

2009 07858
SHA

Ressursavdelinger for innsatt med psykiske lidelser og store atferdsavvik

Forslag til tiltak

Utredning fra arbeidsgruppe oppnevnt av Justisdepartementet november 2008

Avgitt til Justisdepartementet november 2009

OSLO 2009

Til Justisdepartementet

I november 2008 opprettet Justisdepartementet en arbeidsgruppe til å utrede behovet for ressursavdelinger – mindre enheter i ulike fengsler – med henblikk på et mer differensiert og bedre tilrettelagt soningstilbud for de innsatte som fungerer dårligst under frihetsberøvelsen. Vedlagt følger arbeidsgruppens utredning som inneholder gruppens syn på de temaer som er beskrevet i mandatet, og forslag til tiltak. Forslagene er enstemmige.

Oslo 30. november 2009



Sigbjørn Hagen
Leder



Marianne Teigland


Gøran Nilsson


Bjørn Østberg


Emmanuel Revis


Leif Waage


Nora Hallén

Innhold

1. ARBEIDSGRUPPENS MANDAT, SAMMENSETNING OG ARBEID.....	5
1.1 Mandatet.....	5
1.2 Arbeidsform.....	6
2. SAMMENDRAG.....	7
3. BAKGRUNN/HISTORIKK.....	11
4. SITUASJONSBEKRIVELSE.....	13
4.1 Forekomst av psykiske lidelser i fengselspopulasjonen.....	13
4.2 Hvordan innsatte sikres nødvendig helsehjelp.....	16
4.3 Informasjonsutveksling.....	17
4.4 Overføring av innsatte til psykiatrisk sykehus.....	18
4.5 Forvaltningssamarbeid for øvrig.....	20
5. MÅLGRUPPEBESKRIVELSE.....	22
5.1 Tilnærming og forslag til inndeling.....	22
5.2 Målgruppe 1: De særlig sårbare og hjelpetrengende.....	23
5.2.1 Utviklingshemmede.....	24
5.2.2 Psykisk ustabile.....	28
5.3 Målgruppe 2: Farlig og alvorlig personlighetsforstyrrede.....	31
5.3.1 Beskrivelse og begrepsavklaring.....	31
5.3.2 Farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede i fengsel.....	34
5.3.3 Implikasjoner for ressursavdelinger.....	37
6. RELEVANTE INSTITUSJONER OG TILBUD.....	37
6.1 Oslo fengsel, 1. avdeling.....	37
6.2 Oslo fengsel, avd. MASH.....	38
6.3 Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt, Annekset.....	39
6.4 Fengselsanstalten ved Herstedvester.....	40
6.5 Direktoratet for kriminalforsorgen.....	41
6.6 Utviklingen av behandlingstiltak knyttet til farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede i engelske fengsler og helsevesen.....	42
6.6.1 DSPD-programme.....	42
6.6.2 North East London Forensic Personality Disorder Service, Millfield Unit.....	43
6.6.3 Westgate Unit, HMP Frankland.....	44
6.7 Relevante tilbud innen svensk kriminalvård.....	45
6.7.1 SKI-avdelinger.....	45
6.7.2 Stødavdelinger.....	45
6.7.3 SRI-avdelinger.....	46
6.8 Telemark sykehus, akuttpsykiatrisk avdeling.....	47
6.9 Sammenfallende funn.....	48
7. FORSLAG.....	49
7.1 Ressursavdelinger.....	49
7.1.1 Målsetting.....	49

7.1.2 Målgruppe.....	49
7.1.3 Innhold og ambisjonsnivå.....	50
7.1.4 Fysisk utforming.....	52
7.2 Ambulerende veiledningstjenester.....	52
7.3 Prinsipielle problemstillinger.....	52
7.3.1 Identifisering av utviklingshemmede.....	52
7.3.2 Normalitetsprinsippet versus samling av ressurser og kompetanse.....	53
7.3.3 Tvangsoverføring eller frivillighet.....	53
8. KOMPETANSE	54
9. DIMENSJONERING.....	55
9.1 Kartlegging.....	55
9.2 Dimensjonering av tilbudet.....	60
10. KVINNELIGE INNSATTE.....	60
11. AREAL- OG PERSONALMESSIGE BEHOV.....	61
11.1 Grunnlag.....	61
11.2 Bemanningsbehov.....	63
11.3 Arealmessige behov.....	66
12. SIKKERHETSMESSIGE BEHOV.....	68
12.1 Trusselbilde.....	68
12.2 Sikkerhetstiltak.....	68
13. LOKALISERING.....	69
14. ØKONOMISK OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER.....	70
14.1 Etableringskostnader.....	70
14.2 Driftskostnader og fordeling av kostnadene.....	70
14.3 Organisatoriske forhold.....	71
14.4 Behov for regelendringer.....	72
14.5 Beslutningsprosedyrer.....	72
15. EVALUERING.....	73
16. REFERANSER.....	74
17. VEDLEGG.....	79

1.

Arbeidsgruppens mandat, sammensetning og arbeid

1.1

Mandatet

Forekomsten av psykiske lidelser og atferdsavvik er høyere blant innsatte enn i befolkningen for øvrig. En undersøkelse (Hartvig & Østberg 2004) anslår at 23,5 % av fangebefolkningen på undersøkelsestidspunktet var under behandling for psykiske lidelser. Internasjonale undersøkelser viser en betydelig forhøyet forekomst av personlighetsforstyrrelser.

Anslag basert på en undersøkelse foretatt i Kriminalomsorgen region nord (Søndena 2007) indikerer betydelig forhøyet forekomst av lærervansker i innsattpopulasjonen.

Kriminalomsorgen har ansvaret for å ivareta personer som ikke har en alvorlig sinnslidelse, herunder forebygge at det utvikler seg til slike tilstander som følge av selve fengselsoppholdet. For noen av disse kreves det en tettere oppfølging enn hva som er mulig å få til innenfor de ordinære fengselsavdelinger. I Stortingsmelding nr. 37 (2007-2008), Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn, pekes det på noen særlige grupper:

- *Personer med borderline-diagnose som har psykotiske gjennombrudd i fengselet, men som i et sykehus med et terapeutisk miljø klarer å kontrollere symptomene. Antallet er ikke veldig stort, men det er store problemer rundt hver enkelt.*
- *Personer med store personlighetsforstyrrelser som kan sette hele avdelingen "på hodet". Disse kan ofte være farlige for seg selv og andre og er meget ressurskrevende.*
- *Personer med lettgradig psykisk utviklingshemming.*

I St.meld. nr. 27 (1997-1998) Om kriminalomsorgen, foreslo man å opprette ressursavdelinger for bedre å kunne ivareta de særlige behov hos de dårligst fungerende innsatte – de som er vanskelige og de som har det vanskelig.

Departementet ønsker en nærmere utredning av behovet for slike avdelinger – mindre enheter i ulike fengsler – med henblikk på et mer differensiert og bedre tilrettelagt soningstilbud for de som fungerer dårligst under frihetsberøvelsen. Det bør legges opp til en tverrfaglig kompetanse blant personalet, med hovedvekt på fengselsfaglig utdanning.

Det opprettes en arbeidsgruppe som skal utrede behovet for opprettelse av ressursavdelinger, herunder utarbeide forslag til:

- Målgruppebeskrivelse
- Dimensjonering
- Innhold og ambisjonsnivå
- Areal- og personalmessige behov
- Lokalisering
- Økonomiske og administrative konsekvenser

Arbeidsgruppen bes i tillegg beskrive sikkerhetsmessige behov, samt behovet for eventuelle regelendringer. Utredningen skal omfatte behov knyttet til både mannlige og kvinnelig innsatte. Frist: 30. november 2009

1.2

Arbeidsform

Arbeidsgruppens sammensetning:

- Sigbjørn Hagen, fengselsfaglig bakgrunn, seniorrådgiver i Justisdepartementet (leder)
- Nora Hallén, jurist og førstekonsulent i Justisdepartementet
- Marianne Teigland, psykologspesialist og leder av Fengselspsykiatrisk poliklinikk, Regional sikkerhetsavdeling, Oslo universitetssykehus.
- Bjørn Østberg, psykiater og tidligere leder av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst.
- Emmanuel Revis, psykologspesialist og leder av Sentral Fagenhet for Tvungen Omsorg, avdeling Brøset, divisjon Psykisk Helsevern, St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim.
- Leif Waage, psykologspesialist og assisterende regiondirektør i Kriminalomsorgen region vest
- Gøran Nilsson, fengselsfaglig bakgrunn, assisterende fengselsleder ved Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt

Møter:

- Gruppen har hatt jevnlige møter siden desember 2008. Til sammen er det avholdt 18 møter av forskjellig varighet. Møtene er avholdt i Justisdepartementet.
- Det er i tillegg avholdt:
 - Innledende møte med representanter for kriminalomsorgen, helsevesenet, brukerorganisasjonene
 - Informasjonsmøte med representanter for HOD, KRD, KS og utdanningsdirektøren i Hordaland.
 - Møte med Norsk forening for Utviklingshemmede (NFU)
 - Presentasjon av arbeidsgruppens tankegodt for fengselspsykiatriens kontaktmøte i mai 2009.

Arbeidsutvalg

Arbeidsgruppen nedsatte et internt arbeidsutvalg for bearbeiding av innkommet materiale i forbindelse med en igangsatt kartlegging av innsatte med alvorlige atferdsavvik, lettgradig psykisk utviklingshemming og andre psykiske lidelser. Gruppen har hatt 4 møter.

Informasjonsinnhenting:

Arbeidsgruppen har foretatt ekskursionsjoner til:

- Sykehuset i Telemark, akuttpsykiatrisk avdeling
- Oslo fengsel, 1. avdeling
- Oslo fengsel, MASH
- Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt, Annekset
- Fengselsanstalten Herstedvester og Direktoratet for kriminalforsorgen i Danmark
- Ministry of Justice i London, DSPD-programme
- HMP Frankland, Durham
- North East London Forensic Personality Disorder Service

Videre er det innhentet informasjon om ulike tilbud i Sverige.

Bistand

Arbeidsgruppen har fått bistand fra Hjalmar Johansen videregående skole v/filialleder Leif Lyngstad i beregningen av undervisnings- og rådgivningsressurser.

Faglig referansegruppe:

Den 23. oktober 2008 ble det avholdt et innledende møte i Justisdepartementet vedrørende opprettelse av ressursavdelinger for innsatte med psykiske lidelser og store atferdsavvik. Møtedeltagerne bestod av representanter fra helsesektoren, brukerorganisasjoner og kriminalomsorgen. Det ble besluttet å benytte dette forumet som faglig referansegruppe. Gruppen er senere supplert med representanter fra fengselsundervisningen og kommunenes sentralforbund. Det har vært avholdt ett møte med referansegruppa i løpet av prosessen.

2.

Sammendrag

Situasjonsbeskrivelse

Kriminalomsorgen har ansvaret for en fangebefolkning 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 betydeligere 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 gjelder døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien har virket i samme retning.

Ressursavdelinger

Kriminalomsorgen har ansvaret for å ivareta personer som ikke har en alvorlig sinnslidelse, herunder forebygge at det utvikler seg til slike tilstander som følge av selve fengselsoppholdet. For noen av disse kreves det en tettere oppfølging enn hva som er mulig å få til innenfor de ordinære fengselsavdelinger, hvilket anbefales løst gjennom etablering av små særlig tilrettelagt enheter - såkalte ressursavdelinger. Hensikten med slike avdelinger er å kunne tilby en tettere og mer individuelt innrettet oppfølging av den enkelte med henblikk på å:

- Legge forholdene til rette for et endret handlingsmønster og en bedre tilpasning til samfunnet.
- Bedre forutsetningene for en gjennomføring av frihetsberøvelsen med henblikk på videreføring til annet tilbud
- Sikre trygghet for omgivelsene
- Avlaste andre fengsler

Mer konkret skal tilbudet hindre isolasjon og stimulideprivasjon, redusere selvskading og suicid, samt skjerme og trygge innsatte med høy paranoid beredskap. Avdelingen skal utvikle

et miljø som ikke forsterker asosial atferd. For innsatte med lettgradig psykisk utviklingshemming skal det i tillegg settes fokus på forhold som livsmestringskompetanse og soningstilretteleggelse med utgangspunkt i en trygg, forståelig, forutsigbar og konkret hverdag. Innsattes behov og lovpålagte rettigheter etter løslatelse skal sikres gjennom en tilfredsstillende oppfølgingsoverføring.

I spørsmålet om hvorvidt man skal forholde seg til én eller flere separate målgrupper, må det legges vekt på hvilke lidelser som kan plasseres sammen. Det synes i utgangspunktet åpenbart at sårbare innsatte ikke bør plasseres sammen med farlige og alvorlige personlighetsforstyrrede. Samtidig er det viktig å ta innover seg at mange av de som vil ha behov for et ressursavdelingstilbud, vil ha sammensatte problemer, hvilket byr på utfordringer i valg av målgruppeplassering.

Arbeidsgruppen har valgt å forholde seg til to separate målgrupper, henholdsvis:

1. De særlig sårbare og hjelpetrengende.

Dette er en undergruppe av innsatte som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg de etablerte muligheter, og som derfor er i behov av et eget tilbud. Målgruppen omfatter ulike psykiske lidelser – i stor grad knyttet til personer med til dels svært sammensatte problemer.

Gruppen inndeles i denne sammenheng i:

- Lettgradig utviklingshemmede
- Psykisk ustabile, herunder:
 - Innsatte som har psykotiske gjennombrudd i fengsel, men som oppnår rask bedring ved innleggelse på psykiatrisk avdeling.
 - Innsatte som er suicid- og/eller selvskadingstruet
 - Innsatte med paranoid beredskap som er til fare for andre
 - Innsatte som isolerer seg over tid med påfølgende gradvis dårligere psykisk helse.

2. Farlige og alvorlige personlighetsforstyrrede

Gruppen består av personer med problematisk atferd knyttet til kraftige utageringer, egosentrisme, urettferdighet, forsøk på manipulasjoner og mangel på empati. De er lett krenkbare og bidrar ofte til konflikter og krisesituasjoner. Gruppen legger beslag på en uforholdsmessig del av avdelingens ressurser og er ofte årsak til splitting og spenninger som kan gi seg utslag i tendenser til utslitthet og sykemeldinger blant personalet.

Arbeidsgruppen mener inntakskriteriene for ressursavdelingene skal baseres på observert atferd og antatt funksjonsnivå, og bør omfatte alle innsatte - uavhengig av strafferettslig status. Dette innebærer at i de tilfeller det er grunn til å anta at det fortsatte fengselsoppholdet vil ha en viss varighet – enten i form av fortsatt fengsling eller påbegynt straffullbyrdelse – bør vedkommende innsatte vurderes ut fra hvilket behov innsatte representerer. Det samme gjelder for innsatte som utholder forvaringsdom.

Avdelingen skal kunne gi tilbud som møter den enkelte innsattes behov – ofte med utgangspunkt i sammensatte problemer. Mulighetene for utdanning, arbeidstrening, opplæring og trening med henblikk på økt livsmestringskompetanse, samt sosialt samvær og sosial trening vil måtte utgjøre viktige deler av en slik tiltaksmeny. Det samme gjelder tilbud om programvirksomhet knyttet til aggresjons- eller sedelighetsproblematikk, samt individualterapeutiske tilbud.

Avdelingen bør kunne tilby et miljø med struktur, kontinuitet og forutsigbarhet. Det bør være mulighet for skjerming av enkeltinnsatte i perioder, samt fleksibilitet med henblikk på samvær

mellom innsatte. Høy relasjonskompetanse hos ansatte blir sentralt i avdelingen, bl.a. med henblikk på å unngå splittelse i personalgruppen og for å kunne imøtegå aggresjon med deeskalerende tiltak. Avdelingen bør ha et høyt sikkerhetsnivå, og kompetanse på voldsrisikohåndtering og atferdskorrigerende tiltak. Det bør også være mulighet for systematisk bruk av belønning i motivasjons- og atferdskorreksjonsarbeid.

Innsatte ved ressursavdelingene forventes i høyere grad enn øvrige innsatte å være i behov for koordinerte tjenester under fengselsoppholdet og etter løslatelse. NAV og ulike helsetjenester vil være sentrale aktører for å sikre at retten til individuell plan innfris. Innsatte skal ha hjelp til å planlegge videreføring til annet soningstilbud. Forberedelse av løslatelsen skal starte på et tidlig tidspunkt med involvering av relevante instanser, herunder blant annet gjennom bidrag fra hjemkommunen.

Nettverksbygging og involvering av pårørende, der det er mulig, bør vektlegges i høyere grad enn det som er vanlig på ordinær avdeling. Eventuelt bør det, i de tilfeller dette finnes forsvarlig, kunne gis utvidet anledning til besøk, framstillinger og permisjoner.

Ambulerende veiledningstjenester

I utgangspunktet skal nærhetsprinsippet gjelde, hvilket innebærer at de aller fleste innsatte skal håndteres i ordinære fengselsavdelinger – noen med individuelle tilrettelegginger. For innsatte med komorbide tilstander, hvor lettgradig psykisk utviklingshemming er en del av bildet, vil det imidlertid være behov noe spesialisert kompetanse. Sentraliserte kompetansegrupper, slik de tenkes bygget opp rundt den enkelte ressursavdeling, vil etter arbeidsgruppens mening kunne bistå øvrige fengsler i nærområdet med råd og veiledning, herunder bidra til å bringe det kommunale hjelpeapparatet på banen på et tidligst mulig tidspunkt. Ressursavdelingene representerer med andre ord ikke bare en tilrettelagt avdeling, men også et viktig kompetansemiljø.

Identifisering av utviklingshemmede

En diagnose som psykisk utviklingshemmet vil kunne oppleves som stigmatiserende. Det kan derfor stilles spørsmål om hvorvidt det er riktig å identifisere disse. På den annen side er det viktig å sikre denne gruppen tilpasset tilrettelegging, herunder lovpålagte tjenester fra det kommunale hjelpeapparatet.

Etter arbeidsgruppens mening dreier problemstillingen seg ikke først og fremst om hvorvidt man skal identifisere eller ikke, men mer om hvilke tilfeller dette skal gjøres – samt når og hvordan dette skal håndteres. Identifiseringen kan ikke rettfærdiggjøres ut fra den gode hensikt alene; det må i tillegg foreligge en sannsynlighet for at dette kan føre til relevante tilretteleggingstiltak for vedkommende innsatt. En eventuell identifisering må derfor ta utgangspunkt i et funksjonsnivå som synliggjør konkrete behov for kommunale tjenester som kan utløses gjennom en diagnose.

Tvangsoverføring eller frivillighet

Arbeidsgruppen mener at opphold i ressursavdeling i utgangspunktet bør være basert på frivillighet. For målgruppe 1 - sårbare og hjelpetrengende - bør dette være en forutsetning, ettersom man ikke kan påtvinge innsatte terapi, behandling eller, for den slags skyld, bedret livskvalitet. Hva målgruppe 2 – farlige og alvorlige personlighetsforstyrrede – angår, vil behovet være noe annet, for så vidt som hensikten med en slik overføring primært vil være å ivareta omgivelsenes trygghet og livskvalitet, samt avlaste vedkommende fengsel. Det er grunn til å anta at en relativt stor andel av innsatte innenfor denne gruppen vil motsette seg en slik overføring. Til tross for at tvang ikke er et godt utgangspunkt for opphold i en ressursavdeling,

anbefaler arbeidsgruppen at det hjemles mulighet for tvangsoverføringer av innsatte begrenset til denne målgruppen. Uavhengig av hvorvidt den enkelte innsatte måtte velge å sabotere slike tiltak, eller ikke, vil man kunne gi de en tettere og bedre oppfølging enn i en ordinær fengselsavdeling – og sist, men ikke minst, man oppfylder fengslenes behov for avlastning.

Kompetanse

Det er grunn til å anta at de to separate ressursavdelingstilbudene - for henholdsvis sårbare/hjelpetrequende og for de farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede – vil representere forskjellige utfordringer med tilvarende behov for kompetansespissing. Erkjennelsen av en stor andel av de innsatte i målgruppen har sammensatte problemer, innebærer imidlertid at avdelingene må ha en relativt bred felles basiskompetanse.

