må utdannes og ansettes flere fengselsbetjenter som kan arbeide i direkte kontakt med innsatte (grunnbemanning) og at utdannelsen for fengselsbetjenter i noe større grad må omhandle ivaretagelse av dømte med psykiske og somatiske utfordringer. Utvalget har ikke gått nærmere inn på administrative sider ved dette.

32.3.4 Kommunale tjenester

Overgangsboliger og sikkerhetsboliger i tråd med utvalgets forslag vil legge til rette for en mer sammenhengende langtidsbehandling i spesialisthelsetjenesten av særreaksjonsdømte og andre pasienter. De som overføres fra døgninstitusjon i psykisk helsevern til bolig i kommunene vil være rehabilitert i større grad enn i dag, og det blir bedre samsvar mellom kommunenes oppgaver og lovhjemler på den ene siden og de reelle utfordringene med å ivareta personer med voldsproblematikk på den andre.

Avhengig av hvordan forslaget om overgangsboliger for habilitering følges opp, vil disse boligene blant annet kunne redusere kommunenes utfordringer med å ivareta personer med psykisk utviklingshemming eller tilsvarende funksjonshemming, og styrke samfunnsvernet. Det må avklares hvorledes kommunene skal delta i driften i slike boliger og eventuelt bære noe av utgiftene (samhandling).

Ved etablering av overgangsboliger og sikkerhetsboliger i tråd med utvalgets forslag, reduseres behovet for døgnbemannede kommunale boliger.

Utvalget har ikke foreslått administrative endringer i forholdet mellom kriminalomsorgen og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men anbefaler at det ved noen fengsler legges til rette for tilstedeværelse av sykepleiere i store deler av døgnet, for ivaretakelse av innsatte med behov for pleie.

Referanser og litteratur

Offentlige utredninger:

NOU 1974: 17 *Strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner.*
NOU 1983: 57 *Straffelovgivningen under omforming.*
NOU 1990: 5 *Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner – Straffelovkommisjonens delutredning IV.*
NOU 1992: 23 *Ny straffelov – alminnelige bestemmelser – Straffelovkommisjonens delutredning V.*
NOU 1993: 18 *Lovgivning om menneskerettigheter.*
NOU 2002: 4 *Straffelovkommisjonens delutredning VII.*
NOU 2008: 15 *Barn og straff.*
NOU 2011: 9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet.*
NOU 2014: 10 *Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern.*
NOU 2016: 4 *Ny kommunelov.*
NOU 2016: 24 *Ny straffeprosesslov.*
NOU 2017: 12 *Svikt og svik – Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt.*
NOU 2019: 5 *Ny forvaltningslov.*
NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensningsloven.*
NOU 2022: 10 *Inntektssystemet for kommunene.*
NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.*
NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse.*
NOU 2023: 9 *Generalistkommunesystemet – Likt ansvar – ulike forutsetninger.*
NOU 2023: 24 *Med barnet hele vegen.*
NOU 2024: 3 *Felles innsats mot ekstremisme: Bedre vilkår for det forebyggende arbeidet.*
SOU 2024: 48 *Ett ändamålsenligt samhällsskydd.*

Proposisjoner:

Ot.prp. nr. 60 (1993–94) *Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 n4. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover.*
Ot.prp. nr. 87 (1993–94) *Om lov om endringer i straffeloven m.v. (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner).*
Ot.prp. nr. 60 (1995–96) *Om lov om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmete lovbrytere som ikke straffedømmes (tvangsomsorgsloven).*
Ot.prp. nr. 3 (1998–99) *Om lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).*
Ot.prp. nr. 5 (2000–2001) *Om lov om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven).*
Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) *Om lov om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239).*
Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) *Om lov om straff (straffeloven).*
Ot.prp. nr. 65 (2005–2006) *Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.*
Ot.prp.nr. 15 (2006–2007) *Om lov om endringer i straffegjennomføringsloven og straffeloven (opplysningsplikt, vandelskrav og varsel til fornærmede mv.)*
Ot.prp. nr. 34 (2007–2008) *Om lov om endringer i straffeprosessloven mv. (overføring av kompetanse til å innkalle til soning og behandle søknader om soningsutsettelse).*
Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).*
Prop. 135 L (2010–2011) *Endringer i straffeloven, straffeprosessloven, straffegjennomføringsloven, konfliktrådsloven m.fl. (barn og straff).*
Prop. 122 L (2014–2015) *Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.).*
Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.).*
Prop. 154 L (2016–2017) *Endringer i straffeloven og straffeprosessloven mv. (skyldevne, samfunnsvern og sakkyndighet).*
Prop. 40 L (2022–2023) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (pasientforløp i spesialisthelsetjenesten).*

Prop. 139 L (2022–2023) *Endringer i konfliktrådsloven, straffeloven og straffeprosessloven mv. (strafferettslige reaksjoner for ungdom og varetekt med elektronisk kontroll)*.

