

NOTAT

Til: Gunnar Bovim

Fra: Erik Rønneberg Hauge

Dato: 23. mars 2026

SIKKERHETSPSYKIATRI – NOEN AKTUELLE PROBLEMSTILLINGER

Sikkerhetspsykiatri hører i Norge inn under fagfeltet: Sikkerhets-, retts-, og fengselspsykiatri. Rettspsykiatri er i hovedsak vurderinger og bistand til påtalemyndighet og rettsvesen knyttet til personer mistenkt for straffbare handlinger til vurdering av skyldene/tilregnelighet. Fengselspsykiatri er psykisk helsevern til innsatte i kriminalomsorgens institusjoner som ofte har en høyere og noe annen psykiatrisk sykkelighet enn normalbefolkningen.

Sikkerhetspsykiatri er så diagnostikk, behandling, ivaretagelse av pasienter der samfunnsvernet inngår som en vesentlig tilleggskomponent.

Vi skal se at tidligere tider «asylsuverenitet» der de psykiatriske institusjonene selv hadde stor grad av myndighet over inntak og utskrivelser, nå vesentlig er endret slik at helsetjenesten ellers – og rettsvesenet – har avgjørelsesmyndighet i en rekke situasjoner.

Tvungent psykisk helsevern – dom eller administrativt vedtak

Sikkerhetspsykiatriske pasienter er oftest under tvungent psykisk helsevern (TPH). Enten kan dette være på grunn av en dom jf. Straffeloven (strl) § 62.1 på grunn av manglende skyldene jf. strl § 20, eller kan det være etter et administrativt vedtak jf. Psykisk helsevernloven (phvl) § 3-3 der grunnlaget er en alvorlig sinnslidelse kombinert med farekriteriet. (Det er også kommet en hjemmel, jf. strl §62.2, for tidsbegrenset dom til TPH ved mindre grad av farlighet, men fortsatt når skyldene mangler – for de såkalt «plagsomme», men dette er så langt en mindre gruppe, se tabell nedenfor)

Farekriteriene er litt ulikt formulert, men det har etter mitt skjønn ikke så stor betydning her. Den viktigste forskjellen mellom dom og adm TPH er påtalemyndighetens partsrolle i gjennomføringen av vernet etter en dom. Påtalemyndigheten skal ha årlige rapporter, skal godkjenne vesentlige endringer og vernet kan ikke avsluttes av helsepersonellet alene. Et administrativt tvangsvedtak *kan* avsluttes av en enkelt person på sykehuset (den faglige ansvarlige for vedtak) evt ved beslutning av Kontrollkommisjonen (KK) etter klage. En adm TPH må man eksplisitt også søke om til KK om å få forlenget hvert år ellers går det ut automatisk (phvl § 3-8.3). Disse momentene er ofte avgjørende argumenter i påtalemyndighetens prosedyrer om at en dom til TPH er nødvendig for samfunnsvernet.

Selve gjennomføringen av vernet skjer med døgnopphold evt uten døgnopphold, og med adgang til ytterligere vedtak etter kapittel 4 i phvl om vilkårene for slike er oppfylt uavhengig av om grunnlaget er dom eller adm TPH.

Andre pasienter i psykisk helsevern som innlegges fra justissektoren

Enkelte andre pasienter får også døgnopphold i psykisk helsevern – i praksis ofte sikkerhetsavdelinger – etter ikke-medisinske beslutninger. Først nevnes en viss økning i bruken av varetektssurrogat jf. Straffeprosessloven (strprl) § 188. Slik det fremgår av tabellen nedenfor, er dette en liten gruppe. De kan imidlertid representere formelle utfordringer ved at personene formelt er i varetekt, men reelt sett er «tvangsinnlagt». De har altså psykisk sykdom og er i døgnavdeling, men uten at de nødvendigvis er vurdert opp mot regelverket for tvungent psykisk helsevern, med de rammer det kan gi for innholdet av vernet.

Sluttelig er personer tidvis innlagt i psykisk helsevern etter rettslig beslutning for døgnobservasjon med tanke på skyldvnevurderinger. Som oftest skjer dette etter et ønske fra rettsoppnevnte sakkyndige for sikrere vurderinger. Slike opphold finansieres av rettsvesenet.

Andre særreaksjoner

Andre strafferettslige særreaksjoner er forvaring og tvungen omsorg. Forvaring er for tilregnelige og farlige (der en tidsbegrenset straff ikke ivaretar samfunnsvernet tilstrekkelig). Disse ivaretas av Kriminalomsorgen, har vanligvis ikke alvorlig sinnslidelse og gruppen blir derfor lite relevant å sammenlikne med her.