Dimensjonering

Med henblikk på å vurdere behovet for resursavdelinger, herunder også dimensjoneringen av disse, besluttet arbeidsgruppen å innhente statusopplysninger om forekomst av innsatte innen målgruppen som krever en oppfølging utover hva som er mulig å få til innenfor de ordinære fengselsavdelinger. Ut fra kartleggingsresultatet og de vurderinger arbeidsgruppen har gjort av det innsendte materialet, anslår arbeidsgruppen et dimensjoneringsbehov i størrelsesorden:

- Menn: 77 – 90 plasser
- Kvinner: 3 – 5 plasser

Kvinnelige innsatte

Arbeidsgruppen mener det er viktig at kvinnelige innsattes behov ikke nedprioriteres av kosteffektivitetsmessige årsaker, og anbefaler at det ved behov opprettes en egen ressursavdeling for kvinner. Det er imidlertid knyttet noe usikkerhet til behov/dimensjonering ettersom det kartlagte tallmateriale er så vidt lite. Arbeidsgruppen fant det i tillegg vanskelig å vurdere de innmeldte kvinnelige innsatte, da det fremviser en noe annen atferd enn mennene.

Areal- og personalmessige behov

Forhold som kapasitet og de særlige funksjonskrav som må stilles til slike avdelinger, vil være styrende for de areal- og personalmessige estimer. Avdelingene vil kreve stor personaltetthet og tverrfaglighet. Med utgangspunkt i en 12-mann enhet, foreslår arbeidsgruppen følgende bemanning:

- Ledelse og andre dagstillinger: 4
- Fengselsbetjenter/miljøarbeidere:
 - gjennomsnittlig dekning i perioden kl. 0700 – 2100: 7
 - Nattforsterkning: 1
- Helsepersonale (psykiater/psykolog): 2
- Fengselsundervisning:
Volummessig én skoleklasse (6 elever) med behov for omfattende tilrettelegging

Avdelinger som skal håndtere farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede vil være i behov av utvidede bemanningsressurser.

Avdelingen vil kreve et areal i størrelsesorden 75,6 m²/fangeplass.

Sikkerhetsmessige behov

Interne sikkerhetsmessige utfordringer, eksempelvis i forhold til personalets eller innsattes trygghet, bør kunne løses gjennom høy bemanningstetthet, relasjonsbygging og tett oppfølging av miljøet og enkeltinnsatte, gode skjermingsmuligheter, relevante

sikringsdømte med store atferdsavvik, å bygge et eget fengsel – en såkalt spesialanstalt – for innsatte med store atferdsavvik. Stortinget sluttet seg til departementets forslag i Innst. S. Nr. 18 (1992-93).

Bakgrunnen for departementets forslag var "Weisæth-utvalgets" innstilling, "Psykiatri og avvik hos innsatte", fra 1986, hvor det ble foreslått å opprette en spesialinstitusjon underlagt fengselsvesenet med plass til 20-30 innsatte. Målgruppen skulle være *"innsatte som ikke er alvorlig sinnslidende, men som har alvorlige personlighetsavvik og er farlige og vanskelige."*

En arbeidsgruppe med representanter fra Sosialdepartementet, Helsedirektoratet og Justisdepartementet avga i 1990 innstillingen, "Spesialinstitusjon for innsatte med alvorlige personlighetsforstyrrelser", hvor det ble foreslått opprettet en spesialanstalt – et fengsel underlagt fengselsvesenet - med plass til 30 innsatte.

Arbeidsgruppens forslag ble fulgt opp i St.meld. nr. 56, (1991 -1992), hvor Justisdepartementet foreslo opprettelse av et nytt fengsel. Formålet med fengselet ble beskrevet som: *"Å gi samfunnet vern mot farlige forbrytere, avlaste andre anstalter, tilby et soningsmiljø som ikke virker sykdomsfremkallende og/eller forsterkende på asosial atferd, samt om mulig påvirke atferd"*. Målgruppen skulle om mulig være *"avgrenset i forhold til ansvarsområder for psykisk helsevern og for de psykisk utviklingshemmede. Domfelte med alvorlig sinnslidelse skal ikke plasseres i anstalten"*.

Etter en kartlegging konkluderte imidlertid en arbeidsgruppe (den såkalte "tellegruppen") oppnevnt av Justisdepartementet med at behovet ikke var stort nok til berettige et eget fengsel slik det var foreslått i St.meld. nr. 56.

I St. prp. Nr. 1 (1996 -1997) kom spørsmålet opp på ny med en noe endret innfallsvinkel. Departementet foreslo å vurdere etablering av særlige avdelinger integrert i bestående fengsler – og lanserte begrepet Ressursavdeling. Navnet skulle være betegnende for avdelingens oppbygning og innhold. Færre innsatte, større arealer og større personaltetthet enn i fengselssystemet for øvrig. Målgruppen skulle fortsatt være innsatte som er vanskelige, men i tillegg omfatte innsatte som *har* det vanskelig, samt ungdomskriminelle dømt for alvorlig voldskriminalitet. Av stortingsproposisjonen fremgår det at departementet i løpet av 1997 ønsket å gjennomføre et forprosjekt med henblikk på etablering av en ressursavdeling ved Trondheim kretsfengsel. Det ble opprettet en arbeidsgruppe som skulle utarbeide utkast til innstilling om saken.

Målsettingen med ressursavdelingen ble formulert slik: *"Ressursavdelingen skal innenfor de sikkerhetsmessige rammer ved Trondheim kretsfengsel være en fengselsavdeling som skal gi samfunnet vern mot farlige lovbrøtere og avlaste andre anstalter. Avdelingen skal tilby et soningsmiljø som ikke virker sykdomsfremkallende eller forsterkende på asosial atferd. Avdelingen skal søke å påvirke de innsattes atferd"*.

Ut fra ovenstående foreslo arbeidsgruppen at det ble etablert en ressursavdeling i Trondheim kretsfengsel med plass til 12 innsatte, fordelt på to enheter.

sikkerhetsrutiner med mer. Samfunnstryggheten ivaretas gjennom individuelle risikovurderinger og plassering i ressursavdeling/fengsel med nødvendig sikkerhetsnivå.

Lokalisering

Arbeidsgruppen har ikke kommet med forslag om hvor og i hvilken rekkefølge ressursavdelingene bør etableres, men har listet opp noe fengsler som ut fra geografiske behov, størrelse og ekstern infrastruktur bør kunne være aktuelle. Det foreslås at aktuelle fengsler inviteres til å fremme konkrete planer for etablering av slike avdelinger med utgangspunkt i det enkelte relevant intern og ekstern infrastruktur – med særlig vektlegging på tverrfaglig og tverretattlig samarbeidskultur og -rutiner.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Kostnadsestimat knyttet til etablering av en 12-mann enhet:	90 MNOK
Årlige driftskostnader	21,8 MNOK, fordelt på
henholdsvis:	
• Justisdepartementet	17,9 MNOK
• Helse- og omsorgsdepartementet	1,7 MNOK
• Kunnskapsdepartementet	2,2 MNOK

For avdelinger som skal håndtere de farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede vil merkostnadene beløpe seg til: 2.2 MNOK

Regelendringer

Det er behov for en utredning om hvorvidt strgf. § 10 er tilstrekkelig hjemmel for etablering og drift av ressursavdelinger. Likeså en hjemmel for tvangsoverføring av farlige og alvorlige personlighetsforstyrrede. Det må utarbeides forskriftsbestemmelser med nærmere vilkår for innsettelse. Inntakskriteriene foreslås basert på observert atferd og antatt funksjonsnivå, og bør omfatte alle innsatte – uavhengig av strafferettslig status.

Evaluering

Arbeidsgruppen er opptatt av at avdelingene gjøres til gjenstand for fortløpende interne evalueringer, så vel som evaluering av ekstern instans.

3. Bakgrunn/historikk

Av St.meld. nr. 37 (2007-2008), Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn, side 156, fremgår det at *”Kriminalomsorgen har ansvar for et varierende antall personer som av ulike grunner bør undergis en tettere oppfølging enn dagens fengselsavdelinger makter. Enkelte fengsler har omfattende tilbud fra psykologisk/psykiatrisk poliklinikk inn i fengselet, men tilbudet varierer meget. Personer som er psykotiske og har en alvorlig sinnslidelse, skal overføres til psykiatrisk sykehus til behandling. Personer som ikke har en alvorlig sinnslidelse, er det kriminalomsorgens ansvar å ivareta. De kan likevel ha stort behov for et behandlingstilbud og spesielt tilrettelagte soningsforhold (...)”*

Ideen om å imøtekomme gruppen av innsatte som ikke fungerer godt i de ordinære avdelingene i fengsel, er ikke ny i norsk kriminalomsorg. I 1992 foreslo Justisdepartementet i Stortingsmelding nr. 56 (1991 -1992) Om opprettelse av fengsel for straffe- og/eller

Inntaksreglene for avdelingen ble beskrevet slik:

- *Ressursavdelingen mottar mannlige innsatte som soner dom eller utholder sikring (forvaring). Unntaksvis kan også varetektsinnsatte mottas. Det stilles i utgangspunktet ingen krav til gjenstående straffetid eller type kriminalitet.*
- *Sikkerheten ved Ressursavdelingen skal være tilsvarende sikkerheten i Trondheim kretsfengsel for øvrig. Innsatte som av sikkerhetsmessige grunner ikke kan sone i Trondheim kretsfengsel, kan normalt ikke mottas i Ressursavdelingen.*
- *For at en innsatt skal kunne mottas i Ressursavdelingen må vedkommende over noe tid ha vist at han har store vanskeligheter med å tilpasse seg et normalt anstaltopphold.*
- *Ressursavdelingen skal ikke motta innsatte som kvalifiserer for og/eller venter på innleggelse i psykiatrien.”*

Til tross for positiv respons fra høringsinstansene, nådde ikke tiltaket opp i budsjettmessig sammenheng, og arbeidet ble skrinlagt.

I denne sammenheng er det viktig å nevne at helsetilbudet i norske fengsler ytes av de offentlige etatene som ellers har ansvaret for dette i samfunnet, og innsatte har derfor de samme rettighetene som befolkningen for øvrig. Parallelt med arbeidet med spesialanstalt og ressursavdelinger har det derfor skjedd forbedringer i det psykiske helsetilbudet til innsatte i norske fengsler.

Grunnlaget for igjen å bringe til live spørsmålet om ressursavdelinger er forankret i den nye kriminalomsorgsmeldingen, nevnt innledningsvis. Opprettelse av avdelinger med forsterket bemanning og en bredere kompetanse enn i ordinære avdelinger, er i tråd med meldingens samlede uttrykk for økt satsning på bedre innhold i soningen.

Dagens arbeid med ressursavdelinger har en ikke ulik tilnærming som arbeidet foretatt av den siste arbeidsgruppen. Formålet med etablering av ressursavdelinger er å møte innsatte som soner tungt med et bedre tilbud. Målgruppen er innsatte som ikke kan gis en tilfredsstillende oppfølging i ordinære fengselsavdelinger.

4.

Situasjonsbeskrivelse

4.1

Forekomst av psykiske lidelser i fengselspopulasjonen

Det er gjort en rekke undersøkelser av forekomsten av psykiske lidelser i fengselspopulasjonen nasjonalt og internasjonalt. En metaanalyse av internasjonale studier av prevalens av psykisk lidelse hos innsatte, viste stor variasjon mellom undersøkelsene. Samlet fant man at 4 % av innsatte menn og kvinner hadde en psykotisk lidelse. 10 % av menn og 12 % av kvinner hadde en moderat til alvorlig depressiv lidelse. Screeningsundersøkelser viste sammenlagt en forekomst av personlighetsforstyrrelser på 65 % av den mannlige og 42 % av den kvinnelige fengselspopulasjonen (Fazel & Danesh, 2002). Det er påvist en økende tendens av forekomst av psykiske lidelser blant innsatte (Aboleda, 1999). Nordiske og norske prevalensstudier tyder

på tilsvarende høy andel av personlighetsforstyrrelser i den nordiske fengselspopulasjonen. Behandlingstrengende angst og depressive lidelser estimeres til opp mot 30 %. Psykotiske lidelser estimeres noe lavere i Norden enn i internasjonale studier (Levander et al, 1997; Rasmussen et al, 1999; Rasmussen et al, 2001; Langeweld & Melhus, 2004). I Mæland-rapporten (2006) er det anført at forekomsten av psykotiske lidelser i innsattpopulasjonen kan ha gått ned siden innførsel av særreaksjonen ”dom til psykisk helsevern”. I en spørreundersøkelse av ansatte i norske fengsler utført i 2004 fant man at 23,5 % av den norske fengselspopulasjon var under behandling for psykiske vansker (Hartvig & Østberg, 2004).

En levekårsundersøkelse gjennomført av Fafo på oppdrag fra helse- og sosialdepartementet i 2002-2004, viste at fengselsinnsatte er en marginalisert gruppe i samfunnet med problemer på mange viktig livsområder. Man fant også en betydelig forhøyet skår på egenrapportert psykisk symptombelastning sammenlignet med befolkningen forøvrig. 30 % av innsatte menn rapporterte psykiske symptomer over grenseverdien for psykisk lidelse, Tilsvarende tall for kvinnelige innsatte var 40 %. Til sammenligning var andelen for menn og kvinner i befolkningen for øvrig 10 % (Friestad & Hansen, 2004).

Hartvig & Østberg (2004) undersøkte fire yrkesgruppers vurdering av forekomst av psykiske lidelser og avvik hos 2 850 av totalt 3 000 innsatte i norske fengsler (Tabell 1). I parentes er tilsvarende tall angitt for en undergruppe bestående av åtte fengsler (971 innsatte) med høyere sikkerhetsnivå og full tilknyttet helsetjenestedekning. Alle tall er angitt i prosent.

Tabell 1

	Fengselsledelse	Betjenter	Allmennhelse-tjeneste	Psyk. spesialist-helsetjeneste
Uttalt atferdsavvik med psykosemistanke	3,9 (5,6)	5,8 (8,7)	4,7 (6,8)	1,7 (3,4)
Burde vært i psyk. institusjon	1,7 (2,6)	2,8 (4,5)	1,7 (2,6)	0,7 (1,5)
Uttalt depresjon og/eller angst	5,9 (9,6)	8,3 (13,1)	7,3 (5,7)	5,0 (9,5)
Uttalte atferdsavvik uten psykosemistanke	8,1 (11,7)	10,1 (16,5)	12,3 (14,6)	5,7 (9,9)
Burde vært i psykiatrisk institusjon	0,8 (1,5)	1,8 (2,8)	1,0 (0,4)	0,3 (0,6)

Resultatet viser en betydelig diskrepans mellom de forespurte gruppene. De som har størst nærhet til de innsatte, nemlig fengselsbetjenter og fengselshelsetjenesten, vurderer forekomsten høyest, mens fengselsledelse og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste vurderer forekomsten lavere. Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste har høyest formell kompetanse til å vurdere psykisk lidelse, men har kanskje ikke full oversikt over populasjonen. Uansett vurderes forekomsten høyest i de største anstaltene, hvilket kan forklares ved at innsatte med behov for helsetjenester og ekstra oppfølging, gjerne overflyttes til større fengsler med større helsetjenestedekning.

Man antar at 1,5 – 2 % av befolkningen har en utviklingshemming, hvorav administrativ utviklingshemming (utviklingshemmede som er kjent av de kommunene tjenester) utgjør ¼ av disse. De fleste med lettgradig utviklingshemming er ikke selv klar over dette – heller ikke omgivelsene. Atferdsproblemer er ofte bakgrunn for henvisning, og som regel er det andre enn personen selv som kontakter helsetjenesten.

Vår kunnskap om forekomsten av psykisk utviklingshemming i fengsel har inntil nylig vært begrenset til internasjonale undersøkelser. Felles for disse er at de viser en forhøyet forekomst i forhold til tilsvarende undersøkelser i befolkningen for øvrig. Resultatet av de ulike undersøkelser varierer imidlertid sterkt – fra 5 % (Lyall et al 1995) til 28,8 % (Murphy et al 2000).

Den første norske undersøkelsen av forekomst og psykososiale forhold hos innsatte med store eller omfattende lærevansker i norske fengsler ble foretatt av PhD-stipendiat Erik Søndena (2007). Begrepet store eller omfattende lærevansker er i undersøkelsen definert som IQ-verdi under 70. Undersøkelsen omfattet 143 innsatte i til sammen 9 fengsler i kriminalomsorgen region nord, og baserte seg på standardiserte tester og intervju. Intervjuene tok for seg forhold som demografiske variabler, somatiske og sansesensoriske problemer, psykiske problemer, livshistorie og domshistorikk. Testing av evnenivået ble utført ved hjelp av norske versjoner av Hayes Ability Screening Index (HASI) og Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI).

Undersøkelsen anslår at i underkant av 10 % av deltakerne hadde en IQ under 70. Dette kan tale for at det er flere med generelle lærevansker innen fangepopulasjonen enn man hittil har antatt.

Det er viktig å påpeke at undersøkelsen til Søndena ikke gir et fullstendig bilde av forekomsten av lærevansker hos innsatte i norske fengsler. WASI som er benyttet i undersøkelse er en forkortet versjon av WAIS-III som er en mer omfattende og nyansert intelligensstest. Spesifikke kognitive utfall kan gi uforholdsmessige utslag på den forkortede versjon. Vi vet også at testen ikke er uavhengig av sosiokulturelle forhold og skolegang, og at innsatte kan ha falt tidlig ut av skolen av mange grunner. Det må i tillegg bemerkes at bare innsatte av norsk opprinnelse er inkludert i undersøkelsen, og at det derfor ikke er mulig å generalisere til den samlede fengselspopulasjonen.

Oppsummert kan vi imidlertid konkludere med at forekomsten av psykiske lidelser i innsattpopulasjonen er høy, og at den er betydelig høyere enn i befolkningen for øvrig. Høy andel personlighetsforstyrrelser og rusproblemer kompliserer dette bildet, og byr på særskilte utfordringer i straffegjennomføringen med henblikk på å legge til rette for god rehabilitering til samfunnet. Vi har begrensede kunnskaper om omfanget av den undergruppen av innsatte som i dag ikke kan nyttiggjøre seg de ordinære tilbud. At ulike yrkesgrupper har forskjellig oppfatning gjør det vanskelig å utarbeide gode estimater. Arbeidsgruppen har imidlertid gjennomført en enkel kartlegging med henblikk på å vurdere tilbud og dimensjoneringen av dette. Det vises i den forbindelse til kap. 9.

Det er imidlertid viktig å merke seg at i Hartvig & Østbergs undersøkelse (2004) oppgir fengselsbetjentgruppen at 2,8 % av innsatte med psykosemistanke med atferdsavvik burde ha vært i institusjon. For den psykiatriske spesialisthelsetjenesten, som har det mest moderate anslaget, er tilsvarende anslag 0,7 % av innsatte. Det vil si et faktisk tall mellom 25 - 98 innsatte innen fangepopulasjonen. Vi vet ikke hvilke atferdsavvik disse innsatte fremviser.

Disse representerer behov som krever oppfølging/behandling utover det en ressursavdeling er ment å skulle tilby.

4.2

Hvordan innsatte sikres nødvendig helsehjelp

Alle fengsler er tilknyttet fengselshelsetjeneste som gir primærhelsetjenester. Ansvaret for dette ligger hos den kommune hvor fengselet er lokalisert. Omfanget varierer fra fengsel til fengsel, avhengig av fengselets størrelse og målgruppe innsatte. Ansvaret for spesialisthelsetjenestene ligger hos helseforetaket der domfelte er folkeregistrert. I noen fengsler er det etablert polikliniske helsetjenester, spesielt innen psykiatri.

Noen retningslinjer for tjenesten:

- Kriminalomsorgen foretar innsamlingssamtale ved fengselsbetjent. I følge Lov om straffegjennomføring plikter kriminalomsorgen å legge til rette for at helsehjelp kan ytes, samt å formidle kontakt til helsepersonell.
- I følge siste nasjonale tilsyn med fengselshelsetjenesten i 2001 har alle fengselshelsetjenester et system med innsamlingssamtale ved sykepleier varierende fra innen 24 timer til innen en uke etter innkomst. Sykepleier formidler kontakt til lege ved behov.
- Primærlege tilbyr behandling og henviser til spesialisthelsetjenesten ved behov.
- Spesialisthelsetjenesten vurderer rett til helsehjelp, og tilbyr vurdering, utredning og behandling.
- Innsatte med behov for koordinerte tjenester har rett til individuell plan.
- De regionale helseforetakene har et "sørge for" –ansvar overfor innsatte med behov for spesialisthelsetjenester, herunder psykisk helsevern.
- Fra 31.12.07 skal det være utarbeidet en samarbeidsavtale mellom fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vedrørende psykisk helsevern til fengselsinnsatte.