Prop. 31 L (2024–2025) *Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)*.

Prop. 1 S (2010–2011)–(2024–2025) *For budsjettårene 2011–2025*, Helse- og omsorgsdepartementet.

Prop. 1 S (2010–2011)–(2024–2025) *For budsjettårene 2011–2025*, Justis- og beredskapsdepartementet.

Innstillinger:

Innst. S. nr. 18 (1992–93) *Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i lov av 13. august 1915 nr. 7 om tvangsfuldbyrdelse og enkelte andre lover.*

Innst. O. nr. 33 (1996–1997) *Innstilling fra justiskomiteen om lov om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere som ikke straffedømmes (tvangsomsorgsloven)*.

Innst. 182 S (2015–2016) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Grunnlovsforslag.*

Innst. 2 S (2017–2018) *Finansinnstillingen – nasjonalbudsjettet og statsbudsjettet 2018.*

Innst. 409 L (2020–2021 *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Rapport fra utvalget til å utrede Stortingets kontrollfunksjon – kapittel 10 forslag til lov om Stortingets ombud for kontroll med forvaltningen (sivilombudsloven)*.

Innst. 171 S (2022–2023) *Innstilling frå helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om bedre ivaretakelse av personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern.*

Stortingsmeldinger:

St.meld. nr. 56 (1991–92) *Om opprettelse av fengsel for straffe og/eller sikringsdømte med store atferdsavvik.*

St.meld. nr. 40 (2002–2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer.*

St.meld. nr. 37 (2007–2008) *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn.*

Meld. St. 39 (2015–2016) *Individklageordningen til FNs konvensjoner om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, barnets rettigheter, og rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.*

Meld. St. 39 (2020–2021) *Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring.*

Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*.

Meld. St. 1 (2024–2025) *Nasjonalbudsjettet 2025.*

Lover:

Grunnloven. (1814). *Kongeriket Noregs grunnlov* (LOV-1814-05-17).

Straffeloven. (1902). *Almindelig borgerlig Straffelov* (LOV-1902-05-22-10).

Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-1967-02-10).

Straffeprosessloven. (1981). *Lov om rettergangsmåten i straffesaker* (LOV-1981-05-22-25).

Politiloven. (1995). *Lov om politiet* (LOV-1995-08-04-53).

Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett*. (LOV-1999-05-21-30).

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64).

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63).

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenester m.m.* (LOV-1999-07-02-61).

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62).

Straffegjennomføringsloven. (2001). *Lov om gjennomføring av straff m.v.* (LOV-2001-05-18-21).

Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28).

Vergemålsloven. (2010). *Lov om vergemål* (LOV-2010-03-26-9).

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30).

Helseregisterloven. (2014). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger* (LOV-2014-06-20-43).

Pasientjournalloven. (2014). Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (LOV-2014-06-20-42).

Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2017). *Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten* (LOV-2017-06-16-56).

Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (LOV-2017-12-15-107).

Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83).

Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97).

Forskrifter:

Påtaleinstruksen. (1985). *Forskrift om ordningen av påtalemyndigheten* (FOR-1985-06-28-1679).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217).

Forskrift om tvungen omsorg. (2001). *Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg* (FOR-2001-12-21-1523).

Forskrift om straffegjennomføring. (2002). *Forskrift om straffegjennomføring* (FOR-2002-02-22-183).

Forskrift om særreaksjonen forvaring. (2004). *Forskrift om gjennomføring av særreaksjonen forvaring* (FOR-2004-03-05-481).

Forskrift om fullbyrding av straff. (2010). *Forskrift om innkalling og utsettelse ved fullbyrding av straff* (FOR-2010-03-19-408).