Derimot kan særreaksjonen tvungen omsorg være interessant å se hen til. Denne var opprinnelig ment alene for lovbrytere som var utilregnelige på grunn av psykisk utviklingshemming i høy grad, men etter en lovendring kan de ulike særreaksjoner ved manglende skyldevne nå idømmes uavhengig av årsaken til den manglende skyldevne.

Strl §§ 63 og 64 gir en viss fleksibilitet for gjennomføringen av særreaksjonen tvungen omsorg. Forskrift om gjennomføring av tvungen omsorg § 11 pålegger Staten å dekke utgiftene til omsorgen. Dette altså i en viss motsetning til situasjonen ved dom til TPH.

Antall under tvungent psykisk helsevern

Antallet dømte til TPH har vist en kraftig vekst de siste 10-15 år. Det vises til tabell/diagram nedenfor. Årsakene er det ikke allmenn enighet om. Noen viser til sterkere (f eks syntetiske) rusmidler eller økt migrasjon med flere personer med traumatisk bakgrunn, men hverken psykiatrisk epidemiologi eller kriminalitetsstatistikk gir klare bekreftende indikasjoner for dette.

Det som gjenstår da, er de endringene som ble gjort i straffeloven og rettspsykiatrien på denne tiden. Dels ble begrepet «psykotisk» fjernet fra straffeloven og erstattet med et

begrep «sterkt avvikende sinnstilstand» som mange mener er mer vagt. Dessuten skal sakkyndige nå ikke gi eksplisitte råd om skyldene til retten. Samlet sett *kan* dette ha ført til flere dommer til TPH. Se vedlagte artikler om dette.

Nærmere om pasientene

Mange som dømmes til tvungen psykisk helsevern har for øvrig ikke bare en lidelse som kan gi vrangforestillinger, men kan i tillegg ha tilstander som utviklingsforstyrrelser (Asperger-autisme-spekteret), rusmiddelavhengighet (herunder en tendens til raske risikoøkende direkte effekter av rusbruk) eller en dyssosial personlighetsforstyrrelse i ulike kombinasjoner. Disse tilstandene er av mer varig art og dette tilsier at et særlig behov for å ivareta samfunnsvernet kan bestå lenge – også etter at virkelighetsbristende symptomer har avtatt.

Det har ikke tilkommet og vil neppe tilkomme nye behandlingsprinsipper som forkorter nødvendig behandlingstid for psykisk sykdom og slett ikke for risikoperioden en slik tilstand representerer. Nødvendigheten av å ivareta samfunnsvernet vil også i fremtiden derfor trolig vare ved lenge etter at det rent behandlingsmessige behovet for opphold i døgnavdeling er opphørt.

Situasjonen fremover

Med det økte antall dømte hvert år og i hvert fall ikke kortere forløp i sikkerhetspsykiatrien, er det å forvente at pasienter med dom fremover utgjør en økende andel. I fagfeltet og i psykiatrien ellers drøftes om dagens situasjon er en uheldig «jussifisering» eller «forensikasjon» (en anglisisme etter engelsk: forensication) av psykiatrien. Er det økende antallet dømte til TPH et implisitt uttrykk for at samfunnet ikke lenger har tiltro til at psykiatrien er i stand til selv å ivareta farlighet gjennom Psykisk helsevernloven? Eller at psykiatrien ikke har klart det og derfor skjer disse nye lovbruddene?

Spørsmålet blir uansett om dagens lovverk, dagens organisering og dagens finansiering er hensiktsmessig nok, eller om endringer vil kunne være ønskelige for best å utnytte den kapasiteten som faktisk finnes og/eller for best å utnytte en eventuelt økt kapasitet som det blir lagt til rette for.

Lovverk

Jeg vil tro endringene i straffeloven står støtt, og disse er det uansett ikke helsevesenets rolle eller kompetanse å stille spørsmål ved. Rettspraksis kan i noen grad tydeliggjøre de nye begrepene, men vil neppe føre til en vesentlig reduksjon i dommer til TPH.

Det som kan diskuteres er om lovverket og da særlig psykisk helsevernloven er godt nok utformet til å ivareta forløpet til den populasjonen dømte vi nå står overfor - dvs pasienter som i tillegg til en tilstand som kan gi virkelighetsbrist (eksempelvis en klassisk

psykoselidelse som paranoid schizofreni), har mer varige tilstander som også betinger risiko.

Psykisk helsevernloven i dag er godt tilrettelagt for behovet for å gi regelmessige injeksjoner med depot-antipsykotika til psykosepasienter. Men den gir i begrenset grad mulighet til kontrolltiltak av pasienter som er på TPH uten døgnopphold. Eksempelvis tillater den ikke vedtak om rustesting, mulighet for ransaking mtp våpen/rusmidler etc. Den tillater heller ikke husregler i bofellesskap/bolig knyttet til tilstedeværelse, adgangsbegrensning og -kontroll.