Med hjemmel i helselovene, lov om straffegjennomføring, samt gjeldende avtaler, skal innsatte være sikret helsehjelp tilsvarende den øvrige befolkning. Dette innebærer blant annet at personer som er psykotisk ikke skal sitte i fengsel, men overføres til psykiatrisk døgnavdeling til behandling. I de tilfeller innsattes psykiske symptomer ikke gir grunnlag for innleggelse i psykiatrisk avdeling over tid, har kriminalomsorgen ansvaret for oppfølgingen av den innsatte i samarbeid med fengselshelsetjenesten og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten

Fra tid til annen ses medieoppslag om at alvorlig psykisk syke sitter i fengsel, og ikke får tilbud om innleggelse på psykiatrisk døgnavdeling. Det meldes også fra flere fengsler at psykisk helsevern ikke yter tilstrekkelige tjenester til innsatte med psykiske lidelser. Pålegget om utarbeidelse av samarbeidsavtaler med de regionale helseforetakene vedrørende psykisk helsevern, er ment å sikre denne tjenesten. Disse avtalene er ifølge Helsedirektoratet fortsatt ikke utarbeidet alle steder. Vi kan følgelig ikke vite sikkert at tjenesten er sikret for alle innsatte i alle landets fengsler. En utfordring som også Hartvig & Østbergs undersøkelse (2004) illustrerte, er at det er forskjellig oppfatning av hva som er behandlingsskrevende psykisk lidelse. Lov om psykisk helsevern og de diagnostiske kriterier danner bakgrunn for

psykiatriens forståelse. Dette kan avvike fra den allmenne oppfatning. Tilsvarende kan også den allmenne forventning til hva psykisk helsevern bør ta ansvar for, avvike fra hva som er definert ansvarsområde innen lover og retningslinjer. Det har hendt at helsetjenesten og kriminalomsorg har vært splittet i sin oppfatning av den innsattes behov, og i enkelte tilfeller har dette skapt til dels alvorlige samarbeidsproblemer. Likevel må det understrekes at helsetjeneste og kriminalomsorg i de fleste tilfeller får til et godt samarbeid, og sammen håndterer særdeles kompliserte problemstillinger.

4.3

Informasjonsutveksling

Det følger av straffegjennomføringsloven (strgfl.) § 7 at forvaltningsloven gjelder på straffegjennomføringsens område med visse unntak. Unntakene er positivt oppramset i bestemmelsen. I bestemmelsens bokstav h) står det at *"[e]nhver som gjør tjeneste i kriminalomsorgen har taushetsplikt om det vedkommende i forbindelse med tjenesten får vite om sikkerhetsmessige forhold i fengslene"*. Taushetsplikt om innsattes personlige forhold reguleres ikke av straffegjennomføringsloven, og forvaltningslovens regler kommer derfor til anvendelse. Forvaltningsloven (fvl.) § 13 første ledd 1) hjemler at *"[e]nhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om: 1) noens personlige forhold (...)"*. Ansatte i kriminalomsorgen har taushetsplikt vedrørende personlige forhold om de innsatte, jfr. forvaltningsloven § 13 første ledd 1.

Som beskrevet i rapportens punkt 4.5 ytes helsetjenestene i kriminalomsorgen av de offentlige etatene som ellers har ansvaret for dette i samfunnet, og innsatte har de samme rettighetene som befolkningen for øvrig. I norske fengsler har man som regel en helseavdeling fysisk integrert i fengslene. Helsepersonell skal etter helsepersonelloven § 21 *"(...)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."*

Straffegjennomføringsloven hadde inntil november 2007 ingen regler som påla andre offentlige etater rett eller plikt til å gi kriminalomsorgen opplysninger uten hinder av taushetsplikten. På dette området var det forvaltningslovens regler, og regler i annen lov om rett eller plikt til å gi opplysninger, som gjaldt.

I Ot.prp. nr. 15 (2006-2007) foreslo departementet å innta en tilføyelse i strgfl. § 7 annet ledd, som gir kriminalomsorgen hjemmel til å innhente opplysninger som i utgangspunktet er taushetsbelagte. Formålet var å gi ansatte i kriminalomsorgen adgang til å innhente opplysninger dersom det er nødvendig for å kunne utføre sine gjøremål etter straffegjennomføringsloven.

Det første forslaget gikk majoriteten av høringsinstansene i mot, formuleringen ble kritisert for å være for vid. Departementet endret lovteksten, og foreslo da en ny bestemmelse - § 7a – som innsnevret adgangen fra det opprinnelige forslaget, i stedet for et nytt annet ledd.

Ordlyden i § 7a. ble som følger:

"Før det gis opplysninger som nevnt i annet ledd, skal det søkes å oppnå medvirkning eller samtykke fra den opplysningene direkte gjelder."

Uten hinder av taushetsplikten har kriminalomsorgen rett til å innhente opplysninger fra:

- a. Folkeregisteret; opplysninger om innsattes navn, fødselsnummer, fødested, bopel og statsborgerskap.*
- c. Helsepersonell i helsetjenesten; opplysninger som nevnt i bokstav b, samt opplysninger som er strengt nødvendige for å avverge fare for liv og helse for den innsatte selv, andre innsatte og tilsatte (...)*

Bestemmelsen gjelder for både varetekts- og domsinnsatte, jfr. strgf. § 52.

Helseopplysninger er regulert i bestemmelsens bokstav c). Bestemmelsen oppstiller strenge vilkår, og adgangen for kriminalomsorgen til å få opplysninger av denne karakter er etter ordlyden snever. De taushetsbelagte opplysningene må være strengt nødvendig for å avverge fare for liv og helse, enten for den innsatte selv, ansatte eller andre innsatte.

Det fremgår av forarbeidene (Ot.prp. nr. 15 (2006-2007)) at Justisdepartementet har lagt til grunn at begrepet "helsepersonell" skal forstås på samme måte som i helsepersonelloven § 3.

Bestemmelsen gir ikke kriminalomsorgen i en gitt situasjon rett til å innhente enhver helseopplysning registrert på vedkommende, det må konkretiseres så langt som mulig hva slags opplysninger som ønskes. Helsepersonell i helsetjenesten har et ansvar for at taushetsbelagt informasjon ikke blir videreformidlet i et større omfang enn nødvendig.

Forarbeidene gir noen eksempler på situasjoner hvor kriminalomsorgen kan ha et behov for helseopplysninger: forhindre overdosedødsfall, selvmord og smittespredning. Psykiske lidelser blir og nevnt som et område hvor det kan oppstå et behov for informasjonsutveksling mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten. Hensynet til sikkerheten for andre innsatte eller i fengselet for øvrig blir også trukket frem.

Oppregningen er ikke uttømmende.

Sterke personvern hensyn er lagt til grunn for ovennevnte reguleringer, hvilket både er riktig og viktig. De vil imidlertid representere noen utfordringer for den daglige tverrfaglige samhandlingen i ressursavdelingene, for så vidt som man i stor grad vil måtte basere informasjonsutvekslingen på tidsbestemte og konkrete samtykker. Fraværet av slike samtykker, eksempelvis i forbindelse med tvangsoverførte innsatte med dyssosiale personlighetsforstyrrelser, vil kunne øke innsattes manipuleringsmuligheter med splitting av personalet som resultat. utfordringen for avdelingene blir å finne løsninger for hvordan man ivaretar et nødvendig behov for informasjonsutveksling innenfor lovens rammer.

4.4

Overføring av innsatte til psykiatrisk sykehus

Som det er redegjort for foran (4.2 om hvordan innsatte sikres nødvendig helsehjelp) anvender man her i landet det såkalte "import prinsippet". Det vil si at innsatte betjenes av den generelle helsetjenesten (primærhelsetjeneste som kommunene har ansvaret for og spesialisthelsetjeneste som helseforetakene har ansvaret for). Dette innebærer at den vanlige psykiatriske

spesialisthelsetjenesten betjener de innsatte når det gjelder behov for undersøkelse og vurdering, samt behov for behandling både poliklinisk og i døgninstitusjon. Poliklinisk skjer dette enten ved fremstilling ved poliklinikk ved et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) eller ved at fagpersoner derfra har konsultasjoner i kriminalomsorgens institusjoner. Ved behov for undersøkelse og vurdering eller behandling i psykiatrisk døgninstitusjon, vil det bli spørsmål om overføring av den innsatte til psykiatrisk sykehus. Døgnopphold i forbindelse med sengeplasser ved DPS vil vanligvis være uaktuelt på grunn av sikkerhetsmessige forhold som vil måtte kreves av etterforsknings- og/eller straffegjennomføringsmessige hensyn.

Tilstander som innebærer behov for overføring til / innleggelse i psykiatriske sykehus vil vanligvis være

- aktive psykoser / alvorlige sinnslidelser
- suicidfare
- behov for utredning, spesielt i gråsonen psykose - personlighetsforstyrrelse

Utviklingen innen allmennpsykiatrien, også gjennom de tiltak som har vært gjennomført i forbindelse med "Opptrappingsplanen for psykiatri" (både voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri), har gått i en retning som i mindre grad ivaretar behov knyttet til innleggelse av doms- og varetektsinnsatte. Dette har medført en nedbygging av den type døgnplasser som kan være aktuelle for denne målgruppen. (Statistisk sentralbyrå 2009, Sigurjónsdóttir, 2009a, Kolbjørnsrud et al, 2009, Bergerud et al, 2009).

Utviklingen når det gjelder antall døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien har virket i samme retning (Kjelsberg & Hartvig, 2005, Kjelsberg & Sandli, 2009, Sigurjónsdóttir, 2009b). I løpet av 2008/2009 er antallet døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien ytterligere redusert, noe som lett kan innebære at det blir vanskeligere og tar lengre tid å få innlagt pasienter fra fengslene, særlig når det ut fra etterforsknings- og/eller straffegjennomføringsmessige hensyn er nødvendig med slike spesialinstitusjoner som det de sikkerhetspsykiatriske avdelinger representerer. Dette vil blant annet være aktuelt i forbindelse med akutte psykotiske tilstander og tilstander hvor det foreligger suicidfare, samt ved klinisk vanskelige og uklare tilstander hvor det er behov for mer utførlige utredninger enn det som kan gjennomføres poliklinisk eller i allmennpsykiatriske døgnavdelinger (blant annet ved behov for "second opinion").

For pasienter som kommer fra fengslene er det i mange tilfeller behov for opphold ut over den tiden som trengs til å håndtere en kriseintervensjon. Dette gjelder både ved behov for utredninger / vurderinger og ved behandlingsbehov. Dobbeltdiagnose i form av psykisk lidelse og rusmisbruk er trolig mer utbredd hos pasienter fra fengslene enn det som er vanlig i allmennpsykiatrien. I mange behandlingseheter vil ikke aktivt rusmisbruk kunne tolereres og vil føre til utskrivning. Overføringer til intermediaærenheter (videreførings enheter) eller til rehabiliterings enheter av pasienter fra fengsler vil også ofte kunne være problematisk av sikkerhetsmessige grunner. Døgnplasser på lukkede langtidsposter og forsterkede psykoseposter (også for pasienter med dobbelt diagnose) er blitt færre innen allmennpsykiatrien de siste ti år. Pasientene vil derfor ofte måtte tilbakeføres til fengsel, ikke sjelden på grunn av betingelser som kriminalomsorgen eller politiet setter av sikkerhetsmessige grunner. I allmennpsykiatrien er behandling i slike enheter vanligvis også basert på frivillighet, noe som ofte kan skape problemer da etterforsknings- og/eller straffegjennomføringsmessige forhold lett vil kunne komme i strid med frivilligheten. For raske tilbakeføringer til fengsel synes altfor ofte å bli konsekvensene av disse forhold.

For de innsatte som ikke har psykotiske sykdommer vil behandling (i henhold til bestemmelsene i psykisk helsevernlov) vanligvis kun kunne gis under frivillig psykisk helsevern. Dette kan bli problematisk ved ureglementerte avvik fra behandlingen (for eksempel rusing, rømning). Bruk av døgnplasser på sykehus for pasienter som ikke har psykotiske lidelser er heller ikke i samsvar med at disse plassene vanligvis er prioritert for pasienter som trenger behandling i sykehus på grunn av sin psykotiske tilstand. For pasienter med andre psykiske (ikke psykotiske) lidelser gis behandlingen som regel i poliklinikk.

Når en psykotisk tilstand er stabilisert eller under kontroll, vil en i akuttpsykiatrien ofte videreføre pasienten fra døgnavdeling til poliklinisk behandlingsopplegg (gjærne nærmest mulig hjemstedet). For innsatte vil dette gjerne bety tilbakeføring til institusjon under kriminalomsorgen.

Det er stor mangel på behandlingsplasser i allmennpsykiatrien for personer med kombinert rusmisbruk og personlighetsforstyrrelser. Det er derfor lite hjelp å få her for pasienter fra fengslene.

Som nevnt ovenfor gjør også reduksjonen av døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien at behovet for vurderinger og "second opinion" for mange diagnostisk "vanskelige" pasienter blir vanskeligere å få til og ofte ikke er mulig å få imøtekommet.

4.5

Forvaltningssamarbeidet for øvrig

Forvaltningssamarbeidet i straffegjennomføringssammenheng er et vidtrekkende samarbeid mellom den domfelte selv, kriminalomsorgen og øvrige offentlige etater.

Straffegjennomføringsloven § 4 hjemler kriminalomsorgens plikt til å legge til rette for at innsatte skal få de tjenester øvrig lovgivning gir de krav på. I kraft av de begrensninger som følger av frihetsberøvelsen, har man funnet det naturlig og nødvendig å gi kriminalomsorgen et ansvar i denne sammenheng.

St.meld. nr. 37 (2007-2008) fokuserer i stor grad på forvaltningssamarbeidet, og beskriver hvor viktig dette arbeidet er for en vellykket tilbakeføring til samfunnet. Stortingsmeldingen lanserer begrepet "tilbakeføringsgaranti," som er uttrykk for sammenhengen mellom kriminal- og velferdspolitik. Det er ingen garanti i juridisk forstand, men et begrep inneholdende den forpliktelse kriminalomsorgen har til å tilrettelegge for at de innsatte får realisert sine rettigheter. En rekke rundskriv og lokale avtaler regulerer samarbeidet mellom Kriminalomsorgen og aktuelle etater. Like fullt er det knyttet problemer til gjennomføringen, derav også denne økte oppmerksomheten rundt viktigheten av en vellykket tilbakeføring.

Importerte tjenester:

Helsetjenester, sosiale tjenester, opplæring, arbeidsmarkedstiltak og kulturtilbud ytes av de offentlige etatene som ellers har ansvaret for dette i samfunnet. Innsatte har de samme rettighetene som befolkningen for øvrig.

Opplæring:

Utdanningsnivået blant innsatte i Norge er generelt sett lavt. Fire av ti har ungdomskolen som lengste fullførte utdanning, og det er antatt at ca. 10 % har store lærevansker. Det har siden 2005 vært økt satsing på opplæring i kriminalomsorgen, og det er nå tilnærmet et skoletilbud i

alle norske fengsler. Opplæringsloven regulerer retten til skolegang, og innsatte har etter ulike vilkår krav på både grunnskole- og videregående opplæring. Som nevnt ovenfor er dette en importert tjeneste, hvilket innebærer at det er en lokal videregående skole som er ansvarlig for fengselsundervisningen i vedkommende fengsel.

Ca. 25 % av domfelte og innsatte gjennomfører en form for opplæring under straffegjennomføring. Det er i tillegg en økt bevissthet rundt samarbeid mellom arbeidsdrift og skole, da dette vil kunne gi bedre muligheter for yrkesrettet opplæring i fengslene. Forekomsten av lærevisninger innenfor ressursavdelingenes målgrupper må antas å være større enn i fangepopulasjonen for øvrig. Individuelt tilrettelagte skoletilbud, eventuelt med tilknytning til praktisk arbeid, vil derfor være svært viktig.

Sosiale tjenester:

Det er noe varierende hva de forskjellige fengslene har av ansatte med formell sosialfaglig kompetanse. Fengsler av noe størrelse har et relativt godt kompetansespenn – også innenfor dette området. For de mindre anstalter og flere åpne fengsler er situasjonen en ganske annen, for så vidt som de ikke disponerer egne sosialkonsulenter, men mottar faglig bistand fra nærliggende friomsorgskontorer.

Med utgangspunkt i et samarbeid mellom Husbanken og Kriminalomsorgen finansierer førstnevnte – ved bruk av prosjektmidler – en ordning med boligkonsulenter arbeidende inne i fengselet. Det fremkommer i St. meld. 37, nevnt ovenfor, at denne ordningen ønskes styrket. Arbeidet med å få ned mangelen på bolig ved løslatelse har vært prioritert de siste årene. I 2005 inngikk regjeringen og Kommunenes sentralforbund (KS) en avtale om å forebygge og bekjempe bostedløshet, og den nasjonale strategien "På vei til egen bolig" (2005-2007) har ført til etablering av nasjonale, regionale og lokale samarbeidsstrukturer. Dette er fulgt opp i en ny avtale omhandlende boligsosialt arbeid mellom regjeringen og KS som trådte i kraft 1. januar 2008. Disse avtalene gjelder bostedløshet i Norge generelt. Utfordringen for Kriminalomsorgen er å klare å benytte den økte satsingen på dette området til de innsattes fordel.

Det er et kommunalt ansvar å skaffe boliger til vanskeligstilte. Ca. 1/3 av de domfelte har ikke bolig ved innsettelse, og dette tallet øker til 2/3 ved løslatelse. Kommunene har etter sosialtjenesteloven. § 5-1 ikke plikt til å dekke domfeltes boligutgifter under straffegjennomføring i fengsel, da de under denne tiden har losji. Rundskriv I-11/2000 gir anvisning om at sosialtjenesten skal strekke seg langt for å hjelpe innsatte dømt til korte fengselsstraffer – definert til ca. 21 dager. Majoriteten vil ikke hjelpes av dette, hvilket stiller avgjørende krav til koordineringen mellom kriminalomsorg og sosialtjenesten. Det planlegges nå et nytt tiltak for å lette dette arbeidet, kalt servicetorg. Det skal opprettes møteplasser i fengslene hvor innsatte kan møte representanter fra de ulike etater og få direkte hjelp. Koordineringsarbeidet skal i tillegg styrkes ved at Kriminalomsorgen blir bedre organisert, får mer tilrettelagte lokaler og bedre bemanning, jfr. St.meld. 37.

Overføring av oppfølgingsarbeidet ved løslatelse – sosiale tjenester:

Det er domfeltes hjemkommune som er hovedansvarlig for at de opplegg som er avtalt vedrørende sosiale tjenester følges opp etter løslatelse. Et gjentakende problem er å få stadfestet hvilken kommune som faktisk er den ansvarlige. Utgangspunktet er at det er domfeltes oppholdskommune før innsettelse som er den ansvarlige kommune. En del domfelte soner i en annen kommune enn den de bodde i ved innsettelse, og bosetter seg i en annen kommune ved løslatelse. Dette vanskeliggjør samarbeidet mellom kriminalomsorgen og kommunene.

I den ovennevnte stortingsmeldingen – som nå er under oppfølging – foreslås det tiltak for å lette dette arbeidet. Det skal blant annet opprettes ulike økonomiske ordninger, f. eks. startlån, boligtilskudd og bostøtte, som kommunene skal benytte i sitt arbeid. For ressursavdelingsinnsatte er dette arbeidet av stor viktighet.