Forskrift og retningslinjer om innkalling og utsettelse ved fullbyrding av straff. (2010). *Forskrift og retningslinjer om innkalling og utsettelse ved fullbyrding av straff* (2010-03-23).

Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter. (2011). *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (FOR-2011-11-18-1115).

Psykisk helsevernforskriften. (2011). *Forskrift for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.* (FOR-2011-12-16-1258).

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842).

Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. (2016) *Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta* (FOR-2016-12-20-1848).

Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige. (2020). *Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige* (FOR-2020-09-30-1921).

Rundskriv og retningslinjer:

Retningslinjer til forvaringsforskriften. (2004). *Kriminalomsorgens retningslinjer om gjennomføring av forvaring* (KSF-2004-9001).

Retningslinjer til straffegjennomføringsloven. (2008). *Kriminalomsorgens retningslinjer til straffegjennomføringsloven og forskrift om straffegjennomføring* (KSF-2008-9001). (2008-10-27).

Rundskriv G-2/2010. *Kriminalomsorgen får ansvar for å innkalle til soning og behandle søknad om soningsutsettelse – nærmere orientering om iverksetting* (2010-03-23).

Retningslinjer til forskrift om fullbyrding av straff. (2010). *Forskrift og retningslinjer for innkalling til og utsettelse av fullbyrding av straff* (19.03.2010).

Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. (2013).

Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2020. *Tilregnelighetsregler og særreaksjoner* (2020-10-09).

Traktater:

Menneskerettskonvensjonen. (1950). *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms* (04-11-1950).

FNs Rasediskrimineringskonvensjonen. (1966). *International convention on the elimination of all forms of racial discrimination* – ICERD (07-03-1966).

Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. (1976). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (3 January 1976)*.

Torturkonvensjonen. (1984). *Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* – CAT. (10-12-1984).

Europeisk charter om lokalt selvstyre. (1985). *European charter of local self-government. Europarådet (Strasbourg, 15 October 1985)*.

Barnekonvensjonen. (1989). *The UN Convention on the Rights of the Child* (20-11-1989).

Europeiske konvensjon om forebyggelse av tortur og umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff – ETS nr. 126. (1987). *European convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment (*26-11-1987).

Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (13-12-2006).

Utenlandsk lovgivning:

Sverige

Svensk straffelov. *Brottsbalk (1962:700)*.

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. (1991-06-20). Sveriges riksdag (riksdagen.se).

Fängelselag. (2010:610). (2010-06-10). Sveriges riksdag (riksdagen.se).

Fängelseförordning. (2010:2010). (2010-12-22). Sveriges riksdag (riksdagen.se).

Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd om fängelse (KVFS 2011:1).

Danmark

Bekendtgørelse om indsattes adgang til fællesskab m.v. med andre indsatte i kriminalforsorgens institutioner – BEK nr 866 af 25/06/2018.
Lov om fuldbyrdelse af straf m.v. – LBK nr 201 af 28/02/2023. (retsinformation.dk)
Dansk straffelov. *Straffeloven* (LBK nr. 1145 af 05/11/2024).

Finland

Finsk straffelov. (1889). *Rikoslaki* (19.12.1889/39).

Rettsavgjørelser

Avgjørelser fra Høyesterett:

Høyesteretts kjennelse 23. oktober 1984
Rt. 1986 s. 852
Rt. 1992 s. 10
Rt. 1992 s. 833
Rt. 1992 s. 1317
HR-2004-1142-A
HR-2002-72-A
HR-2004-1142-A
HR-2005-1448-A
HR-2006-1595-A
HR-2009-1932-A
HR-2008-2175-S
HR-2010-1130-A
HR-2011-1389-A
HR-2011-559-A
HR-2012-2395-A
HR-2012-1342-A
HR-2013-881-A
HR-2015-206-A
HR-2015-2524-P
HR-2016-2554-P
HR-2016-2591-A
HR-2017-1679-U
HR-2017-290- A
HR-2018-2388-A
HR-2019-832-A
HR-2021-640-A
HR-2021-937-A
HR-2021-1584-U
HR-2022-401-A
HR-2022-534-A
HR-2023-1242-A
HR-2023-937-A
HR-2023-1243-A
HR-2023-1248-A
HR-2023-2018-A
HR-2024-551-S
HR-2024-826-A
HR-2024-1170-A
HR-2024-2054-U