Det har vært foreslått å opprette egne «sikkerhetshjem» for personer med en langvarig risiko i stedet for egne (kommunale) boliger. Uavhengig av hvordan slik TPH uten døgnopphold organiseres, kan lovverket vurderes – om det i dag forsinker utskrivelser fra døgnopphold fordi samfunnsvernet ikke kan ivaretas godt nok utenfor institusjon.

Lover og forskrifter knyttet til tvang i psykisk helsevern representerer vanskelige avveininger opp mot individets frihet og selvbestemmelsesrett. Men generelt er det større aksept og etisk berettigelse for tvangstiltak i situasjoner knyttet til farlighet enn i situasjoner med mer rene behandlingssiktemål.

Organisering

I dag er sikkerhetspsykiatrien en del av Psykisk helsevern, organisert under vanlige helseforetaks psykiatriske enheter. Regionale sikkerhetsavdelinger håndterer pasienter med høy risiko/farlighet og er tilknyttet universitetsklinikkene. Lokale sikkerhetsavdelinger er flere og håndterer personer med mindre grad av risiko. Det må ikke glemmes at ordinære enheter i psykiske helsevern, så som mottaksenheter, intermediærenheter, rehabiliteringsenheter og ikke minst psykosepoliklinikker ved DPS også håndterer pasienter der farlighet er en del av bildet.

Mange land har egne sikkerhetsklinikker organisert utenfor vanlig psykisk helsevern. Spørsmål vil kunne være om dette kan øke kvalitet på behandlingen, kompetanse innen fagfeltet og synligheten i samfunnet av behovet.

Egne sikkerhetsklinikker kunne også bane veien for en mer offentlig rettspsykiatrisk sakkyndighet enn dagens system der judisielle observasjoner / rettspsykiatriske vurderinger i stor grad gjøres av privatengasjerte sakkyndige. Men egne klinikker vil også kunne medføre ulemper som en fragmentering av fagmiljøer og en sentralisering av tilbud.

Så vidt jeg vet, har slike endringer av organiseringen ikke blitt nevneverdig vurdert i Norge og omfattende vurderinger av ulemper og fordeler vil være nødvendige. Uansett vil sikkerhetspsykiatriske aspekter også måtte håndteres i allmennpsykiatrien fortsatt.

Som for psykiatriske pasienter ellers kan samarbeid med kommunale tjenester være problematisk. Dette kan eksempelvis gjelde tilrettelagte boliger som kan være enda mer

krevende å få plass for sikkerhetspsykiatriske pasienter enn for pasienter fra allmenn-psykiatrien. Om det som kommunene kan tilby er hospits-plass, vil dette lett kunne oppfattes som sikkerhetsmessig uforsvarlig og dermed i realiteten blokkere for en utskriving fra døgnopphold som kunne være viktig for pasienten og viktig for rett bruk av kapasitet.

Et spørsmål vil derfor kunne være om andre samarbeidsmodeller og finansieringsmodeller for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale nivået kan utvikles.

Finansiering

Fagfeltet har i dag en sammensatt finansiering. Vareteksturrogat må helsevesenet ta ansvar for. Tvungen døgnobservasjon i forbindelse med rettspsykiatriske vurderinger betales av rettsvesenet, mens TPH – det være seg administrativt eller etter dom inngår i det oppdragsbildet som Helseforetakene skal ivareta. I internt budsjett-arbeid i helseforetakene kan nok sikkerhetspsykiatrien oppfatte det slik at de ikke blir prioritert høyt nok – gitt de økte kravene de møter, jf. utviklingen nevnt over. Det kan f.eks påpekes at normtall fra faglige rapporter for behovet for sikkerhetsplasser ofte ikke er oppfylt og at den generelle utviklingen i antall døgnplasser i allmennpsykiatrien gir også sikkerhetsmessige uheldige konsekvenser.

Et spørsmål kan etter dette være om justissektoren må/bør finansiere den del av den virksomheten i helsevesenet som i realiteten blir «bestilt» derfra ved dommer til TPH. Flere argumenter kan nok bli ført både for og mot dette. Om endret budsjettansvar vil føre til en annen og bedre – eller riktigere – budsjettsituasjon for sikkerhetsavdelingene vil gjenstå å se.