5. Målgruppebeskrivelse

5.1

Tilnærming og forslag til inndeling

Kriminalomsorgen er ansvarlig for en fangebefolkning bestående av en svært uensartet gruppe mennesker med ulike forutsetninger for å gjennomføre en frihetsberøvelse. Rettssikkerhet, livskvalitet og relevante utviklingsmuligheter er forhold som i så måte vil måtte vies stor oppmerksomhet. Et viktig innsatsområde er håndteringen av innsatte med psykiske lidelser. Det er i den forbindelse fastslått at personer med en alvorlig sinnslidelse ikke skal sitte i fengsel, men overføres til psykiatrisk døgnavdeling til behandling. Kriminalomsorgen har imidlertid et klart oppfølgingsansvar for de øvrige innsatte. Noen av disse har et særlig oppfølgingsbehov. I St.meld. nr. 37 pekes det på noen særlige grupper:

- *Personer med borderline-diagnose som har psykotiske gjennombrudd i fengselet, men som i et sykehus med et terapeutisk miljø klarer å kontrollere symptomene. Antallet er ikke veldig stort, men det er store problemer rundt hver enkelt.*
- *Personer med store personlighetsforstyrrelser som kan sette hele avdelingen "på hodet". Disse kan ofte være farlige for seg selv og andre og er meget ressurskrevende.*
- *Personer med lettgradig psykisk utviklingshemming.*

Ut fra erkjennelsen av at innsatte som er i behov av et slikt tilbud ofte vil ha sammensatte problemer, representerer ovennevnte oppregning en lite hensiktsmessig inndeling, så vel som en unødvendig begrensning. Målsettingen må være å nå de som krever oppfølging en ordinær fengselsavdeling ikke kan oppfylle – uavhengig av hvilke diagnostiske merkelapper som måtte hefte ved den enkelte. Arbeidsgruppen velger derfor å tolke oppregningen som eksempler.

I spørsmålet om hvorvidt man skal forholde seg til én eller flere ulike målgrupper, må det legges vekt på hvilke lidelser som kan plasseres sammen. Det synes i utgangspunktet åpenbart at sårbare innsatte ikke bør plasseres sammen med farlige og alvorlige personlighetsforstyrrede. I særlig grad vil innsatte med en psykisk utviklingshemming kunne være utsatt i en slik fangesammensetning.

En diagnostisert dyssosial personlighetsforstyrrelse utelukker imidlertid ikke andre psykiske lidelser, så som angst, depresjon, ADHD, lettgradig psykisk utviklingshemming, psykotiske lidelser med mer. Med andre ord, mange av de som oppleves som vanskelige har det også vanskelig og er dermed hjelpetrengende.

Utviklingshemmede med et funksjonsnivå som krever overføring til et slikt tilbud, vil i de aller fleste tilfeller ha sammensatte problemer. Det fremstår derfor som lite hensiktsmessig å satse

på separate tilbud for henholdsvis utviklingshemmede og innsatte med andre psykiske lidelser. For de utviklingshemmede vil dette i tillegg representere en stigmatiserende løsning. Norsk Forbund for Utviklingshemming (NFU) har da også uttrykt prinsipiell motstand mot segregering av denne gruppen.

Sammensatte lidelser innebærer med andre ord større kompleksitet med økte krav til behandlingstilnærming, hvilket byr på utfordringer i valg av målgruppeplassering. Spørsmålet om hvilken målgruppe man velger å plassere den enkelte i, må baseres på en individuell vurdering av den innsattes situasjon/atferd og sammensetningen i den aktuelle ressursavdeling.

Arbeidsgruppen understreker at avdelingen ikke må bli et venterom for innsatte som venter på plass i psykiatrien.

Ut fra ovennevnte har arbeidsgruppen valgt å forholde seg til to separate målgrupper, henholdsvis:

- Målgruppe 1: De særlig sårbare og hjelpetrequende
- Målgruppe 2: Farlige og alvorlige personlighetsforstyrrede

5.2

Målgruppe 1 - de særlig sårbare og hjelpetrequende

Av Fafo's levekårsundersøkelsen (Friestad & Hansen, 2004) fremgår det at innsattpopulasjonen er en marginalisert gruppe med problemer innen flere områder - psykisk så vel som somatisk. Det er høy andel av tidlig omsorgssvikt med påfølgende sårbarhet i nære relasjoner, og spesielt er rusproblematikk hyppig forekommende. Paradoksalt gjør disse forhold kanskje denne gruppen særlig sårbar for fengsling. Frihetsberøvelsen og fengselet som et repressivt system kan forsterke en følelse av avmektighet, sinne, lav selvtillit og håpløshet. Samtidig betyr fengsling brudd i nære relasjoner, og særlig i varetektstiden sosial isolasjon og stimulideprivasjon. Vanskelige følelser kan forsterkes av redusert mulighet for avledning eller sosial støtte. I de tilfeller det foreligger rusavhengighet, vil manglende tilgang på rusmidler også innebære manglende mulighet for å regulere følelser medikamentelt. Disse forholdene vil kunne medføre følelsesmessig overveldelse hos personer som fra før er sårbare med påfølgende regresjon, selvmordstanker, selvskading og eventuelt også grensepsykotiske symptomer. De fleste innsatte finner seg imidlertid etter hvert til rette under soningen, og får til et samarbeid med kontaktbetjent og eventuelt helsetjenesten om planlegging av løslatelse. En del påbegynner skolegang, og noen får tilbud om rusbehandling. Det er imidlertid en undergruppe av innsatte som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg de etablerte muligheter og som derfor er i behov for et eget tilbud. Denne målgruppen omfatter ulike psykiske lidelser – i stor grad knyttet til personer med til dels svært sammensatte problemer. Gruppen inndeles i denne sammenheng i:

- Utviklingshemmede
- Psykisk ustabile

Gruppen psykisk ustabilitet inkluderer også noen av de vi tradisjonelt har definert som vanskelige, men som åpenbart også er hjelpetrequende. Eksempler på dette kan være atferd som trusler, vold og hærverk - eller instrumentell selvskading hvor innsatte vurderer tidspunkt i forhold til hvem som er på jobb, og/eller i forhold til andre aktiviteter, med henblikk på å oppnå umiddelbare gevinster.

5.2.1

Utviklingshemmede

Mennesker med utviklingshemming kjennetegnes av stagnert eller mangelfullt utviklede evner og funksjonsnivå – knyttet til kognitive, motoriske, språklige og sosiale ferdigheter. Dette er personer som møter store utfordringer i håndteringen av flere av dagliglivets ulike aktiviteter. Omfanget av disse utfordringene avhenger av graden av det intellektuelle/kognitive handikap, så vel som av samfunnets holdninger og tjenester overfor denne gruppen.

Utviklingshemmede har ofte psykiske eller somatiske tilleggslidelser. Slike tilstander har store innvirkninger på det kliniske bildet og personens faktiske anvendelse av sine ferdigheter. Bildet vanskeliggjøres av at denne gruppen er særlig utsatt for diagnostisk overskygging, hvilket betyr at en diagnostisert utviklingshemming overskygger andre psykiske lidelser – eller omvendt. Forekomst av psykiske lidelser er minst 3 til 4 ganger større enn i befolkningen for øvrig.

Diagnose

Diagnosen beskriver personens intellektuelle og tilpasningsmessige nivå i forhold til befolkningen for øvrig, og har til hensikt å administrativt definere målgruppen. Selv om utviklingshemmingen katalogiseres som en psykisk lidelse, både i forhold til ICD-10 og DSM-IV-TR, representerer dette med andre ord ikke en bestemt sykdom.

En diagnostisert utviklingshemming krever (Statens helsetilsyn (1998) ICD-10, s. 346-7):

- a) intellektuelt/kognitivt prestasjon tilsvarende 69 IQ poeng eller lavere i en standardisert og normert intelligens-test
- b) en tilpasningsevne som tilsvarer to standardavvik under gjennomsnittet
- c) at denne tilstanden vises i løpet av utviklingsperioden, dvs. før personen fyller 18 år
- d) at vedkommende diagnostiseres av en erfaren kliniker.

Inndelingen etter ICD-10, som anvendes i Norge, er som følger:

- F 70 Lett utviklingshemming 50 – 69 IQ-poeng
- F 71 Moderat utviklingshemming 35-49 IQ-poeng
- F 72 Alvorlig utviklingshemming 20-34 IQ-poeng
- F 73 Dyp utviklingshemming under 20-IQ poeng

I strafferetten (Ot.prp. nr. 87 (1993 – 1994) s. 35; Ot.prp. nr. 46 (2000 – 2001) s. 48) forholder man seg imidlertid til en egen definisjon som både i begrepsbruk og avgrensning skiller seg fra ICD-10, med bruk av henholdsvis:

- Lettere psykisk utviklingshemmet 56 – 75 IQ-poeng
Gir retten mulighet til å ”sette ned straffen under det lavmål som er bestemt for handlingen og til en mildere straffart”, jfr. Straffeloven § 56c
- Psykisk utviklingshemmet i høy grad under 55 IQ-poeng
Personen anses strafferettslig utilregnelig og kan således ikke straffes, jfr. Straffeloven § 44. Vedkommende kan imidlertid idømmes en særreaksjon i form av *tvungen omsorg*.

Målgruppen for denne rapporten er F 70, lett utviklingshemming, som i ICD-10-systemet (Statens helsetilsyn, (2003) ICD-10, s. 225-6) beskrives slik:

De tilegner seg språk relativt sent og de fleste mestrer daglig tale. De kan delta i samtaler og klinisk intervju

De fleste oppnår full selvstendighet for egenomsorg (spising, vasking, påkledning, kontroll over tarm- og blærefunksjon, praktiske ferdigheter, huslige ferdigheter) selv om utviklingen skjer betydelig langsommere enn normalt. De største vanskene oppstår vanligvis sammen med teoretisk skolearbeid og mange har særlige problemer med å lese og skrive.

Personer som befinner seg på et høyere nivå av lett psykisk utviklingshemming (65-69 IQ-poeng og tilsvarende funksjonsevner) er i stand til å ha jobber som krever praktiske fremfor teoretiske evner, inkludert faglært eller delvis faglært manuelt arbeid.

I en sosiokulturell sammenheng som krever liten teoretisk kunnskap, er et visst nivå av lettere psykisk utviklingshemming ikke nødvendigvis et problem i seg selv, men hvis det foreligger en merkbar følelsesmessig og sosial umodenhet, vil handikappet ha konsekvenser som manglende evne til å håndtere krav som følger med ekteskap/samboerskap, barneoppdragelse, eller vansker med å tilpasse seg kulturelle tradisjoner og forventninger.

Vanligvis er de atferdsmessige, følelsesmessige og sosiale problemene som oppstår hos mennesker med lett psykisk utviklingshemming nærmere beslektet med problemene hos individer med normal intelligens enn med de spesielle problemene hos mennesker med moderat, alvorlig og dyp psykisk utviklingshemming. Det samme gjelder det behov for behandling og støtte disse problemene skaper. En organisk etiologi blir observert hos et økende antall men ikke hos flertallet.

Sammenheng mellom atferdsproblemer og psykiske lidelser

En undersøkelse (Myrbakk, 2008) av 140 personer med administrativ (kjent) utviklingshemming viste en forekomst av utfordrende atferd tilsvarende 10 – 20 % av gruppen. Hyppigst forekommende var raseriutbrudd, aggressivitet og raske humørsvingninger.

Samme undersøkelse viste en klar sammenheng mellom omfanget av atferdsproblemer og forekomsten av psykiske lidelser. Psykose og depresjon forekom oftest hos lettgradig utviklingshemmede, hvilket ikke er så overraskende all den tid de må være i stand til å uttrykke sine tanker og følelser. Angst synes derimot jevnt fordelt mellom lettere og alvorligere grad av psykisk utviklingshemming.

Den vanligste ikke-diagnostiserte lidelse hos utviklingshemmede synes ikke å være psykose, men angst. Man antar i tillegg at det nettopp er angst som utløser aggresjon.

Problemstillinger knyttet til den utviklingshemmedes kontakt med strafferettssystemet

Arbeidsgruppen finner det viktig å bruke noe spalteplass på forhold som ligger forut for den utviklingshemmedes kontakt med kriminalomsorgen, ettersom dette vil kunne øke forståelsen for innsattes situasjon under varetekt og senere soning. Noen av problemstillingene vil også være gjeldende for sammenlignbare situasjoner under fengselsoppholdet.

Utviklingshemmede og kriminalitet

Redusert situasjons- og språkforståelse, problemer med erfaringsoverføring, med sosiale relasjoner og økonomisk styring, samt vansker med å forstå konsekvensene av hva de gjør eller

sier, bidrar til at denne gruppen er særlig utsatt for å komme i kontakt med straffeloven - enten som ofre og/eller som utøvere av kriminelle handlinger.

Dette er en gruppe som utvilsomt har en økt risiko for å bli utnyttet, mishandlet eller seksuelt misbrukt.

Som utøvere betraktet, representerer de en forhøyet risiko for å kunne bli utnyttet av andre kriminelle uten at de forstår sin deltakelse i, så vel som konsekvensen av, sine kriminelle handlinger. Slike "samtykker" til å delta i eller bistå med kriminell aktivitet kan ofte være motivert ut fra behovet for aksept og tilhørighet - en følelse at de er "en del av gjengen".

Utviklingshemmede som begår kriminalitet

Måling av kriminalitet innenfor denne gruppen er forbundet med store vansker ettersom:

- Mange av de som begår lovbrudd ikke er diagnostisert
- Det hersker en ekstremt stor toleranse for lovbrudd før dette anmeldes, hvilket skyldes stor usikkerhet i forhold til håndtering av lovbrudd innen omsorgstjenesten. Handlingene defineres ofte som utfordrende atferd som følge av at den utviklingshemmede selv ikke forstår at det dreier seg om et lovbrudd.
- Begrensinger i kriminalstatistikken.

Kriminalitetsmønster

Studier av selekterte grupper viser en overrepresentasjon av brannstiftelse, vold og seksualforbrytelser. Det er imidlertid ikke grunnlag for å anta at dette er et generelt trekk ved utviklingshemmede. Undersøkelse i kriminalomsorgen region nord (Søndena 2007) viser at denne gruppen har samme kriminalitetsmønster som andre innsatte, dog med mindre omfang av narkotikakriminalitet.

Utviklingshemmedes kontakt med politiet og rettsapparatet

Mange oppfatter ikke fullt ut hva som skjer ved en pågrepelse, hvilket kan føre til panikkreaksjoner hvor vedkommende forsøker å stikke av eller setter seg fysisk til motverge. Resultatet vil kunne være en voldstiltale, noe som vil kunne få konsekvenser for straffutmålingen, så vel som for risikovurderingen av vedkommendes progresjon innen kriminalomsorgen.

Utviklingshemmede er lett manipulerbare, skjønner ikke alltid konsekvensene av hva de forteller og tilstår ofte ting de ikke har gjort. Risikoen for dette øker i stressede situasjoner, noe som ofte er tilfelle ved pågripelser og i avhør. Kombinasjonen av redusert situasjons- og språkforståelse, og det forhold at strafferettsaktørene i mange tilfeller ikke har kjennskap til vedkommendes funksjonsnivå, representerer et rettssikkerhetsproblem. Undersøkelser viser at utviklingshemmede gjøres til gjenstand for strengere straffutmåling for samme forbrytelse enn hva som er tilfelle for andre straffedømte. (Laski, 1995). Det sitter innsatte i fengsel som ikke forstår hvorfor de er dømt – enkelte som faktisk ikke forstår at de er dømt.

Utviklingshemmedes kontakt med kriminalomsorgen

Forekomst

Søndenaas undersøkelse kan tale for at det er flere med generelle lærevansker innen fangepopulasjonen enn man hittil har antatt.

Når man i det daglige ikke har en slik opplevelse, synes det å henge sammen med at:

- De aller fleste ikke er diagnostisert
- Kriminalomsorgen ikke har kompetanse og relevant verktøy til å identifisere disse. Søndenaas opplevde at mange fengselsbetjenter hadde relativt treffsikre vurderinger av hvilke innsatte som hadde lærevansker. Disse ble imidlertid ikke oppfattet som utviklingshemmede av de samme betjentene, hvilket kan skyldes at kriminalomsorgens tilsatte, som de fleste andre, har en stereotyp forestilling av utviklingshemmede.
- Mange tilsynelatende har et uproblematisk soningsopphold som følge av sitt funksjonsnivå og/eller fordi de klarer å skjule sine problemer
- Svært mange gjennomfører korte dommer.

Det er uklart hva en slik overrepresentasjon skyldes:

- Begår de flere lovbrudd, eller har de lettere for å bli tatt?
- Avhørssituasjonen og rettsapparatet kan være en utfordring for så vidt som utviklingshemmede er lett manipulerbare og ofte ikke forstår konsekvensen av hva de forteller.
- Undersøkelser viser at utviklingshemmede gjøres til gjenstand for strengere straffutmåling for samme forbrytelse enn hva som er tilfelle for andre straffedømte. (Laski, 1995). Søndenaas undersøkelse fastslår at de sitter lengre i fengsel enn andre for samme forbrytelse

Psykososiale forhold

Søndenaas undersøkelse viste at innsatte med store lærevansker var lavere utdannet, oftere rettspsykiatrisk undersøkt og oftere dømt for flere lovbrudd. Undersøkelsen viste i tillegg at de i mindre grad enn sine medinnsatte benytter seg av fengselets ulike tilbud, så som kontaktbetjent, undervisning eller programvirksomhet. Det kan være grunn til å anta at denne passiviteten i noen grad er motivert ut fra frykt for å avsløre sine lærevansker. Av den grunn kan de lett oppfattes som vrang og negative. De er også mindre aktive i forhold knyttet til ivaretagelse av egne rettigheter, bruk av ankemuligheter og så videre. Sammen kan dette bidra til forlengelse av fengselsoppholdet. Søndenaas undersøkelse bekrefter da også at innsatte med store lærevansker sjeldnere tilstås prøveløslatelse og soner lengre enn sine medinnsatte for samme type forhold.

Dette er imidlertid en svært sammensatt gruppe med sammensatte problemer og ulik funksjonsgrad. Annekset på Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt, som har et tilbud til de som fungerer dårligst, opplyser at denne gruppen kjennetegnes av innsatte med store lærevansker, angst og dårlig sosial kompetanse. Flere har vært utsatt for mobbing og trakassering. Det er imidlertid ikke grunnlag for å hevde at forhold som mobbing og trakassering er et generelt problem for innsatte med psykisk utviklingshemming i norske fengsler.

Uklare ansvarsforhold

Utviklingshemmedes kontakt med kriminalitet berører ikke bare strafferettssystemet og tilhørende etater, men også en rekke andre instanser. Problemet er at de ulike instanser sjelden samarbeider – det være seg i enkeltsaker eller på systemnivå. Resultatet er manglende kunnskaps- og tiltaksoverføring mellom instansene, hvilket innebærer at koordinering av tjenester uteblir. (Eknes & Løkke, 2000, s 265-283). Kriminalomsorgen har erfart at etablering av tiltak i regi av andre instanser i etterkant av en fengselsstraff kan være uhyre vanskelig.

5.2.2

Psykisk utstabile

Denne gruppen kan inndeles i

- Innsatte som har psykotiske gjennombrudd i fengsel, men som oppnår rask bedring ved innleggelse på psykiatrisk avdeling.
- Innsatte som er suicid- og/eller selvskadingstruet
- Innsatte med paranoid beredskap som er til fare for andre
- Innsatte som isolerer seg over tid med påfølgende gradvis dårligere psykisk helse.

Mange innsatte vil falle under flere av underpunktene.

Innsatte som har psykotiske gjennombrudd i fengsel, men som oppnår rask bedring ved innleggelse på psykiatrisk avdeling.

Innsatte som har psykotiske gjennombrudd i fengsel bør innlegges psykiatrisk avdeling, om ikke vedkommende samarbeider om medikasjon, og raskt oppnår bedring i fengselet. Blir innsatte raskt bedre på psykiatrisk avdeling og følgelig tilbakeføres fengselet, er det viktig at fengslet og helseavdelingen tilbyr miljøbetingelser og behandling som hindre tilbakefall. Det forutsettes at den psykotiske episoden ikke har bakgrunn i en psykotisk grunnlidelse, men snarere skyldes lav psykoseterskel med bakgrunn i for eksempel rusmisbruk og tidligere opplevde traumer i kombinasjon med stimulideprivasjon, sosial isolasjon eller andre forhold.

Innsatte som er suicid- og/eller selvskadingstruet

Suicidalitet hos innsatte kan enten være av eksistensiell karakter eller betinget av en psykisk lidelse, ofte kan det dreie seg om en kombinasjon av begge. Hvis suicidalitet har sin bakgrunn i en alvorlig psykisk lidelse, vil innleggelse på psykiatrisk avdeling være aktuelt. Eksistensielt betinget suicidalitet vil måtte innebære at det settes inn tiltak som endrer på de forhold som gjør at pasienten ikke ønsker å leve lengre. Kontakt med pårørende, samtale med prest, innsattes advokat, betjenter, helsepersonell og andre innsatte vil ofte kunne være til hjelp. Uansett vil den innsatte måtte ivaretas med ekstra oppfølging og tilsyn. I de fleste tilfeller utløses eksistensielt betinget suicidalitet av en krise som følge av innsettelsen med tap av anseelse, tap av selvaktelse og brudd i nære relasjoner, men kan også oppstå i forbindelse med andre forhold som domsavsigelse eller ved sykdom eller død hos betydningsfulle andre.