Avgjørelser fra tingrettene og lagmannsrettene:

LG-2019-105200
LE-2019-122942
LB-2020-34882
LE-2022-95459
LB-2023-73446
LA-2024-168240
LG-2024-1110
22-113191SAK-BORG/04
21-125858MED-TTRO/TTRD
21-178510MED-TAGD/TFAR

Avgjørelser fra Den Europeiske menneskerettsdomstolen (EMD):

Golder mot Storbritannia [P], no. 4451/70, (1975).
Winterwerp mot Nederland [C], no. 6301/73, (1979).
Olsson mot Sverige [P], no. 10465/83, (1988).
Kruslin mot Frankrike [C], no. 11801/85, (1990).
Osman mot Storbritannia [GC], no. 87/1997/871/1083, (1998).
Pretty mot Storbritannia [C], no. 2346/02, (2002).
Hirst mot Storbritannia [GC], no. 74025/01, (2005).
Dickson mot Storbritannia [GC], no. 44362/04, (2007).
Bevacqua og S mot Bulgaria [C], no. 71127/01, (2008).
Renolde mot Frankrike [C], no. 5608/05, (2009).
Opuz mot Tyrkia [C], no. 33401/02, (2009).
Hajduova mot Slovakia [C], no. 2660/03, (2010).
Munjaz mot Storbritannia [C], no. 2913/06, (2012).
Irene Wilson mot Storbritannnia [C], no. 10601/09, (2012).
Hristozov m.fl. mot Bulgaria [C], nos. 47039/11 og 358/12, (2012).
Bureš mot Tsjekkia [C], no. 37679/08, (2012).
Plesó mot Ungarn [C], no. 41242/08, (2013).
M.S. mot Kroatia [C], no. 75450/12 (2015).
Neshkov og andre mot Bulgaria [C], nos. 36925/10, 21487/12, 72893/12, 73196/12, 77718/12 og 9717/13, (2015).
Bouyid mot Belgia [GC], no. 23380/09, (2015).
Klinkenbuss mot Tyskland [C], no. 53157/11, (2016).
Wenner mot Tyskland [C], no. 62303/13, (2016).

Khlaifia og andre mot Italia [GC], no. 16483/12, (2016).
Klibisz mot Polen [C], no. 2235/02, (2016).
De Tommaso mot Italia [GC], no. 43395/09, (2017).
Irland mot Storbritannia [C], no. 5310/71, (2018).
Aggerholm mot Danmark [C], no. 45439/18, (2020).
X og andre mot Bulgaria [C], no. 22457/16, (2021).
Irvine mot Belgia [GC], nos. 62819/17 og 63921/17, (2021).
Kurt mot Østerrike [GC], no. 62903/15, (2021).
R.B. mot Estland [C], no. 22597/16, (2021).
Thörn mot Sverige [C], no. 24547/18, (2022).
Haugen mot Norge [C], no. 59476/21, (2024).

Litteratur, artikler, tidsskrifter:

Arbeidsgruppe oppnevnt av Justisdepartementet. (2009). *Ressursavdelinger for innsatte med psykiske lidelser og store atferdsavvik – Forslag til tiltak*.

Arbeidsgruppe med Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og KS. (2018). *Rapport fra arbeidsgruppe med KMD, FIN, HOD, Hdir og KS om ressurskrevende tjenester.*

Arbeidsgruppe med KS, Kommunal- og distriktsdepartementet, Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Rapport fra arbeidsgruppe for gjennomgang av regelverk som hindrer kommuner i å drive kostnadseffektive tjenester.*

Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M., Chang, Z., Lehmann Kvamme, T., Thylstrup, B., Tverborgvik, T., Skjærvø, I., og Stavseth, M. (2024). The prevalence and comorbidity of mental health and substance use disorders in Scandinavian prisons 2010–2019: a multi-national register study. *BMC Psychiatry, Volume 24*.

Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler.* Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. SIFER-Øst.

Deloitte. (2024). *Tilskudd til helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel*. Evaluering på oppdrag for Helsedirektoratet.

Den rettsmedisinske kommisjon. (2020). Vedlegg til Nyhetsbrev nr. 27, utgitt i oktober 2020.