Bergen, 23 mars 2026

Erik Rønneberg Hauge, lege
spes psykiatri og nevrologi

Aktuell litteratur (vedlagt)

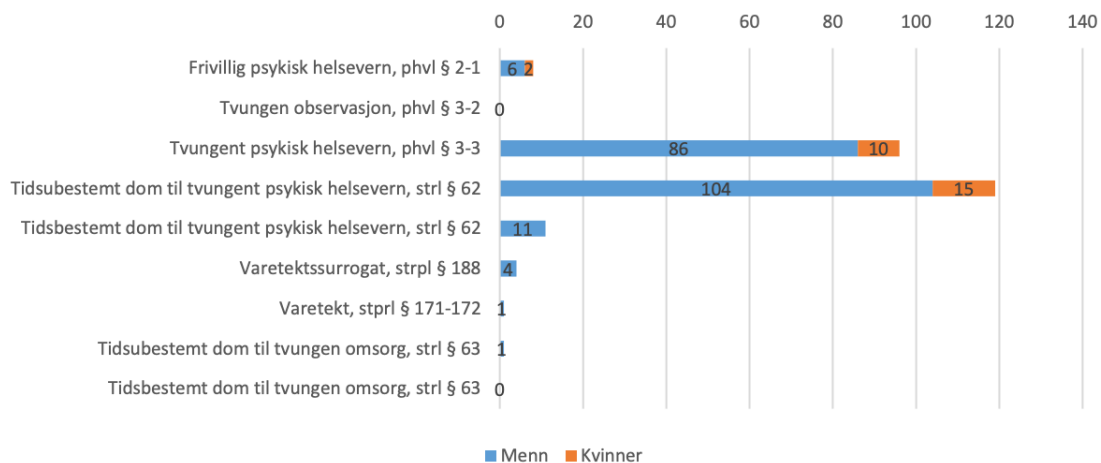
- «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – en statusrapport» fra Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst
- Artikkel fra Tidsskrift for Dnlf om «forensikasjon».
- Debatt-artikkel i Tidsskrift for Dnlf om døgnplasser og organisering i psykisk helsevern
- Populærvitenskapelig artikkel om lover og praksis i norsk rettspsykiatri gjennom historien

Aktuelle benyttede lenker

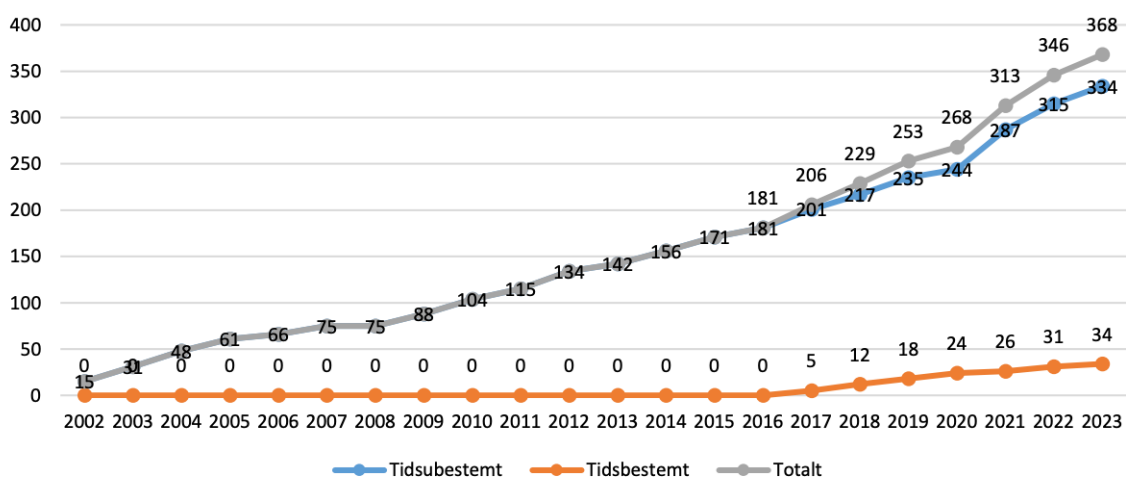
- Helsedirektoratet www.helsedirektoratet.no
- Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri www.sifer.no
- Statistisk sentralbyrå www.ssb.no

Noen tabeller fra «Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – en statusrapport» fra Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst.

Figur 6: Juridisk grunnlag for pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023. N=240.



Figur 29: Antall personer under gjennomføring av en dom til tvungen psykisk helsevern 2002-2023, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom.



Tabell fra Statistisk sentralbyrå (og tilhørende diagram) om antallet dømt til de strafferettslige særreaksjoner, merk spesielt dom til tvungent psykisk helsevern og en endring rundt 2017-2020:

10622: Straffereaksjoner, etter reaksjonstype og år

Informasjon

Oppdatert: 18.06.2025, 08:00

	Straffereaksjoner														
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
- Forvaring	10	22	13	10	14	16	16	22	21	17	25	25	19	8	10
- Tvungent psykisk helsevern	19	22	25	15	27	19	24	31	40	41	44	64	65	62	50
- Tvungen omsorg	1	2	0	0	1	0	0	2	0	1	6	7	8	5	4