Selvskading kan ha ulik funksjon for ulike personer, og det forekommer ofte, men ikke utelukkende, i kombinasjon med ustabile personlighetstrekk eller ustabil personlighetsforstyrrelse (Statens helsetilsyn, 2001; Zlotnick et al, 1999; Jacobson et al, 2008). Å skade seg selv for å takle vanskelige følelser er den klart hyppigst forekommende motivasjonen for selvskading. Personer kan påføre egen kropp fysisk smerte for å avlede psykisk smerte, eller for å takle følelsesmessig tomhet, straffe seg selv eller påvirke andre (Klonsky, 2007). Selvskading forekommer også hos pasienter med psykisk utviklingshemning. Selvskading kan være betinget av psykotiske forestillinger, for eksempel ved imperative hørselshallusinasjoner. I disse tilfeller vil innleggelse på psykiatrisk avdeling være aktuelt. Derimot er selvskading hvor motivasjonen er å takle eller redusere emosjonell smerte, straffe eller påvirke andre, i seg selv ingen indikasjon for innleggelse i psykiatrisk avdeling. Innleggelse kan tvert om forverre prognosen (Fonagy & Bateman, 2006). Det har i lang tid vært internasjonal konsensus blant eksperter om at man bør forsøke å unngå innleggelser så langt det er mulig (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det er uhenksom å forsterke pasientens eventuelle håp om at innleggelse vil medføre annet enn en kortvarig pause fra problemene (Walby & Ness, 2009).

Innsatte med paranoid beredskap som er til fare for andre

Innsatte med paranoid beredskap kan ha dette som en del av en alvorlig sinnslidelse, og må i så fall behandles på psykiatrisk avdeling. Dersom et høyt paranoid beredskap har bakgrunn i en personlighetsmessig konstitusjon eller er en konsekvens av et situasjonsbetinget beredskap for eksempel som følge av den innsattes forhold til det kriminelle miljø, kan innsatte ha behov for å skjermes fra den generelle innsattpopulasjonen. Økt forutsigbarhet, tydelighet og trygghet fra ansatte vil være viktig.

Innsatte som isolerer seg over tid med påfølgende gradvis dårligere psykisk helse.

At innsatte isolerer seg over tid og gradvis får dårligere psykisk helse, kan skyldes mange forhold. I de fleste tilfeller vil det være mulig å motivere innsatte til aktiviteter som er tilrettelagt for dem innen det ordinære soningstilbud. Imidlertid kan det være innsatte med sterk sosial angst som vegrer seg for å oppholde seg sammen med andre, eller psykisk utviklingshemmede som ikke forstår omgivelsenes forventninger, og derfor føler seg så vidt utrygge sammen med andre innsatte at det ikke lykkes å bryte isolasjonen på en vanlig avdeling.

Utfordringer for kriminalomsorgen

Målgruppebeskrivelsens fire underpunkter av problemområder har vist seg særlig vanskelig for kriminalomsorgen å håndtere. I en fengselssetting kan det oppstå onde sirkler i samspillet med den innsatte. Ved selvmordsfare, selvskading eller utagering kan kriminalomsorgen føle seg tvunget til å utøve stadig større grad av kontroll over den innsatte, og isolere han/henne fra andre innsatte og fra skadelige situasjoner og gjenstander. Isolasjon kan lede til dårligere psykisk helse for den innsatte, som i sin tur kan øke selvskading og utagering, hvilket igjen kan medføre tiltak med økt kontroll og isolasjon. Denne sirkelen kan gi personalet en avmaktfølelse, som medfører stor slitasje på enkeltpersoner og arbeidsmiljøet. Slitasjen kan resultere i sykemeldinger og samarbeidsvansker innad i personalgruppen og/eller mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen. Avmakt og splittelse av personalet og uenighet mellom kriminalomsorg og helsetjenesten innebærer mindre overskudd til å hjelpe den innsatte til å finne andre måter å hanskles med sin situasjon på. Problemene øker når personalet ikke er samkjørte, men gir motstridende signaler til den innsatte. Splittelsen mellom personalet vil ofte dreie seg om hvordan man forstår problemet. Noen vil forstå det mest i retning av psykisk lidelse, andre mer i retning av instrumentelt målrettede handlinger for å oppnå goder. Den innsatte vil da oppleve et klima av henholdsvis medfølelse og avvisning. Ikke sjeldent løftes disse sakene til mediene, og opp på et politisk nivå.

Selv mord i fengsel

Selv mord defineres av verdens helseorganisasjon (WHO) som: "Selv mord er en handling med dødelig utgang avdøde med viten og forventning om et dødelig utfall selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandringer". En enklere og mer presis definisjon er: "Selv mord er en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skaden fører til døden" (Ekeberg, 2001).

I Norge har forskning og fokus på selvmordsproblematikk blitt intensivert de siste årene bl.a. gjennom opprettelse av kompetansesentre. Helsedirektoratet har utarbeidet veileder i vurdering og forebygging av selvmord, og flere sykehus har opprettet egne stillinger for selvmordsforebygging. Kriminalomsorgen har gjennom flere år hatt fokus på forbygging gjennom forskning ved Kriminalomsorgens utdanningscenter, og kompetanseheving hos tjenestemenn. Temaet adresseres systematisk ved mottakssamtaler med betjenter ved innsettelsen.

Selv mord er assosiert med flere risikofaktorer. Flere av disse er de facto tilstede ved innsettelse i fengsel som brudd i nære relasjoner, tap av anseelse og tap av selvaktelse. Psykisk lidelse - og da særlig depresjon - er en risikofaktor for selvmord og er overrepresentert i innsattpopulasjonen. Likevel må det understrekes at tilstedeværelsen av risikofaktorer ikke nødvendigvis betyr at en person er suicidal, så vel som at fravær av risikofaktorer heller ikke er noen garanti for at en person ikke kan ta sitt liv. En undersøkelse av alle selvmord begått i fengsler i England og Wales i 1999 til 2000, viste tilsvarende risikofaktorer for innsatte som den øvrige befolkningen. Undersøkelsen bekreftet tidligere undersøkelser som påviste at risikoen for selvmord er størst rett etter innsettelse og minker etter noen uker. I undersøkelsen fant man at særlig reinnsettelse er forbundet med forhøyet risiko. Utskrivelse fra sykehus til fengsel synes også å representere et kritisk tidspunkt. Dette samsvarer med det man finner ved selvmord i den øvrige befolkningen. Strangulering var som i andre undersøkelser den hyppigste selvmordsmetoden. For øvrig viste undersøkelsen at sosial tilpasning, gode relasjoner til medinnsatte og ansatte kan være en beskyttende faktor (Shaw et al. 2003).

Selvskading

Det er vanskelig å skille mellom selvmordsforsøk og selvskading. Intensjonen med selvskading vil her være sentral, men er ofte vag og vanskelig å forstå klart både for personen selv og omgivelsene. Selvskading kan forstås som stemnings- og/eller samspillregulerende forsøk, uten suicidal intensjon (Øverland, 2006). Undersøkelser har vist at personer som driver med vanemessig eller impulsiv selvskading har økt risiko for selvmord (Linehan, 1993). Forholdet mellom selvskading og selvmordsforsøk er komplisert, på den ene siden vet man at de fleste som skader seg selv ikke gjør det i suicidal hensikt. På den annen side viser det seg at de som begår selvmord, oftere har skadet seg selv tidligere enn andre.

Winickel og Stanley (1991) har påpekt at selvskading er kontekstuel, og har vist at innsatte i fengsler hadde en betydelig annen selvskading enn personer utenfor fengsel. For fengselsinnsatte kan regulering av vanskelige følelser ved selvskading ha sammenheng med begrensning i mulighet for avledning, tilgang til rusmidler eller sosial kontakt med betydningsfulle andre. Å være fengslet gir mindre påvirkningsmuligheter på egen livssituasjon og en kan anta at selvskading kan ha som hensikt bevisst eller ubevisst å påvirke eller straffe andre. Høy forekomst av dyssosial personlighetsforstyrrelse med høyere grad av instrumentell relasjonsstil vil kunne bety økt forekomst av selvskading motivert av et ønske om å påvirke andre.

Menn og kvinner som aldri før har selvskadet kan begynne å eksperimentere med denne atferden når de blir innsatt. Selvskading kan være et redskap til å overleve innen fengselskulturen, idet selvskading kan lede til overflytting fra den generelle fengselspopulasjonen til mer beskyttede avdelinger eller sykehus. Eller ved å skade seg selv kan personen fremstå som så pass "gal" at andre innsatte lar han/henne være i fred. Det er heller ikke ukjent at selvskading kan være et argument for at en varetektsinnsatt lider unødig overlast, og dermed bør løslates. Selvskading forekommer ikke sjeldent som en del av en appell om benzodiazepiner. Selvskading kan fungere som en måte å ta kontroll over sitt liv, i en situasjon hvor man føler seg kontrollert av andre. Ved å skade seg kan innsatte oppleve at de rår over eksistensielle aspekter som ingen andre kan diktere.

Kjønnsforskjeller

Det er vanskelig å tallfeste omfang av selvskading ettersom det finnes forskjellige definisjoner og antagelig store mørketall. Child and Adolescent Self harm in Europe (CASE-undersøkelsen) var en omfattende undersøkelse av villet selvskading blant ungdom i Europa, der også Norge

deltok. Resultatene fra den norske undersøkelsen viste at 3,1 % av gutter og 10,7 % av jenter rapporterte om ett eller flere tilfeller av villet egenskade (Ystgaard, 2003). Altså en betydelig kjønnsforskjell. Resultatet fra flere undersøkelser viser at omfanget av villet egenskade blant ungdom har økt fra 1992 til 2002, og at økningen i hovedsak har skjedd blant jenter (Øverland, 2006).

Kjønnsforskjeller har vært forklart ut fra sosiale roller for kvinner og menn. Det er vanlig å tenke at aggressivt uttrykk ikke er like sosialt akseptert for kvinner som for menn, og at kvinner følgelig utvikler en mer introvert aggresjonsstil og menn en mer ekstrovert. Men det har også vært antatt at kvinner i høyere grad rapporterer om selvskading og oppsøker hjelp, mens det å snakke åpent om psykiske vansker i høyere grad bryter med den maskuline kulturen.

Gitt at selvskading i fengsel hadde samme etiologi som i samfunnet for øvrig, ville man forvente å finne samme kjønnsforskjell i innsattpopulasjonen som i befolkningen for øvrig. Vi kjenner ikke til at det er gjort systematiske undersøkelser av dette. Fengselspsykiatrisk poliklinikk dekker Bredtveit og Oslo fengsler som er Norges største kvinne- og mann-fengsler. De er ofte involvert når innsatte skader seg selv. Det kliniske inntrykket derfra er at det er lite selvskading på Bredtveit fengsel, og at forekomsten av selvskading er lavere for kvinnelige innsatte også når man tar høyde for at antall innsatte er høyere i Oslo fengsel. Igjen kan kontekstuelle forhold spille inn. Det er mindre og mer oversiktlige forhold ved Bredtveit fengsel og dermed bedre mulighet for tettere oppfølging og ivaretagelse av innsatte. Oslo fengsel har en høy andel varetektsinnsatte med større preg av krisereaksjoner hos de innsatte. Pasientpopulasjonen ved fengselspsykiatrisk poliklinikk gir likevel et inntrykk av at dyssosialitet er underdiagnostisert blant kvinnelige innsatte, og at også den kvinnelige populasjonen er preget av en ekstrovert aggresjonsstil, selv om den kommer til uttrykk på andre måter enn gjennom direkte voldsutøvelse.

5.3

Målgruppe 2 - farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede

5.3.1

Beskrivelse og begrepsavklaring

Antisocial personlighetsforstyrrelse er en diagnose i det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV. Hovedtrekk er løgnaktighet, impulsivitet, aggressivitet, ansvarsløshet og manglende anger. Diagnosen er kritisert for fortrinnsvis å inkludere atferdsmessige trekk, og ikke affektive og interpersonlige faktorer. Det tilsvarende begrepet i ICD-10, den internasjonale sykdomsklassifikasjonen fra Verdens helseorganisasjon (WHO) som brukes i Norge, er dyssosial personlighetsforstyrrelse. Diagnoseene er ikke helt identiske. Kriteriene i DSM-IV er de som primært benyttes i forskning.

Det finnes flere typer personlighetsforstyrrelser. Disse blir klassifisert etter mønstre i atferd og væremåte. Personlighetstrekkene kjennetegnes av å være rigide og lite tilpasningsdyktige og kan føre til vesentlig funksjonssvikt og problemer for den enkelte. Personlighetsforstyrrelser beskrives gjerne som utviklingsforstyrrelser. De viktigste personlighetstrekkene viser seg allerede i barne- og ungdomsårene. De mest hyppige lidelsene blant innsatte i fengsler er personlighets- og atferdsforstyrrelser. Disse viser seg ved urimelige reaksjoner i ulike situasjoner. Reaksjonene kan komme til uttrykk i ikke sosialt akseptabel adferd og som sterke

følelsesutbrudd, ekstremt sinne og raseri. Reaksjonene er ikke adekvat i forhold til situasjonen personen befinner seg i.

Programmet for farlige og alvorlige personlighetsforstyrrelser i England har inkludert psykopatibegrepet. Dette begrepet går langt tilbake i historien, men har manglet en reliabel diagnostisk metode. Begrepet vektlegger affektive og interpersonlige faktorer i høyere grad enn antisosial personlighetsforstyrrelse. Utviklingen av "Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)" bidro med en reliabel og valid metode for kartlegging av psykopati. PCL-R benyttes i forskning og ved vurdering av voldsrisiko. De strukturerte metodene for vurdering av voldsrisiko fikk først en ukritisk anvendelse ved at den erstattet den kliniske vurderingen. Etter hvert er det mer alminnelig akseptert at strukturerte vurderinger skal bidra med informasjon til den kliniske vurderingen.

Psykopatibegrepet brukes til tider misforstått synonymt med diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse (ASPD) i DSM-IV og dyssosial personlighetsforstyrrelse i ICD-10. Noen ganger er det referert til som sosiopati. De ulike forsøkene på begrepsfesting reflekter at psykopatibegrepet er og har vært problematisk. Allerede Phillip Pinel (1745-1826) refererte til begrepet som en type galskap hvor de vanlige kjennetegn på psykisk sykdom ikke er tilstede. Uten slike kjennetegn er det vanskelig å etablere en troverdig diagnose. Hvor går grensen mellom "mad" og "bad"? Hva skiller psykopati fra vanlig kriminalitet? Lenge var dette særdeles problematisk og de ulike merkelappene som ble konstruert for å beskrive tilstanden, var også et forsøk på å motvirke stigmatisering, fordommer og ukritisk bruk (Maden, 2007b). I følge Hart og Hare (1996) er definisjonen av psykopati i tillegg til antisosial atferd, knyttet til redusert emosjonell fungering som for eksempel evne til empati. Denne definisjonen er basert på Cleckley (1976) som hevdet at psykopati kan beskrives ved bruk av affektive, interpersonlige og atferdsmessige karakteristika.

Hare utviklet i 1991 en revidert utgave av Psychopathy Checklist (PCL-R) (Hare, 1991). Instrumentet har stimulert forskning og bedret muligheten for klassifisering. Det er av mange ansett som den mest valide og reliable måten å undersøke og definere psykopati på. PCL-R består av 20 ulike ledd som kan skåres på en tre punkts skala. De 20 leddene reflekterer både kliniske elementer (interpersonlig /affektiv faktor) og adferdselementer (antisosial faktor). Det er i tillegg utviklet en screeningversjon med 12 ledd, PCL:SV (Hart, Cox & Hare, 1995). Datagrunnlaget for skåring innhentes gjennom intervju med personen og via journal- og saksopplysninger. Skåringen er ikke avhengig av intervju. Dette er en fordel da en av de mest fremtredende trekkene ved tilstanden er manipulering og lying. (Maden, 2007b). Målefeil innebærer ofte at nøyaktig tallfesting og strengt definerte kategorier ikke er meningsfylte. Likevel kan slike inndelinger være nødvendige av forskningshensyn når ulike grupper skal sammenlignes. Til tross for at psykopatibegrepet er sammensatt av flere elementer, vil Hare vil hevde at dette er en distinkt forstyrrelse. Mange klinikere finner det imidlertid riktigere å bruke begrepene lav, moderat og høy skåre. Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) i Norge poengterer imidlertid at en tallmessig fastsettelse av risiko i form av skårer bør unngås på individnivå (Nyhetsbrev nr 17 fra Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe, mars 2007).

Det er interessant at McArthur-studiene av vanlige psykiatriske pasienter i USA viser at PCL:SV-skårene korrelerer med vold på nivå under den vanlige grenseskåren for psykopati. Dette viser at bruk av instrumentet kan ha klinisk betydning selv om psykopatikriteriet ikke er oppfylt, og kan slik sett være nyttig mht vurdering av risiko for personer med voldshistorie (Monahan et al, 2001). Det er imidlertid problematisk at målet er statisk. De fleste leddene er

historiske og baseres på livshistorie heller enn nå-situasjonen. Dette gjør det vanskelig å bli kvitt skåren som eventuelt definerer personen som psykopat. Selv om behandling vil kunne redusere tilbakefall til ny seksuell eller voldelig kriminalitet betydelig, vil skåren forbli uendret. Den fanger ikke opp endring og er slik sett av begrenset verdi mht vurdering av løslatelse.

Det har lenge hersket en nihilistisk oppfatning av behandlingseffekt på dette området. Fra 1990-tallet oppstod imidlertid en ny behandlingsoptimisme innen kriminalomsorgen med kognitive adferdsterapeutiske programmer. Effekten av disse programmer på voldsforbrytere, hvor målet er å unngå videre voldsutøvelse, vet man imidlertid lite om, ettersom det mangler randomiserte kontrollerte studier. Dokumentasjonen som eksisterer på dette området har metodiske begrensninger, mens det synes å være noe bedre evidens for at kognitive atferdsterapeutiske programmer minker residiv ved seksualforbrytelser (Bucahanan & Leese, 2001).

Maden hevder i en artikkel (Maden, 2007a) at behandling må antas å virke best hos de som har mest å tape som arbeid, selvanseelse og sosial rang. Angivelig er behandling vanskeligst der den innsatte har høy psykopatiskåre og alvorlig voldsatferd.

Det som ytterligere problematiserer feltet, er usikkerheten om hvorvidt høy psykopatiskåre betyr at pasienten er behandlingsresistent og at behandling i noen tilfelle kan forverre tilstanden. Rice og medarbeideres studie av behandlingseffekter (1992) viste negativt utfall. Pasientene ble verre etter behandling med økt risiko for tilbakefall. Behandlingstiltakene inneholdt imidlertid elementer som i dag vil beskrives som svært uheldige, for så vidt som pasientene eksempelvis deltok nakne i langvarige sensitivets øvelser, og det var liten grad av interaksjon mellom behandler og pasient. Man forholdt seg til selvstyrte grupper og hadde ikke programmer som adresserte asosiale holdninger eller oppøving av prososiale ferdigheter, osv.

Et annet problemet er at studier av behandling av psykopater til nå har delt individene i psykopati- eller ikke-psykopatigrupper, det vil si benyttet grenseskårer som inklusjons-/eksklusjons kriterium. Imidlertid har Hare og medarbeidere (2000) påpekt et mulig mer nyansert bilde ved å funn som tyder på at personer med høy skåre på interpersonlig /affektiv faktor har særlig risiko for tilbakefall etter behandling.

Det fremkommer stadig oftere kritiske kommentarer til å behandle psykopater som en homogen gruppe. Forsøkene på å nyansere gruppen etter ulike faktorer og fasetter kan gi oss ny innsikt med henhold til behandlingseffektivitet. De som skårer høyt på angst kan tenkes reagere mer på straffende elementer og slik sett være lettere å påvirke terapeutisk. Personer med høy skåre på PCL's affektive fasett kan ha større sannsynlighet for voldelig utagering (Hall, Benning & Patrick, 2004). De som betraktes som manipulerende psykopater har færre lovbrudd og voldsutøvelser. Deres lovbruddmønster er mer preget av tyveri/bedrageri. D'Silva og medarbeidere (2004) foretok en metaanalyse av 24 ulike studier med henhold til behandlingseffekt og psykopati. Disse konkluderer med at vi ennå ikke vet om personer med høy PCL-R skåre blir verre av behandling. Dette er viktig da ingen av de behandlingstiltakene som er beskrevet over er spesielt designet for psykopatgruppen.