Den rettsmediske kommisjon. (2023). *Årsrapport.*

Departementene. (2021–2025). *Vi – de pårørende Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan.*

De regionale helseforetakene. (2022). *Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

De regionale helseforetakene. (2023). *Rapport på oppdrag 2022 – kostnadskontroll for gjennomføring av dom til tvungen omsorg.*

De regionale helseforetakene. (2023). *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.*

DFØ. (2023). *Tilfredshet med det offentlige og tillit. En analyse av hvordan innbyggernes opplevelse av myndighetene henger sammen med tillit, basert på innbyggerundersøkelsen (*DFØ-rapport 2023:6).

Ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern. (2023). *Forenkle og forbedre.*

Ekspertutvalg om samtykkekompetanse. (2023). *Bedre beslutning, bedre behandling.*

EMD. (2022). *Guide on Article 3 of the European Convention on Human Rights – Prohibition of torture,* 31. august 2022.

Europarådets torturforebyggingskomité. (2024). *Report to the Norwegian government om the CPT visit to Norway carried out from 21 to 31 May 2024.*

Fafo. (2019). *ABE-reformen i staten. Avbyråkratisering og effektivisering gjennom budsjettkutt.* Faktaflak. Sigurd Oppgaard og Åsmund Arup Seip. November 2019.

Fafo. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv (*Fafo-rapport 2023:06).

Fairchild, G., Hawes, D.J., Frick, P.J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., Freitag, C. M., De Brito, S.A. (2019). Conduct disorder. *Nat Rev Dis Primers, 27;5(1):43.*

Finansdepartementet (2021). *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser (*Rundskriv-R nr. 109).

Folkehelseinstituttet. (2024). *Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsevern for voksne, årsdata 2023.*

FN. (2000). Komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (22nd sess. :2000). *The right to the highest attainable standard of health (article 12) of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) (*E/C.12/2000/4).

FN. (2020). Komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (67TH sess.: 2020). *Concluding observations on the 6th periodic report of Norway: Committee on Economic,*

Social and Cultural Rights (E/C.12/NOR/CO/6).

FNs barnekomite. (2018). *Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Norway (*CRC/C/NOR/CO/5-6).

FNs barnekomite. (2019). General Comment no. 24 on children's rights in the child justice system (CRC/C/GC/24.

Fornes, I. og Gröning, L. (2021). Bruk av forvaring og sikring overfor barn 1965 – 2020. Tidsubestemt frihetsberøvelse av barn i et utviklingsperspektiv. *Tidsskrift for strafferett, Vol. 21, Utg. 3.*

Freckelton. I. og Karagiannakis, M. (2022). The Insanity Defence under International Criminal Law, in *The Insanity Defence: International and Comparative Perspectives.* Oxford University Press.

Frøberg, T. (2020). De nye reglene om strafferettslig skyldevne. *Lov og Rett, 59 (3) 2020.*

Gröning, L. og Sætre, H. S. (2019). *Criminal Justice and Detention*. Universitetsforlaget.

Gröning, L., Ottesen, Ø. og Øverland, K. (2021). Utilregnelighet hos barn mellom 15 og 18 år: Utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for strafferett, 21(1)*.

Gröning, L. og Melle, K. (2022). Strafferettslig utilregnelighet: Regelavklaring og rolleavklaring. *Jussens venner, 57 (5-6) 2022*, s. 399–441.

Gröning, L. og Westrum V. (2022). Strafferettslig utilregnelighet ved psykisk utviklingshemming – en diskusjon om regelen og praktiseringen av den. *Tidsskrift for strafferett, 22 (2),* s. 214–237.

Gröning, L. (2023): Bærekraftig utvikling og fast eiendom: Tanker om fengselsbygg, i Konow, B. E., Marthinussen, H. F. og Skodvin, K. E. (red.) *Fakultetsbyggjar, vestlending og verdsborgar: Festskrift til Ernst Nordtveit 70 år*. Cappelen Damm Akademisk, s. 615–632.

Gröning, L., Jacobsen, J. og Husabø, E. J. (2003). *Frihet, forbrytelse og straff. En systematisk fremstilling av norsk strafferett*. Fagbokforlaget 2023.

Hansen, I., Markussen, T., og Bråthen, K. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv* (Fafo-rapport 2023:06). Fafo.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Oppdragsdokument til Helse Sør-Øst* (datert 24. januar 2024).

Helsedirektoratet. (2016). *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*. Veileder IS-1971.

Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder.*

Helsedirektoratet. (2019). *Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver sammensatte offentlige tjenester.*

Helsedirektoratet. (2021). *Evaluering av implementering av pårørendeveilederen.*

Helsedirektoratet. (2023). *Tilskuddsrapport 2022.*

Helsetilsynet. (2023). *Gjennomgang av saker der barn med tilknytning til barnevernsinstitusjon har mistet livet* (3/2023).

Holmboe, M. (2020). Forvaring av unge lovbrytere – et ubehagelig aktuelt tema. *Tidsskrift for strafferett, Vol. 20 utgave 3*, s. 227–252.

Holmboe, M. (2022). Utvalgte høyesterettsavgjørelser i strafferett 2021. *Tidsskrift for strafferett*, *22*(1), s. 47-66.

Holmboe, M. (2023). Barn på handlingstidspunktet, voksen på domstidspunktet: En kritisk analyse av to dommer av Norges Høyesterett. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, *110*(3), s. 204–220.

Holst, Ø. og Mindestrømmen, M. (2023). Varetektssurrogat i institusjon. *Tidsskrift for strafferett 2023.*

Husom, N. (2001). Verdikommisjonen valgte friheten. *Tidsskrift for den norske legeforening:10.*

Institutt for menneskerettigheter. (2023). *Veileder for utredning av menneskerettslig problemstillinger.*

Johnsen, B. (2012). Prøveløslatelse fra forvaring med vilkår om opphold i institusjon eller kommunal boenhet utover ettårsfristen – ikke bare noen, men mange problemstillinger. *Kritisk Juss, Vol.38, Utg.1*, s. 29-51.

Johnsen, B. og Engbo, H. (2015). Forvaring i Norge, Danmark og Grønland – noen likheter og ulikheter. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, 102(2)*.

Juridisk ekspertutvalg for utredning om inkorporering av FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i norsk rett. (2024). *Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter.* Av 15. januar 2024 til Kultur- og likestillingsdepartementet.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2006). *Etterkontroll av reglene om strafferettslig tilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring.* Rapport fra utredningsgruppe (Mæland-utvalget), 18. mai 2006.

Kjellevold, A. (2006). Sosiale menneskerettigheter – av betydning for norsk helse- og sosialrett? *Nordic Journal of Human Rights*, *Vol. 4 utgave 2*, s. 301–317.

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2010). *Årsaker til økning i utgiftene til toppfinansier-*

ingsordningen for ressurskrevende tjenester fra 2007 til 2008.

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022). *Om tillitsreformen.*

Kriminalomsorgsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2016). *Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.*

Kriminalomsorgsdirektoratet. (2006–2022). *Correctional statistics of Norway, Denmark.*

Kriminalomsorgsdirektoratet. (2024). *Årsrapport for 2023.*

Kriminalomsorgsdirektoratet og Statsbygg. (2024). *Fremtidig fengselskapasitet.*

KRUS. (2020). *Rammeplanen for fengselsbetjentutdanningen.*

Lappi-Seppala, T. (2023). Preventive detention in Finland and the other Nordic countries. *Peking University Law Journal, volume 11*, 59-72.

Lavett, I. (2024). *Ansvarlighet som forutsetning for straffansvar.*

Lund, A. (2023). Dømd till vård-straffe eller møglighet? *Medicinsk Vetenskap nr 3.* Karolinska Institutet Nyheter.

Magnussen, S. og Tingvold, L. (2022). *Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte.* Senter for omsorgsforskning øst.

Menneskerettighetsutvalget. (2011). *Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven* (Dokument 16 (2011–2012).

Meynen, G. (2022). Legal insanity in the Netherlands: Regulations and Reflections. In Ronnie, M. & Brookbanks, W. (red.). *The Insanity Defense – International and Comparative Perspectives.* Oxford University Press (ISBN 9780198854944), s. 274–294.

Morgenbladet. (2024). *Pasienteksporten* (1.-7. mars 2024/Nr9/Årgang 205).