Det er påvist at oppfølging etter løslatelse er effektiv, hva gjelder reduksjon av tilbakefall - uansett grad av psykopati. Dette kan tyde på at en må forlate den tradisjonelle behandlingsmodellen og heller se på psykopati som en livsvarig tilstand som krever rehabilitering og oppfølging med henblikk på å redusere risiko for ny alvorlig kriminalitet.

Klinisk og eksperimentell forskning (Hansen et al, 2007; Hansen et al, 2008) har rettet søkelyset mot psykopatibegrepet ved at psykopati ikke betraktes som en diagnose, men heller som en sammenstilling av ulike sider ved forskjellige personlighetstrekk. Dette kan være evne til å manipulere, manglende empati, overflatisk sjarm og notorisk lyving. Disse personlighetstrekkene er kombinert med antisosial atferd. Det er imidlertid viktig å fremheve at antisosial atferd i seg selv ikke kan betraktes som psykopati. Tidligere er det vist at forskning har begynt å skille mellom ulike undergrupper eller fasetter av psykopati. Resultatene har vist at man kan skille mellom de som sliter med angst og depresjon og de som ikke gjør det.

Det er ikke noen felles personlighetsprofil for seriemordere, pyromaner, pedofile eller voldtektsforbrytere, ettersom det er personlighetsforskjeller mellom de som begår slike forbrytelser. De utgjør ikke en homogen gruppe. På samme måten kan psykopati utgjøre ulike kombinasjoner av forskjellige psykopatiske trekk og ikke la seg fange opp av enkle modeller som kun skiller mellom psykopater og andre kriminelle. Det er derfor viktig å se på om de ulike sider av psykopati kan knyttes til forskjellige underliggende kognitive og fysiologiske mekanismer. Kunnskap om en slik kompleks, underliggende organisering av psykopatisk personlighet vil kunne gi ny optimisme i et felt som lenge har vært preget av håpløshet og stillstand. Dette kan bety differensierte behandlingstiltak, ulike risikoprofiler og tilpassete kontrolltiltak. Disse vil ikke fokusere på kurering av lidelsen, men heller på å håndtere ulike effekter av personlighetsforstyrrelsen som overgrepssadferd, psykisk fungering og sosialt samspill.

David, Hart, Logan og Michie (2004) har prøvd å utvikle et mer sammensatt instrument, CAPP (Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality Disorder), som skal gjøre det mulig å fange opp flere sider ved tilstanden og slik eventuelt kunne beskrive faktorer som er i endring. Det er ikke klart hvor mye de ulike trekk ved personlighetsforstyrrelser endrer seg over tid, om de endres i det hele tatt, i så fall hvorfor og under hvilke betingelser slik endring finner sted. Instrumentet må foreløpig betraktes som en eksperimentell vurderingsskala som er i utvikling og under validering. Det er svært omfattende og består av seks såkalte domener knyttet til ulike symptomer (selvdomenet, det kognitive domenet, dominansdomenet, atferdsdomenet, følelsesdomenet og tilknytningsdomenet).

I Storbritannia, USA, Canada og i Tyskland er dette forskningsfeltet viet betydelig mer oppmerksomhet enn Norge. Personer med høy grad av psykopatiske trekk har ofte en betydelig voldshistorie. De har en forhøyet risiko for å bli involvert i alvorlige voldsepisoder og utgjør slik sett en alvorlig belastning for vårt samfunn.

I England utprøves nå omfattende behandlingsprosjekt i enkelte fengsler og sykehus som er spesielt innrettet mot personer med farlige og alvorlig personlighetsforstyrrelser. Tiltakene kjennetegnes ved en betydelig satsing mht behandlingsintensitet, høy faglig klinisk kompetanse og grundig planmessig evaluering. Det foreligger ennå ikke publiserte undersøkelser av effekten av behandlingen, men de erfaringer en etter hvert vil få, vil ha stor betydning for videre utvikling av tiltak.

5.3.2

Farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede i fengsel

Med henblikk på å antyde et grensesnitt i forhold til hvilke karakterer som vil kunne være i målgruppe for en ressursavdeling, har arbeidsgruppen foretatt følgende inndeling:

1. De kyniske og kontrollerende

Gruppen omfatter kyniske innsatte som begår alvorlig organisert kriminalitet og som søker systemmakt gjennom:

- Bruk av medinnsatte
- Manipuleringer
- Trusler
- Strategiske relasjoner

De søker raskt å få kontroll over medinnsatte knyttet til viktige funksjoner i fengselet, så som ganggutt i sin egen avdeling, fengselets kontaktutvalg, fritidsutvalg med mer – eller sørger for å bli valgt inn i utvalgene selv. Enkelte søker å få jevnlig innpass på et så vidt høyt nivå som mulig i fengselsledelsen. Normalt hos en avdelingsleder/inspektør, men aller helst hos fengselslederen. Kontakten er åpenlys og har til hensikt å påvirke, men vel så mye å synliggjøre egen status. De fremstår som lederskikkelser i fangemiljøet. Noen mer åpenlyst enn andre. Mange innsatte lar seg påvirke av den makten disse representerer. Motivasjon kan variere fra fasinasjon og ønske om å komme inn i varmen - til redsel for styrt kollektiv utstøting og frykt som følge av konkrete trusler.

Noen har en sterk sentral posisjon i et profesjonelt kriminelt nettverk og har av den grunn høy status i fangemiljøet. Andre har oppnådd sin status gjennom kriminalitet av spektakulære karakter, eksempelvis personer i det tunge ransmiljøet. Slike lederskikkelser involveres sjelden direkte i den negative påvirkningen av fangemiljøet, eller i andre – ofte kriminelle – handlinger, men benytter medinnsatte til dette. Det være seg ”sersjanter” i eget nettverk, så vel som unge ”hangarounds” som vil inn i varmen - eller man legger press på innsatte som har tilgang til åpnere soningsforhold, eksempelvis gjennom permisjoner, til å utføre tjenester for seg. Selv fremstår lederskikkelsen ofte som mønsterfange - sympatisk, hyggelig og med for øvrig plettfri oppførsel. Kombinasjonen av sympatisk atferd og bevisst manøvrering inn i situasjoner/tiltak som kan virke progresjonsdrivende, fører ikke sjelden til at man oppnår åpnere soningsregimer på et noe tidlig tidspunkt.

Arbeidsgruppen mener disse ikke utgjør en naturlig målgruppe for ressursavdelingene, ettersom:

- En samling av denne gruppen utløser sikkerhetsmessige utfordringer som i realiteten innebærer etablering av en ny høyrisikoavdeling, bare med andre og langt vanskeligere inntaksregler.
- Det er grunn til å anta at de fleste må tvangsoverføres, hvilket kan by på utfordringer, for så vidt gjelder konkretisering av atferd som forsvarer et så vidt inngripende tiltak.

2. Den truende, voldelige og manipulative

Gruppen består av enkeltpersoner som gjerne har begått kriminalitet knyttet til vold og seksualisert vold. Noen søker gjennom truende og voldelig atferd å oppnå der-og-da-behov. Andre benytter manipulasjoner og nytterrelatert relasjonsbygging med henblikk på å oppnå fordeler på sikt. Dette er personer som i seg selv kan være krevende og vanskelige – til dels farlige, men som også kan være sårbare og hjelpetrengende. Mange har da også en forhistorie som hjelpetrengende i systemet.

Illa fengsel, forvarings- og sikringsanstalt har lang erfaring med innsatte innenfor denne

målgruppen. Følgende informasjon er hentet ut av psykolog Camilla Cardosos beskrivelse (2009) av de utfordringer som er knyttet til denne gruppen.

En diagnostisert dyssosial personlighetsforstyrrelse er ikke gjensidig utelukkende med andre typer psykiske lidelser. Dette gjelder bl.a. både angstlidelser, depresjon, ADHD, andre personlighetsforstyrrelser, lettere grader av psykisk utviklingshemming og lidelser innenfor psykospekteret. Dette innebærer at man eksempelvis kan ha personlighetstrekk karakterisert ved manipulativitet, manglende empati og samvittighet, men også til tider ha psykotiske gjennombrudd. Som ved alle tilfeller der det forekommer flere enn én lidelse, vil sykdomsbildet bli mer komplekst, og det stiller større krav til behandlings-tilnærminger.

Det kan være problematisk å vite hvilke tilnæringsmåter/behandlingstiltak man skal sette inn når man møter symptomer slik som hallusinasjoner, suicidalitet, selvskading og uttalte behov fra den innsatte om medikasjon eller annen type hjelp, når den innsatte også har tydelige dyssosiale trekk – særlig de som er gode til å manipulere. Dette av to grunner:

- Det kan være vanskelig å vite bakgrunnen for hvorfor personen viser den atferden han viser. Eksempelvis kan selvskading tolkes som en måte å dempe indre lidelsestrykk på. Det kan imidlertid også tolkes som en meget effektiv måte å manipulere og skremme omgivelsene på. Disse to forklaringene er heller ikke gjensidig utelukkende, det kan være begge. Et annet eksempel: Hallusinasjoner kan være symptom på en psykoselidelse. Det kan også være en metode for å unnlate å påta seg skyld eller et forsøk på å fremstå som "gal" og dermed skremme omgivelsene eller å skjule andre motiver for egen atferd (pseudohallusinoser).
- Selv om et adekvat behandlingstiltak settes inn i forhold til symptomet som vises, kan det være vanskelig å få den innsatte til å samarbeide om tiltaket. Innsatte med sterke dyssosiale trekk har en tendens til å droppe ut av behandling, eller de kan ha en egen agenda i forhold til behandlingen som ikke nødvendigvis er åpenbar, hvilket kan bli farlig i en miljøterapi-setting, der miljøterapeuten tror man er "på god vei", mens den innsatte kun spiller med for senere å kunne dra fordeler av et tilsynelatende godt forhold til miljøarbeideren. Det kan også være vanskelig å etablere en allianse mellom pasient og behandler. Noen mener personer med denne type problematikk er lite mottakelige for behandling, selv om det forskningsmessige grunnlaget for dette er noe tynt.

Valg av tilnæringsmåte kan være vanskelig når man hos innsatte med tydelige dyssosiale trekk møter symptomer som hallusinasjoner, suicidalitet og selvskading med et uttalt behov for medikasjon og hjelp. I særlig grad gjelder dette innsatte med høyt utviklede manipulerende egenskaper. Ikke bare er det vanskelig å tolke hvorvidt innsattes atferd er uttrykk for psykisk lidelser eller om det er et spill med skjulte motiver. Det kan i tillegg være vanskelig å få den innsatte til å samarbeide om behandlingen. Mange dropper ut eller har sin egen agenda for å følge behandlingen.

Det vil primært være innsatte knyttet til det siste kulepunktet som vil være relevant for en ressursavdeling.

5.3.4

Implikasjoner for ressursavdelinger

Håndtering av dyssosialitet med voldsatferd er forbundet med store utfordringer. Det er grunn til å være realistisk med henblikk på de problemstillinger en vil stå overfor hvis man velger å samle innsatte med dyssosialitet og voldsatferd på en avdeling. Det er ikke rimelig å anta at det innenfor rammene av de foreslåtte ressursavdelinger er mulig å oppnå varig personlighetsendring. Likevel har kriminalomsorgen innsatte med disse problemene. Disse innsatte kan i noen tilfeller være svært vanskelige å håndtere innen de ordinære rammebetingelsene. De kan medføre slitasje på arbeidsmiljø, så vel som representere en stor belastning for andre innsatte. Til tross for disse utfordringene, gir den engelske DSPD-modellen så langt grunn til optimisme. For å kunne håndtere problemstillingen innen rammene av kriminalomsorgen, krever dette både forsterket bemanning og høy faglig kompetanse.

6.

Relevante institusjoner og tilbud

Arbeidsgruppen har besøkt følgende institusjoner og tilbud:

6.1

Oslo fengsel, 1. avdeling

Målgruppe:

1. avdeling fungerer i realiteten som en akuttavdeling, for så vidt gjelder psykiske og somatiske lidelser. I prinsippet skal innsatte etter hvert sluses videre over i ordinære avdelinger når de er i stand til dette. Noen få gjennomfører imidlertid hele dommen i denne avdelingen. Avdelingen har også en del kortvarige opphold (1 døgn) knyttet til suicidalfare.

Kapasitet

Avdelingen rommer 14 innsatte, hvorav 60 % varetekt.

Tilbud/oppfølging

- Innsatte med psykiske lidelser følges faglig opp av psykiatrisk poliklinikk. Det avholdes ukentlige planmøter med gjennomgang av alle innsatte i avdelingen.
- Avdelingen har ikke egne sysselsettingstilbud, men benytter MASH til sosial trening og enklere aktivitetstilbud.
- Det er muligheter for åpen celledør og –luke på dag- og kveldstid, samt åpen luke om natten for de som har behov for dette. For øvrig er det mulighet for skjermet aktivitet.

Bemanning

- Dekningsplan:
 - 3 fengselsbetjenter dag, ettermiddag, helg
 - 2 fengselsbetjenter av den ordinære nattstyrken er postert i avdelingen på grunn av åpne luker i celledørene
- Stabil bemanning med betjenter som trives godt i avdelingen

Ønsker

- Dekningsplanen økes fra 3 til 6 betjenter, samt en fast dagbetjent som sikrer kontinuiteten. Dette innebærer en isolert personalfaktor på 1,36
- Mer kompetanse inn i avdelingen

6.2

Oslo fengsel, avd. MASH

MASH (Mangfoldig Aktivisering Som Hjelper) startet som et prosjekt i 1997 – finansiert av Sosial- og Helsedepartementet

Målgruppe

Målgruppen for dette aktivitetstilbudet er innsatte som ”soner særlig tungt”, hvilket omfatter personer som ikke deltar i lufting eller annen form for fellesskap. Man er ikke opptatt av diagnoser, men vurderer inntak med utgangspunkt i den enkeltes funksjonsnivå og gjeldende fangesammensetning. Avdelingen skal også kunne gi et tilbud til innsatte som er tilbakeført fengselet etter opphold i psykiatrisk sykehusavdeling. Tilbudet har i noen grad også omfattet andre innsatte, for så vidt som man har forsøkt seg fram med 1 – 2 ”ordinære” innsatte som har hatt aktiviteter sammen med målgruppen. Denne sammensetningen synes å ha fungert bra.

Inntaket gjøres på bakgrunn av henvendelse fra avdelingene og et intervju av den aktuelle innsatte.

Kapasitet

MASH rommer 8 innsatte, hvorav maksimalt 6 innsatte tilhørende målgruppa. Avdelingen gir innsatte et aktivitetstilbud i tidsrommet 0800 – 2000 hver dag året rundt. Tilbudet er plassert i 12. avdeling i romslige, lyse og trivelige lokaler. Avdelingen ligger så vidt høyt oppe i bygningen at de innsatte har god utsikt til livet utenfor muren, hvilket synes å representere en ikke ubetydelig kvalitet.

Tilbud/oppfølging

Innsatte bestemmer selv i hvilken grad de velger å delta i de aktiviteter som tilbys. Tilbudet strekker seg fra sosialt samvær til praktiskeestetiske aktiviteter av ymse slag. Eksempler på inkluderende aktiviteter er felles måltider, samling rundt nyheter og åpne samtaler. Ulike faggrupper i fengselet bidrar i avdelingen, så som skole (én dag i uken), prest, fritidssektoren, sosialkonsulent og Fengselspsykiatrisk poliklinikk. På kveldstid arrangeres ”Temagruppe”, bridgegruppe, samt besøk av Røde Kors.

Hensikten med oppholdet er å gjøre de innsatte så vidt trygge at de kan fungere i ordinær avdeling.

Veiledning

MASH får fast veiledning av leder for psykiatrisk poliklinikk.

Bemanning

- Dekningsplan:
2 fengselsbetjenter alle dager i tidsrommet 0800 – 2000, hvilket innebærer en isolert personalfaktor på 0,75 (i forhold til målgruppen: 1,0)
- Stabil bemanning, stor entusiasme og trivsel

6.3

Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt, Annekset

Annekset i nåværende form – som en forsterket fengselsavdeling – ble startet opp i 1989.

Målgruppe

Målgruppen er innsatte som har det vanskelig. Det vil si innsatte som er sosialt svakt fungerende, som har dårlig psykisk helse, eller innsatte med atferds- og tilpasningsvansker. På besøkstidspunktet var lidelser som lettgradig utviklingshemming, personlighetsforstyrrelser av dyssosial, paranoid og ustabil karakter, karakternevrose, ADHD, Asberger, angstlidelser, posttraumatisk stresslidelse og schizofreni representert i avdelingen. Flere av de innsatte hadde svært sammensatte problemer.

Innsatte på vei inn i en psykose skaper uro i avdelingen. Man har imidlertid erfart at gis vedkommende et skjermet tilbud i annekset – i stedet for å overføres lukket avd. G – kommer de raskere tilbake.

Man ønsker i utgangspunktet ikke innsatte med dyssosiale personlighetsforstyrrelser i avdelingen. Dette vil imidlertid kunne forekomme, eksempelvis i kombinasjon med lettgradig utviklingshemming. Man har forsøkt en ung innsatt med uttalte atferdsavvik, men måtte flytte vedkommende som følge av splitting av personalet.

Innsatte sluses videre til annen avdeling eller institusjon. Gjennomsnittlig oppholdstid er 1,5 – 2 år. Flere innsatte har vært der i opp til 5 år.

Kapasitet

Avdelingen rommer 12 innsatte.

Målsettingen beskrives slik:

- Atferdslæring og sosial tilpasning
- Oppfylle intensjonene om tilbud for innsatte med forvaringsdom
- Tydelig kontroll og sikkerhet
- Individuell tilrettelegging med tanke på neste livsfase
- Forebygging av ny kriminalitet

Tilbud/oppfølging

Arbeidet er basert på troen på endring og relasjonsbygging.

Alle innsatte har to kontaktbetjenter og er tilknyttet en ansvarsgruppe. Denne gruppen har ansvar for kartlegging og legger framtidplaner sammen med den innsatte.

Tilbudet er knyttet til sosial ferdighetstrening på ulike nivå, eksempelvis:

- Dusje og skifte klær
- Skikk og bruk
- Der-og-da-korrigeringer i forhold til eksempelvis påleggsmengde på brødskiva og lignende
- Botreningskjøkken
- Renhold
- Kaninoppdrett

Avdelingen har ikke noe systematisk samarbeid med psykiatrisk poliklinikk, men motiverer innsatte for å oppsøke disse.

Bemanning

- Personalgruppe:
 - 12 tilsatte, fordelt på 10 fengselsbetjenter og 2 miljøterapeuter.
- Dekningsplan:
 - 3 fengselsbetjenter/miljøterapeuter i tidsrommet kl. 0700 – 2100 alle dager, hvilket innebærer en isolert personalfaktor på 1,0.
- Det er vanskelig å rekruttere personale til avdelingen (og til forvaringsavdelingene). Eksisterende personale har imidlertid lang fartstid – i gjennomsnitt 10 år.

6.4

Fengselsanstalten ved Herstedvester

Anstalten ved Herstedvester ble bygget i 1935 med henblikk på å ivareta de da nye sanksjonene psykopatforvaring (tidsubestemt) og psykopatfengsel (tidsbestemt). Anstalten ble bygget på et stort område med mange frittliggende bygninger, omkranset av en ringmur. Dette representerte en ny måte å bygge fengsler på, til forskjell fra de mer kompakte fengselsbygg med små utearealer tilgjengelig for de innsatte.

Herstedvester er i dag Danmarks eneste behandlingsinstitusjon for innsatte med et psykiatrisk/psykologisk behandlingsbehov. I motsetning til de øvrige fengsler, hvor man benytter konsulenter som tilkalles ved behov ved akutte vurderingsbehov, disponerer Herstedvester egne ressurser i form av fast tilsatte psykologer og spesialleger i psykiatri.

Målgruppe

Målgruppen spenner fra innsatte med eksistensielle og krisepregede problemer til alvorlige personlighetsavvik. Fengselet tar i mot både mannlige og kvinnelige innsatte. Sistnevnte lider som regel av svært sammensatte psykiske lidelser. Doms lengden er for de fleste over 8 år, herunder også livstidsdommer og tidsubestemt forvaring.