Nasjonal institusjon for menneskerettigheter ved Norsk senter for menneskerettigheter. (2012). *Bruk av isolasjon i fengsel. Norsk lov og praksis i et menneskerettslig perspektiv.*

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2024). *Årsrapport 2023.*

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern (2025). *Årsrapport 2024.*

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). (2023). *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming.*

NIMs prosesskriv til Høyesterett. (2020). Skriftlig innlegg fra Norges institusjon for menneskerettigheter til belysning av allmenne interesser, i sak nr. 20-051052SIV-HRET, 25. september 2020.

Oslo Economics og Agenda Kaupang. (2018). *Analyse av driftssituasjonen i kriminalomsorgen etter innføringen av ABE-reformen.*

Oslo Economics. (2024). *Evaluering av kriminalomsorgens budsjettfordelingsmodell.*

Pedersen, E. J. (2017). «Alle er like for loven» – likhetsnormen i Grunnloven § 98 første ledd. *Jussens venner, Vol. 52.* Utg.3.

Politidirektoratet og Riksadvokaten. (2023). *Politiets straffesaksbehandling 2022. Felles resultatrapportering for straffesaksavviklingen i 2022.*

Politidirektoratet og Riksadvokaten. (2023). *Straffesaksbehandlingen i politiet 2023 (*POD-rapport 2/2024).

Politidirektoratet og Riksadvokaten. (2024). *Straffesaksbehandlingen i politiet 2023* (POD-rapport 2/2024).

Politihøgskolen. (2020). *Evaluering av politiets og PSTs håndtering av terrorhendelsen i Bærum 10. august 2019.* 29. juni 2020.

Politihøgskolen. (2022). *Evaluering av PSTs og politiets håndtering i tilknytning til Kongsberghendelsen 13. oktober 2021*. 14. juni 2022.

Putkonen, H. og Völlm, B. (2007). Compulsory psychiatric detention and treatment in Finland. *Psychiatric Bulletin, vol. 31.*

Rambøll Management Consulting. (2023). *Kartlegging av psykiske belastningsreaksjoner blant ansatte i kriminalomsorgen.*

Riksrevisjonen. (2022). *Helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel* (Dokument 3:4 (2022–2023)).

Rui, J.P. (2022). Straff som inngrep i menneskerettigheter og krav om legitimt formål og forholdsmessighet. *Lov og rett, utgave 10.*

Rognli, E., Bukten, A., Jørgen G., Bramness, J. og Stavseth, M. (2024). Tidligere kriminalitet og psykisk helsehjelp hos personer med soningserfaring som blir dømt til tvungent psykisk helsevern. *Tidsskrift for den norske legeforening.*

Rosenqvist, R. og Sandal, T. (2015). Er forvaringsordningen tilpasset dagens forvaringsdømte? *Tidsskrift for strafferett, Vol.15.*

Rosenqvist, R. (2024). *Mitt liv, mitt fag: tung psykiatri. Sviket mot de sykeste.* Kagge Forlag.

Senneseth, M., Holst, Ø., Mindestrømmen, M., Flåan, O. og Rypdal, K. (2021). *Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat.* Sifer.

Samfunnsøkonomisk analyse AS. (2022). *Samfunnsøkonomiske kostnader av kriminalitet.*

Seppanen, A., Joelsson, P., Ahlgen-Rimpilainen, A. og Repo-Tiihonen, E. (2020). Forensic psychiatry in Finland: an overview of past, present and

future. *International Journal of Mental Health Systems, Volume 14:29.*

SERAF. (2024). *Levekår, rus og psykisk helse blant personer som har vært fengslet eller gjennomført straff i samfunnet* (Rapport nr. 5/2024).

SIFER. (2020). *Innsatte med utviklingshemming – en deskriptiv undersøkelse av ulike etaters arbeid med identifikasjon og tilrettelegging.*

SIFER. (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune.*

SIFER. (2020). *Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat* (Rapport 2).

SIFER Sør-Øst. (2023). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – En statusrapport.*

SINTEF. (2023). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene.*

Sivilombudet. (2019). *Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler (*Dokument 4:3 (2018/19).

Sivilombudet. (2020). *Barns rettigheter bør ivaretas bedre i psykisk helsevern.*

Sivilombudet. (2020). *Retten til kontradiksjon og håndtering av menneskerettslige anførsler i en sak om helse- og omsorgstjenester* (2020/292).

Sivilombudet. (2023). *Selvmord og selvmordsrisiko i fengsel.*

Sivilombudet. (2023). *Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt* (besøksrapport nr. 75).

Sivilombudet. (2023). *Årsmelding.*

Sivilombudet. (2024). *Trondheim fengsel og forvaringsanstalt, avdeling Nermarka* (besøksrapport nr. 81).

Sivilombudet. (2024). *Ringerike fengsel* (besøksrapport nr. 80).

Sivilombudet. (2024). *Ålesund fengsel* (besøksrapport nr. 83).

Sivilombudet. (2024). *Barn i Eidsberg fengsel. En undersøkelse under OPCAT-mandatet.*

Sivilombudet. (2024). *Soningstilbudet til forvaringsdømte som venter i kø for plass på forvaringsavdeling* (2023/4092).

Social- og Boligministeriet. (2024). *Afrapportering fra arbejdsgruppen om Kofoedsminde.*

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2021). *Hva kan vi lære etter drap begått i psykotisk tilstand?* (Rapport 5-2021, 15. desember 2021).

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko* (26. januar 2023).

Statistisk sentralbyrå. (2020). *Fra overgrep til straff, vedlegg D: Klassifisering av avgjørelser i straffesakskjeden 2010–2017* (Rapport 2020/22).

Statistisk sentralbyrå. (2024). *Høyeste antall henleggelser på ti år.*

Storvik, M. (2017). *Rettslig vern av pasienters integritet i psykisk helsevern.* Avhandling ved UiT Norges arktiske universitet.

Sundheds- og ældremisteriet. (2015). *Kortlægning af retspykiatrien: mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe.*

Svendsen, V., Riksheim Stavseth, M., Skardhamar, T. og Bukten, A. (2023). Psychiatric morbidity among women in Norwegian prisons, 2010-2019: a register-based study. *BMC Psychiatry* 23: 390.

Søvig, K.H. (2006). Minstestandarder og universalitet i norsk helse- og sosial rett, sett i lys av FNs konven Komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. sjon om sosiale og kulturelle rettigheter. *Jussens Venner, vol. 41 utgave 1.*

Varselutvalget. (2023). *Fra varsel til læring og forbedring.*

Verdikommisjonens sluttrapport. (2001). *Et brev om frihet.*

Whiting, D., Lichtenstein P., Fazel, S. (2020). Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry.*

Norges offentlige utredninger 2024

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:
NOU 2024: 3 Felles innsats mot ekstremisme: Bedre vilkår for det forebyggende arbeidet
NOU 2024: 6 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2024
NOU 2024: 11 Lavlønn i Norge
NOU 2024: 13 Lov og frihet

Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet:
NOU 2024: 1 Definisjon og registrering av ideelle velferdsaktører
NOU 2024: 14 Med lov skal data deles
NOU 2024: 17 Kommersielle og ideelle aktørers rolle i fellesskapets velferdstjenester

Finansdepartementet:
NOU 2024: 16 Endringer i verdipapirhandelloven
NOU 2024: 21 Trygge og enkle betalinger for alle
NOU 2024: 22 Norske sparebanker – tradisjon og tilpasning

Helse- og omsorgsdepartementet:
NOU 2024: 18 En universell tannhelsetjeneste

Justis- og beredskapsdepartementet:
NOU 2024: 4 Voldtekt – et uløst samfunnsproblem
NOU 2024: 5 Maktens ansikt
NOU 2024: 12 Håndheving av mindre narkotikaovertredelser
NOU 2024: 24 Prøvd på nytt

Klima- og miljødepartementet:
NOU 2024: 2 I samspill med naturen
NOU 2024: 10 Ny motorferdsellov

Kommunal- og distriktsdepartementet:
NOU 2024: 19 Ny boligleielov
NOU 2024: 23 Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi

Kultur- og likestillingsdepartementet:
NOU 2024: 8 Likestillingens neste steg

Kunnskapsdepartementet:
NOU 2024: 20 Det digitale (i) livet

Nærings- og fiskeridepartementet:
NOU 2024: 9 Ny lov om offentlige anskaffelser – Andre delutredning

Samferdselsdepartementet:
NOU 2024: 15 En bedre regulert drosjenæring

Utenriksdepartementet:
NOU 2024: 7 Norge og EØS: Utvikling og erfaringer

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 03/2025

Trykksak
2041 0446