Herstedvester tar ikke i mot innsatte med en kriminell nettverkstilhørighet. Disse blir på bakgrunn av sin gruppetilhørighet plassert i egne ”rockeravdelinger”. Likeså sender de fra seg innsatte som oppleves som utagerende, voldelige eller truende. Disse overføres ordinære fengsler uten tilstrekkelige tilbud. Den utagerende atferden resulterer ofte i at de blir sendt fra fengsel til fengsel.

Kapasitet:

Fengselet har en kapasitet på 133 innsatte, alle som følge av et avvik. De kvinnelige innsatte, som utgjør 7 % av fangebefolkningen, bor i egne forlegningsavdelinger, men har felles aktivitetstilbud sammen med de mannlige innsatte.

Behandling/tilbud

I tillegg til medikamentell og psykoterapeutisk behandling, oppgir fengselet å ha en lang tradisjon for atferdskorrigerende og holdningsbearbeidende påvirkning i det daglige arbeidet – et miljøarbeide som ivaretas av alle faggrupper innen fengselet. Fengselet har lang erfaring i

behandling av seksualforbrytere og har opparbeidet en særlig ekspertise i behandling av recidivtruede farlige seksualforbrytere.

Innsatte sysselsettes i mindre produksjonsverksteder, i økonomiarbeid, samt med undervisning.

Fengselet har en egen "visitasjonsavdeling", hvor alle, som har en dom for overtredelse av en eller flere av straffelovens sedelighetsbestemmelser, påbegynner straffegjennomføringen og gjennomgår en psykologisk/psykiatrisk/sexologisk vurdering med henblikk på eventuelle behandlingsbehov. Oppholdet varer i 6 uker og de innsatte gjennomgår under denne tiden et motivasjonsprogram. Vurderes de som egnet for terapi og er motivert for dette, sendes de til en av flere seksualavdelinger rundt om i landet.

Ledelse

Ledelsen ved Herstedvester består av en fengselsinspektør (jurist) og en administrerende overlege (psykiater) med fengselsinspektøren som øverste ansvarlige for institusjonens alminnelige administrasjon, herunder den økonomiske forvaltning. Den administrerende overlege har det øverste ansvar for anstaltens behandlingsarbeid. Ledelsen består for øvrig av to visefengselsinspektører (en jurist og en økonomiansvarlig), fire sivile og fire uniformerte avdelingsledere, en aktivitetsleder, en undervisningsleder, en sosialfaglig konsulent, en personale- og sikkerhetskonsulent og en oversykepleier.

Dekningsplan for avdelingspersonalet

- Ordinær avdeling (20 innsatte):
 - 3 betjenter i tidsrommer 0700 – 2100

- Sikringsavdeling (13 plasser m/obs-celle og sikkerhetsseng):
 - 4 betjenter døgnet rundt

6.5

Direktoratet for kriminalforsorgen

Som nevnt foran har Danmark opprettet såkalte "rockeravdelinger" for innsatte med tilhørighet i mc- gjengmiljøer. Kan det bevises at vedkommende innsatt er medlem i eksempelvis Hells Angels, eller i en supporterklubb, er dette i seg selv grunnlag for innsettelse i en slik avdeling. Innsettelseskriteriene for disse avdelingene er med andre ord ene og alene basert på gruppetilhørighet, hvilket etter arbeidsgruppens oppfatning må representere etiske og rettsikkerhetsmessige utfordringer. I Norge baseres sikkerhetstiltakene på en individuell risikovurdering av den enkelte. Forhold som gjeng- og nettverkstilhørighet, samt vedkommendes posisjon i dette miljøet, vil være ett av flere momenter i en slik vurdering.

Hensikten med det danske systemet er å forebygge problemer knyttet til sosial kontroll og styring av det øvrige fangemiljøet, samt unngå innbyrdes voldelige konflikter mellom de ulike mc-gjenger. Rockeravdelingene "styres" internt av de innsatte, for så vidt som de innsattes innbyrdes forhold håndteres innenfor grupperingens ordinære hierarkiske struktur. Ulempen er at de har relativt liten kontakt med betjentene, hvilket innebærer at miljøet er lite mottakelig for rehabiliterings- og atferdsmessig påvirkning. Man har valgt en pragmatisk tilnærming med utgangspunkt i at dette er innsatte som i øyeblikket ikke ønsker seg ut av miljøet og følgelig ikke motivert for å endre sin livsførsel. Avdelingene har vært i drift i 10 år, og man mener å ha gode erfaringer med disse.

De farligste innsatte plasseres i den ombygde politiarresten, Politigården. Sistnevnte fungerer i praksis som en ren isoleringsavdeling. Vurderingsmomenter for innsettelse i Politigården kan være:

- At de er negativt styrende
- Har overfalt medinnsatte eller ansatte
- Rømningsfare

6.6

Utviklingen av behandlingstiltak knyttet til farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede i engelsk kriminalomsorg og helsevesen

6.6.1

DSPD-programme

Begrepet "Dangerous People with Severe Personality Disorder" eller "Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD)" benyttes i Storbritannia. Den britiske regjeringen fremmet i 1999 et forslag til behandlings- og oppfølgingsprogram av denne gruppen (Home Office and Department of Health, 1999). Begrepet DSPD er faglig omstridt og ikke endelig definert (Howells, Krishnan & Daffern, 2007). Det er ikke tidligere brukt innen fagene psykiatri og psykologi. Behandlingsprogrammet (DSPD Programme) var politisk initiert som reaksjon på at hjelpeapparatet vegret seg for å tilby behandling til personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser med høy voldsrisiko (DSPD Programme, 2009).

Tidligere er det redegjort for at det har vært vanskelig å påvise positive behandlingsresultater. I 2003 ble følgelig domfelte med høy PCL-skåre utelukket fra alle akkrediterte behandlingsprogrammer i engelske fengsler. Dette skapte noen utfordringer, ettersom det nettopp er disse innsatte som har den høyeste risiko for ny, alvorlig voldskriminalitet. På den annen side foreligger det ikke forskningsresultater som viser at denne gruppen ikke kan behandles. Det som har manglet, var et spesielt tilpasset opplegg som tok hensyn til de ulike personlighetsvariablene, motivtilstanden og andre ulike karakteristika ved psykopati.

HMP Frankland åpnet i mai 2004 en ny enhet, the Westgate Unit, for behandling av DSPD. Behandlingsprogrammet er rettet mot reduksjon av voldsutøvelse hos innsatte som pga ulike personlighetstrekk har reduserte muligheter for endring og behandlingseffekt. Tiltaket har tre hovedmål:

- Økt samfunnstrygghet
- Etablering av behandlingstilbud som gir bedret psykisk fungering og reduserer risiko
- Bedret forståelse av hva som gir effekt med hensyn til behandling og håndtering av personer som oppfyller kriteriene for DSPD.

Innledningsvis er det gjort rede for at DSPD ikke er en klinisk kategori eller klinisk klassifisering (Howells, Krishnan & Daffern, 2007). Det er imidlertid gitt føringer fra Department of Health, Home Office & HM Prison Service (2004) for følgende inklusjonskriterier mht opptak i behandlingsprogrammet:

Deltakerne må ha:

- Høy risiko for ny alvorlig kriminalitet med derav alvorlig fysisk eller psykisk skade på offeret som vanskelig vil leges
- En alvorlig personlighetsforstyrrelse
- En personlighetsforstyrrelse som er funksjonelt knyttet til betydelig risiko for nye alvorlige lovbrudd

Pilotvirksomheten er lagt til både fengsler og sykehus.

Behandlingsprogrammet for DSPD i fengsel, Chromis, er utformet og sammensatt av ulike faser og komponenter. Kartlegging (Criteria/Initial Assessment) av ulike risikofaktorer, behandlings- og behovsanalyse (Treatment Needs Analysis), samt utredning av motivasjon og personlig engasjement er del av den første fasen. Videre vektlegges opplæring (Psychoeducational Domain) knyttet til egen bevissthet på risiko, grensesetting og kunnskap om personlighetsforstyrrelser. Ferdighetstrening på ulike områder (Self Management Domain) som problemløsning, kreativ tenking, konflikthåndtering og emosjonell selvregulering er viktige deler av Chromis.

Behandlingsplanen består også av trening på sosiale ferdigheter både med hensyn til alminnelig samspillsatferd og mer nært samvær med partner og barn. Analyse av tankeprosesser, holdninger og verdier gjennomføres i egen behandlingsbolk kalt Chromis Schema Therapy. Behandlingsopplegget har i tillegg et eget domene som tar for seg analyse av ulike lovbruddsmønstre (Offence Interest Domain), som vold i hjemmet, brannstiftelse og seksuell atferdsanalyse. Behandlingen søker å fokusere på den enkeltes behov (Imminent Need Interventions). Det gis eksempelvis tilbud om kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi, individuell psykoterapi, behandling for rusmisbruk, stressmestringstrening, akupunktur osv. Behandlingen foregår både individuelt og i gruppesammenheng. Atferd observeres i dagligsituasjoner og diskuteres på fellesmøter. Strukturert miljøterapi er en del av den helhetlige tenkingen og det vektlegges høy grad av interaksjon mellom innsatte og ansatte.

Justisdepartementet i Storbritannia anslår at en stor andel av deres fangebefolkning kan høre hjemme i DSPD-kategorien. Det antydes et sted mellom tre og fire tusen. Disse lovbrøtterne har som regel begått svært alvorlig kriminalitet knyttet til deres lidelse, og representerer derfor en stor utfordring både for justis- og helsesystemet.

Deltagelse i DSPD-programmet er ikke regulert av et eget regelverk. De innsatte er dømt til straff, og deltagelse i programmet er derfor basert på frivillighet.

6.6.2

North East London Forensic Personality Disorder Service, Millfields Unit

I 2006 ble det oppført en ny døgnavdeling for pasienter med farlige og alvorlige personlighetsforstyrrelser på det allerede eksisterende sykehusområdet for rettspsykiatri i Nordøst London. Avdelingen ligger under helsedepartementet, og drives av helsepersonell.

Målgruppe

- Pasienter med en personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose, og uten alvorlig sinnslidelse, store lærevansker, autismespekterdiagnose eller pedofili.
- Vurdert til å utgjøre en risiko for andre
- Menn 18 år eller eldre
- Bosted i Nordøst London

Pasientene har begått alvorlig kriminalitet som drap, vold eller seksuelle overgrep (pedofili er ekskludert). De møter oftest kriteriene for mer enn en type personlighetsforstyrrelse, antisosial, borderline, narsissistisk eller paranoid personlighetsforstyrrelse. De fleste pasienter er henvist fra fengsel. Overføringen er frivillig.

Kapasitet

Avdelingen består av to sengeposter med 10 pasienter på hver. Avdelingen samarbeider med et videreføringstilbud med lavere sikkerhetsnivå før utskrivelse til bydelen.

Behandling/tilbud

Avdelingen drives som et såkalt "terapeutisk samfunn", hvilket i hovedsak betyr at pasientene er aktivt deltagende i planlegging av aktiviteter og daglige gjøremål som matlaging og rengjøring. I tillegg er gruppemøter eller gruppeterapi i større og mindre grupper en del av strukturen i behandlingen. Teoretisk har man inkludert elementer fra flere forskjellige behandlingsmodeller - fra kognitiv atferdsterapi til psykodynamisk orientert terapi. Gjenkjenning og regulering av følelser, perspektivtaking, impuls kontroll, og kontroll på destruktiv atferd er områder som det fokuseres på. Ettersom de fleste pasienter også har en rusavhengighet, blir også dette adressert. Pasientene tilbys undervisning av teoretisk eller yrkesfaglig karakter. Det er lagt vekt på fysisk aktivitet.

Ledelse og personaldekning

Avdelingen ledes av overlege/psykiater. Hver sengepost har en leder med to ledende sykepleiere underlagt seg, samt atten sykepleiere og miljøterapeuter i turnus. Det er i tillegg fire overlegestillinger, tre psykologer, en psykologassistent og tre sosialkonsulenter. I tillegg er det ansatt forskningspersonell, samt syv stillinger knyttet til aktivitet, undervisning, kunstterapi m.m. En person er ansatt som opplæringsansvarlig.

6.6.3

Westgate Unit, HMP Frankland

HMP Frankland, som er et kategori A fengsel, åpnet i mai 2004 en ny enhet, the Westgate Unit (*The 'Westgate' dangerous and severe personality disorder unit*) for behandling av DSPD.

Formål:

Avdelingen har som formål å benytte DSPD-programmet overfor innsatte, samt innhente forskningsmateriale for å kunne utvikle programmet videre.

Målgruppe:

Personer domfelt for alvorlig kriminalitet og som medisinsk kvalifiserer for deltagelse på DSPD-programmet. Det er ingen begrensninger hva gjelder lovbruddets art. Innsatte som soner i avdelingen krever et høyere sikkerhetsnivå enn tilsvarende ved Millfield. På besøkstidspunktet var ca. 20 % av avdelingen kategori A-innsatte. Det har vist seg vanskelig å få nedkategorisert innsatte enheten mener er klar for videreføring til annet

soningsregime. Dette innebærer at innsatte fra Westgate normalt ikke sluses ut til relevante tilbud ute i samfunnet, men til andre fengsler med et relativt høyt sikkerhetsnivå.

Deler av målgruppen, så vel som fengselets sikkerhetsregime, representerer et noe høyere risikonivå enn hva det vil være relevant å forholde seg til her hjemme. Westgate Unit mottar ikke kvinner.

Kapasitet:

Avdelingen har 86 innsatte, fordelt på fire boenheter.

Inntak:

Deltagelse i behandlingsopplegget er frivillig (jfr. punkt 5.5), men overføring til avdelingen kan skje ved tvang. Majoriteten av de innsatte på Westgate Unit var tvangsoverført, men ble søkt motivert til deltagelse i avdelingens programvirksomhet. Skulle det over noe tid vise seg at innsatte fastholder sin beslutning om ikke å delta i programvirksomheten, vil vedkommende bli overført annet soningstilbud med et restriktivt regime. På besøkstidspunktet var ingen overført med en slik begrunnelse.

Bemanning

Westgate har en samlet bemanning 150 tilsatte knyttet til sikkerhet, administrasjon, kartlegging og behandling, helsetjenester med mer. I bemanningen inngår 28 "psykologer" (innenfor hele spekteret fra trainee til psykologspesialister). Avdelingen er organisert med en dekningsplan som innebærer tilstedeværelse av 50 betjenter til enhver tid – utenom natt.

6.7

Relevante tilbud innen svensk kriminalvård

Arbeidsgruppen har innhentet informasjon fra svensk kriminalvård gjennom mail- og telefonhenvendelser til henholdsvis placeringschef Martin Gillå (2009), Placeringsenheten og samordnare Daniel Andersson (2009), Kriminalvårdsanstalten Tidaholm.

6.7.1

SKI-avdelinger (Særskilt Krevende Innsatte)

Man har inntil nylig disponert 18 plasser, fordelt på tre fengsler. Målgruppen er, som det fremgår av navnet, utagerende, besværlige og truende innsatte. Avdelingene fungerer som rene isoleringsavdelinger.

6.7.2

Stødavdelinger

Som følge av en lovendring i 1992 vedrørende strafferettslig særbehandling av psykisk forstyrrede lovovertridere, og en påfølgende økning av innsatte med personlighetsforstyrrelser i fengslene, etablerte kriminalvården i 1997 såkalte stødavdelinger. Hensikten var dels å lette straffegjennomføringen for en gruppe psykisk forstyrrede lovovertridere som opplevdes som sterkt forstyrrende for sine omgivelser, dels å avlaste avdelinger innen kriminalvården for denne gruppen.

I de siste år har man disponert til sammen 12 plasser, fordelt på to fengsler.

6.7.3

SRI-avdelinger (Særlig Ressurskrevende Innsatte)

Den overgripende målsettingen med SRI-avdelinger er å avlaste andre anstalter fra innsatte som kan være svært krevende, tilby et anstaltsmiljø som ikke forsterker asosial atferd, forbedre kvaliteten på oppfølgingen av målgruppen, samt påvirke holdningene hos den innsatte med henblikk på å klare straffegjennomføringen og fremme tilpasningen til samfunnet.

Av ressurseffektive hensyn skal avdelingene konsentreres til visse anstalter. Hver avdeling skal imidlertid bestå av flere mindre enheter (6 innsatte) for mest mulig hensiktsmessig plassering ut fra den enkelte innsattes atferd. SRI-avdelingene skal være atskilt fra fengselets øvrige avdelinger og ha eget personale.

1. september i år åpnet man de første 54 plasser, fordelt på tre fengsler. De erstatter tidligere psykiatriske avdelinger, stødavdelinger, KSI-avdelinger og RO-avdelinger. Den langsiktige tanken er å konvertere stort sett alle spesialavdelinger til SRI-avdelinger.

Målgrupper

Man har definert tre målgrupper for disse avdelingene:

- Eksepsjonelt utagerende/forstyrrende atferd. Disse kjennetegnes av å være ekspansive, lett krenkelig og eksploderende. De benytter ofte andre mennesker for å styrke sin egen selvfølelse som ofte svinger mellom ekstremnivåer. De mener de ikke behøver å innordne seg styrte aktiviteter og ødelegger gjentatte ganger mulighetene for organisert virksomhet. På grunn av sin atferd legger de beslag på en uforholdsmessig stor del av avdelingens personalressurser.
- Innsatte med en atferd som indikerer behov for oppfølging som krever særlige ressurser. Disse har et stort psykisk omsorgs- og behandlingsbehov, men trenger ikke behandling i sykehus. Det kan eksempelvis finnes behov for mer tilsyn enn vanlig, profesjonell samtaleterapi eller medikamentell behandling som krever spesiell oppmerksomhet. Innsatte som skrives ut fra psykiatrisk sykehus, hvor man er usikker på hvordan fengselsoppholdet vil påvirke den innsattes psykiske helse, kan også tilhøre målgruppen.
- Innsatte med en avvikende atferd og levesett. Disse har egentlig ikke et oppfølgingsbehov, men er mobbet, utfrosset eller utnyttet og derfor redd andre innsatte. Flertallet tilhører de innadvendte og grublende – i motsetning til de utagerende personlighetsforstyrrede. Gruppen omfatter også personer med utviklingsforstyrrelser, visse hjerneskader og/eller lærevansker.

Inntak

Den sentrale plasseringsenheten treffer beslutning om plassering i SRI-avdeling

Tilbud

Gjennomføringen skal i stor utstrekning baseres på individuelle behov. Det skal være en fast struktur med få, faste og kjente regler. Konkrete tilbud vil kunne være:

- Botrening og sosial ferdighetstrening
- Arbeid
- Kreativ og rehabiliterende virksomhet som maling, keramikk og musikk

Opplegget for utagerende rettes inn mot håndtering av aggressivitet, blant annet gjennom det kognitive sinnemestringsprogrammet ART.

Det er ikke etablert SRI-avdelinger for kvinnelige innsatte.

Bemanning

Arbeidsgruppen har hatt kontakt med SRI-avdelingen på Tidaholm, som oppgir følgende:

- 3 betjenter eller mer hele døgnet utenom natt
- Til sammen 8 betjenter i turnus – alle fengselsfaglige.
- En samordner (1.betjent?) som også har ansvaret for to andre små avdelinger.
- 20 % psykolog primært til veiledning av de tilsatte
- Psykiater en dag annenhver uke for gjennomgang av de innsatte sammen med personalet.

Arealer

SRI-avdelingen er etablert i den gamle SKI-avdelingen. Dette er en standard avdeling med kjøkken og fellesskapsrom.

Samarbeid

De tre SRI-avdelingene gjennomfører månedlige telefonmøter og møtes hver 3. måned.

6.8

Sykehuset Telemark, akuttpsykiatrisk avdeling

Med henblikk på å innhente nye ideer om arealbehov og arkitektoniske løsninger for en ressursavdeling, avla arbeidsgruppen Sykehuset Telemark, akuttpsykiatrisk avdeling, et besøk.

Avdelingen, som har 31 sengeplasser, utmerker seg gjennom en hensiktsmessig og godt tilrettelagt bygningsmasse. Viktige momenter i planleggingen har vært bygningsmessig fleksibilitet, effektiv bemanning og sist, men ikke minst, muligheter for å skape et mykt og trygt pasientmiljø med utgangspunkt i deres særlige behov. Som eksempler nevnes:

- Brede korridorer med henblikk på å unngå å passere for nært pasienter som føler seg truet.
- Bruk av skråtak for å skape trygghet - hulefølelse
- Ut fra erfaringer om at pasientene trekker dit personalet befinner seg, har man lagt fellesarealene i slike områder.
- Man har anvendt gips i fellesarealene og furu i skjermet område.
- Det er etablert to små parkanlegg som atriumløsninger inne i bygningen. I utformingen av disse har man vektlagt momenter som normalt skaper ro, så som fjell og rennende vann, og bygget det ene anlegget rundt en rennende bekk, mens det andre er utstyrt med ulike steinformasjoner. Bevisst utforming av takkonstruksjonene rundt atrium skaper luft og åpenhet. Hensikten med disse anleggene har vært å gi pasientene muligheter for et pusterom når de måtte føle for det, hvilket innebærer at de kan gå fritt ut og inn av områdene.
- Med henblikk på unngå unødvendig uro blant pasientene, har man valgt å plassere personalets garderober slik at man slipper å gå langt inn i avdelingen.
- Man har bevisst valgt å legge hele avdelingen i én etasje. Bruk av tverrkorridorer gjør at man i tillegg får god oversikt.

Med henblikk på å forebygge hærverk, er takene hevet med 40 cm og har man har vært bevisst i valg av møbler som var robust og sikre. For øvrig har man vært opptatt av skjulte løsninger, for så vidt gjelder statisk sikkerhet.

Hva arealstørrelser angår, har man valgt løsninger som krever 100 m²/pasientplass.

6.9

Sammenfallende funn

I den grad det er mulig å finne sammenfallende løsninger i de ovenforbeskrevne tilbud, måtte det være:

- Man er svært varsom med å plassere dyssosiale personlighetsforstyrrede sammen med de psykisk ustabile.
- I så vel Sverige, som i Danmark, velger man å håndtere de kyniske og profesjonelle innsatte med tilhørighet i organiserte kriminelle nettverk som rene sikkerhetskasus, og eventuelt løse dette gjennom ulike sikkerhetsmessige tiltak.
- Man plasserer ikke menn og kvinner i samme boavdeling.
- Det er gjort noe systematisk erfaring med håndtering av farlige og alvorlige personlighetsforstyrrelser i institusjon. Man vet ennå lite om effekt av behandling og videreføring til samfunnet fra fengsel eller sykehus.
- Gode arkitektoniske løsninger har betydning for omfang av vold og hærverk, samt bemanningseffektivt.

7.

Forslag

7.1

Ressursavdelinger

Arbeidsgruppen mener at de tidligere beskrevne målgrupper krever en kvalitativt bedre oppfølging enn hva som er mulig å få til i en ordinær fengselsavdeling og anbefaler at dette løses gjennom etablering av ressursavdelinger.

7.1.1

Målsetting

Hensikten med ressursavdelingene er å kunne tilby en tettere og mer individuelt innrettet oppfølging av den enkelte med henblikk på å:

- Legge forholdene til rette for et endret handlingsmønster og en bedre tilpasning til samfunnet.
- Bedre forutsetningene for en gjennomføring av frihetsberøvelsen med henblikk på videreføring til annet tilbud
- Sikre trygghet for omgivelsene
- Avlaste andre fengsler

Mer konkret skal tilbudet hindre isolasjon og stimulideprivasjon, redusere selvskading og suicid, samt skjerme og trygge innsatte med høyt paranoid beredskap. Avdelingen skal utvikle et miljø/regime som ikke forsterker asosial atferd. For innsatte med lettgradig psykisk utviklingshemming skal det i tillegg settes fokus på forhold som livsmestringskompetanse og soningstilretteleggelse med utgangspunkt i en trygg, forståelig, forutsigbar og konkret hverdag. Innsattes behov og lovpålagte rettigheter etter løslatelse skal sikres gjennom en tilfredsstillende oppfølgingsoverføring.

7.1.2

Målgruppe

Som det fremgår av pkt. 6.1, har arbeidsgruppen funnet det hensiktsmessig å dele målgruppen inn i to ulike undergrupper som tenkes gitt separate tilbud.

Målgruppe 1

De særlig sårbare og hjelpetrengende som består av personer som av ulike årsaker har problemer med å gjennomføre en frihetsberøvelse og som av den grunn krever oppfølging utover hva som er mulig å få til i en ordinær fengselsavdeling. Dette er ofte personer med sammensatte problemer, primært knyttet til:

- Innsatte som har psykotiske gjennombrudd i fengsel, men som oppnår rask bedring ved innleggelse på psykiatrisk avdeling.
- Innsatte som er suicid- og/eller selvskadingstruet
- Innsatte med paranoid beredskap som er til fare for andre
- Innsatte som isolerer seg over tid med påfølgende gradvis dårligere psykisk helse.
- Lettgradig psykisk utviklingshemming

Målgruppe 2

De farlige og alvorlige personlighetsforstyrrede. Gruppen består av personer med problematisk atferd knyttet til kraftige utageringer, egoisme, urettferdighet, forsøk på manipulasjoner og mangel på empati. De er lett krenkbare og bidrar ofte til konflikter og krisesituasjoner.

Gruppen legger beslag på en uforholdsmessig del av avdelingens ressurser og er ofte årsak til splitting og spenninger som kan gi seg utslag i tendenser til utslitthet og sykemeldinger blant personalet.

Strafferettslig status

Straffesaker knyttet til alvorlig kriminalitet resulterer ofte i relativt langvarige varetektsfengslinger. Ikke sjelden tar det ett til to år før det foreligger en rettskraftig dom. Det kan derfor være naturlig å stille spørsmål om også innsatte uten rettskraftig dom kan plasseres i ressursavdelinger. Arbeidsgruppen (1997) åpnet for at det unntaksvis burde være mulighet for dette, hvilket ble begrunnet med at behovet til denne gruppen vil kunne være like presserende som for fangebefolkningen for øvrig.

Arbeidsgruppen mener inntakskriteriene for ressursavdelingene skal baseres på observert atferd og antatt funksjonsnivå, og bør omfatte alle innsatte - uavhengig av strafferettslig status. Dette innebærer at i de tilfeller det er grunn til å anta at det fortsatte fengselsoppholdet vil ha en viss varighet – enten i form av fortsatt fengsling eller påbegynt straffullbyrdelse – bør vedkommende innsatte vurderes ut fra hvilket behov innsatte representerer. Det samme gjelder for innsatte som utholder forvaringsdom.

7.1.3

Innhold og ambisjonsnivå

Avdelingen skal kunne gi tilbud som møter den enkelte innsattes behov – ofte med utgangspunkt i sammensatte problemer. Muligheter for utdanning, arbeidstrening, praktiskeestetiske aktiviteter, opplæring og trening med henblikk på økt livsmestringskompetanse, samt sosialt samvær og sosial trening vil måtte utgjøre viktige deler av en slik tiltaksmeny. Det samme gjelder tilbud om programvirksomhet knyttet til aggresjons- eller sedelighetsproblematikk, samt individualterapeutiske tilbud.

Avdelingen bør kunne tilby et miljø med struktur, kontinuitet og forutsigbarhet. Det bør være mulighet for skjerming av enkeltinnsatte i perioder, samt fleksibilitet med henblikk på samvær mellom innsatte. Høy relasjonskompetanse hos ansatte blir sentralt på avdelingen, bl.a. for å unngå splittelse i personalgruppen og for å kunne imøtegå aggresjon med deeskalerende tiltak. Avdelingen bør ha et høyt sikkerhetsnivå, og kompetanse på voldsriskohåndtering og atferdskorrigerende tiltak. Det bør også være mulighet for systematisk bruk av belønning i motivasjons- og atferdskorreksjonsarbeid, eksempelvis treningsmuligheter gjennom utgang.

Fengselsbetjenter og miljøarbeidere vil måtte ha en sentral rolle i miljørettet innsats, fremtidsplanlegging og annen individuell oppfølging, gjennomføring av aktiviteter med mer.

Innsatte ved ressursavdelingene forventes i høyere grad enn øvrige innsatte å være i behov for koordinerte tjenester under fengselsoppholdet og etter løslatelse. NAV og ulike helsetjenester vil være sentrale aktører for å sikre at retten til individuell plan innfris. Innsatte skal ha hjelp til å planlegge videreføring til annet soningstilbud. Forberedelse av løslatelsen skal starte på et tidlig tidspunkt med involvering av relevante instanser, herunder blant annet gjennom bidrag fra hjemkommunen.

Nettverksbygging og involvering av pårørende, der det er mulig, bør vektlegges i høyere grad enn det som er vanlig på ordinær avdeling. Eventuelt bør det, i de tilfeller dette finnes forsvarlig, kunne gis utvidet anledning til besøk, framstillinger og permisjoner.

Særlige behov for utviklingshemmede

- Spesielt utformede programtilbud for utviklingshemmede. Hensikten med programvirksomhet er å tilegne deltakerne ferdigheter de skal kunne overføre til den normale hverdag. Ettersom nettopp erfaringsoverføring utgjør en stor utfordring for personer med en utviklingshemming, må dette ivaretas særskilt i programutformingen.
- System for identifisering av antatt utviklingshemming
- Tett samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet
- Stadfesting av koordineringsansvaret
- God informasjonsoverføring mellom de ulike aktører innen strafferettskjeden og hjelpeapparatet

Ovennevnte bør vies oppmerksomhet i alle fengsler og soningsformer under kriminalomsorgen.

Farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede

Det er ikke rimelig å anta at det innenfor rammene av de foreslåtte ressursavdelinger er mulig å oppnå varig personlighetsendring for innsatte innenfor denne målgruppen. Arbeidsgruppens ambisjonsnivå begrenser seg derfor i utgangspunktet til å:

- Sikre omgivelsenes trygghet og allmenne hverdagskvalitet
- Beskytte samfunnet
- Avlaste det aktuelle fengsel.
- Forebygge forverring
- Unngå splitting av personalet

Dette krever:

- Struktur, forutsigbarhet, kontinuitet, klare tilbakemeldinger og resolutt grensesetting
- God mellommenneskelig kontakt uten muligheter for manipulering og splitting av personalet
- Gode voldsrisikovurderinger basert på frivillig kartlegging
- Høy sikkerhet
- Atferdskorleksjon med blant annet systematisk bruk av belønning
- En mer kompleks treningssituasjon krever muligheter for utgang.

Etter å ha opplevd den optimisme – og helhjertede satsing - som rår i England vedrørende behandling av innsatte med farlige og alvorlige personlighetsforstyrrelser, slik den er beskrevet tidligere i rapporten, mener arbeidsgruppen at det allmenne ambisjonsnivået i Norge kanskje bør gjøres til gjenstand for en revurdering. Dette vil imidlertid fordre et forpliktende samarbeid med en psykiatrisk enhet som vil være villig til å komplementere Kriminalomsorgens satsing. I tillegg bør samarbeidet med det engelske fengsels- og helsefaglige miljø videreutvikles slik at relevante forsknings- og fagutviklingsoppgaver blir ivaretatt også fra den norske siden.

Det eksisterer ikke tilbud for denne gruppen innenfor norsk psykiatri. Opplegget i England er ikke linjert overførbart til norske forhold, men det virket solid og ambisiøst. En slik satsing vil generere metodeutvikling og mye ny kunnskap om denne gruppen.

Som tidligere nevnt krever en slik satsing både forsterket bemanning og høy faglig kompetanse.

7.1.4

Fysisk utforming

Ressursavdelingene anbefales fordelt på en eller flere boenheter knyttet til et felles aktivitetsområde. Størrelsesmessig foreslås det at man baserer seg på 6-manns enheter. Behov og lokale forutsetninger vil måtte være bestemmende for antall boenheter i den enkelte avdeling. Den mest hensiktsmessige størrelse vil antakelig være 12 – 18 plasser. En satsing på to eller flere boenheter gir større ressurseffektivitet, samt legger bedre til rette for skjerming og styring av fangesammensetningen. Arbeidsgruppen ser derfor ikke for seg at boenhetene legges i en progresjonslinje hvor den innsatte flytter fra den ene spesialiserte boenheten til den andre. Sammensatte problemer, uforutsigbare varetektsopphold og ulike oppholdslengder vil i tillegg kunne medføre logistikkmessige problemer.

Individuelle behov og forutsetninger tilsier at det må knyttes stor grad av fleksibilitet til aktivitetstilbudene. I den ene enden av funksjonsskalaen innebærer dette sterkt tilpassede tilbud med én-til-én-oppfølgning. I den andre enden, innsatte med et funksjonsnivå som kan dra nytte av fengselets ordinære aktivitetstilbud. Likeså bør det være åpent for at innsatte i ordinære avdelinger, ved behov, bør kunne gjøre seg nytte av ressursavdelingens aktivitetsmuligheter.

7.2

Ambulerende veiledningstjenester

I utgangspunktet skal normalitetsprinsippet gjelde, hvilket innebærer at de aller fleste innsatte skal håndteres i ordinære fengselsavdelinger – noen med individuelle tilrettelegginger. For innsatte med komorbide tilstander, hvor lettgradig psykisk utviklingshemming er en del av bildet, vil det imidlertid være behov noe spesialisert kompetanse. Sentraliserte kompetansegrupper, slik de tenkes bygget opp rundt den enkelte ressursavdeling, vil etter arbeidsgruppens mening kunne bistå øvrige fengsler i nærområdet med råd og veiledning, herunder bidra til å bringe det kommunale hjelpeapparatet på banen på et tidligst mulig tidspunkt. Ressursavdelingene representerer med andre ord ikke bare en tilrettelagt avdeling, men også et viktig kompetansemiljø.

7.3

Prinsipielle problemstillinger

7.3.1

Identifisering av utviklingshemmede

En diagnose som psykisk utviklingshemmet vil kunne oppleves som stigmatiserende. Det kan derfor stilles spørsmål om hvorvidt det er riktig å identifisere disse. På den annen side er det viktig å sikre denne gruppen viktige tilretteleggingstiltak, herunder lovpålagte tjenester fra det kommunale hjelpeapparatet.

Etter arbeidsgruppens mening dreier problemstillingen seg ikke først og fremst om hvorvidt man skal identifisere eller ikke, men mer om i hvilke tilfeller dette skal gjøres – samt når og hvordan dette skal håndteres. Identifiseringen kan ikke rettferdiggjøres ut fra den gode hensikt alene; det må i tillegg foreligge en sannsynlighet for at dette kan føre til relevante tilretteleggingstiltak for vedkommende innsatt. En eventuell identifisering må derfor ta utgangspunkt i et funksjonsnivå som synliggjør konkrete behov for kommunale tjenester som kan utløses gjennom en diagnose.

Identifiseringen bør skje på et så tidlig tidspunkt som mulig – helst i forbindelse med første møte med strafferettskjeden. Hva kriminalomsorgen angår, vil dette kunne være i forbindelse med ankomst, henholdsvis til fengsling eller for påbegynnelse av straffullbyrdelse.

Bistand til identifisering/diagnostisering avhenger av innsattes samtykke. Stigmaet rundt en slik diagnose krever at dette håndteres med nennsomhet. Det bør derfor på et tidlig tidspunkt skapes en relasjon med utgangspunkt i at man ønsker å hjelpe. Bistand til diagnostisering krever henvisning fra lege. Den underliggende vurdering kan være basert på innkomst/kartleggingssamtaler og andre observasjoner fra helseavdeling, skole eller fengselets tilsatte.

Eksempel på fremgangsmåte:

- Det innarbeides indikasjonsrettede spørsmål i fengselshelsetjenestens ordinære inntakssamtaler.
- Ved indikasjon foretar fengselslegen en samtale med vedkommende om en eventuell diagnostisering

Arbeidsgruppen foreslår en todelt tilnærming til problemstillingen, henholdsvis:

- Diagnostisering ene og alene med henblikk på sikre innsattes rettigheter i forhold til kommunale tjenester.
- Kriminalomsorgens egen oppfølging skal i utgangspunktet baseres på fungeringsnivå og atferd – uavhengig av diagnostiske merkelapper.

Arbeidsgruppen er kjent med at det i Trondheim er igangsatt et prosjekt, ”Rettsikkerhet for personer med store lærevansker i strafferettskjeden” med deltakelse fra alle relevante offentlige aktører, så som politi, påtalemyndighet, domstolsadministrasjonen, kriminalomsorgen, konfliktrådet og habiliteringstjenesten. Hensikten er å utarbeide en håndbok knyttet til håndtering av mulige utviklingshemmedes kontakt med strafferettskjeden. Prosjektet er finansiert av Justisdepartementet. Arbeidsgruppen håper dette arbeidet blir fulgt opp fra sentralt holdt.

7.3.2

Nærhetsprinsippet versus samling av ressurser og kompetanse

Fra flere hold er det gitt uttrykk for at forholdene må tilrettelegges slik at innsatte med ulike psykiske lidelser kan gis en tilfredsstillende oppfølging der de er, og ikke løses gjennom en stigmatiserende segregering av mennesker. Nærhetsprinsippet vil i tillegg legge bedre til rette for at pårørende kan ha en mer aktiv rolle i prosessen.

Arbeidsgruppen støtter ovennevnte og mener at i utgangspunktet skal normalitetsprinsippet gjelde, hvilket innebærer at de aller fleste skal håndteres i ordinære fengselsavdelinger – noen med individuelle tilrettelegginger. Enkelte vil imidlertid ha en atferd og et funksjonsnivå som krever en tettere oppfølging. I slike tilfeller mener arbeidsgruppen at hensynet til innsattes og/eller omgivelsenes livskvalitet, så vel som til de åpenbare fordeler en kompetansemessig sentralisering og spesialisering representerer, klart begrunner et tilrettelagt bo- og aktivitetstilbud i en ressursavdeling – og dermed et nødvendig unntak fra normalitetsprinsippet.

7.3.3

Tvangsoverføring eller frivillighet

Arbeidsgruppen mener at opphold i ressursavdeling i utgangspunktet bør være basert på frivillighet. For målgruppe 1 - sårbare og hjelpetrequende - bør dette være en forutsetning,

ettersom man ikke kan påtvinge innsatte terapi, behandling eller, for den slags skyld, bedret livskvalitet. Tidligere arbeidsgruppe (1997) ga da også i sin vurdering uttrykk for at driften av en ressursavdeling vil være best tjent med at de innsatte ikke motsetter seg overføring, men at det burde diskuteres hvorvidt man bør sette frivillighet som et vilkår for inntak.

Hva målgruppe 2 – farlige og alvorlige personlighetsforstyrrede – angår, vil behovet være noe annet, for så vidt som hensikten med en slik overføring primært vil være å ivareta omgivelsenes trygghet og livskvalitet, samt avlaste vedkommende fengsel. Det er grunn til å anta at en relativt stor andel av innsatte innenfor denne gruppen vil motsette seg en slik overføring. Av Kriminalvårdens Forskningskomité's utredning, *Kriminalvårdens stødavdelingsverksamhet, rapport nr. 2, (2000)* fremgår det at bare 20,7 % av innsettelsene er basert på søknad fra den innsatte (side 23, tabell 15), mens henholdsvis 51,2 % har akseptert og 20,8 % har motsatt seg et vedtak fra den sentrale plasseringsenheten om slik overføring (side 23, tabell 17) (20,7 % av overføringstilfellene mangler opplysninger). Målgruppen for stødavdelingene er, som tidligere beskrevet, psykisk forstyrrede lovovertredere som er sterkt forstyrrende for sine omgivelser.

I St.meld. 37, kap. 11.7, heter det blant annet: ”*Straffegjennomføring i en ressursavdeling er et positivt tilbud for en kortere eller lengre periode.*” Arbeidsgruppen er usikker på hva som ligger i uttrykket ”positivt tilbud”. Det kan signalisere frivillighet, men kan også forstås som at tilbudet er ment å ha en positiv effekt. Spørsmålet er i så fall - positiv effekt for hvem?

Til tross for at tvang ikke er et godt utgangspunkt for opphold i en ressursavdeling, anbefaler arbeidsgruppen at det hjemles mulighet for tvangsoverføringer av innsatte begrenset til denne målgruppen. Erfaringer fra HMP Frankland, Westgate, viser at det er mulig å motivere innsatte til deltakelse i gruppesamtaler og programvirksomhet til tross for at de er tvangsoverført. Uavhengig av om hvorvidt den enkelte innsatte måtte velge å sabotere slike tiltak, eller ikke, vil man kunne gi de en tettere og bedre oppfølging enn i en ordinær fengselsavdeling – og sist, men ikke minst, man oppfyller fengslenes behov for avlastning.

8. Kompetanse

Det er grunn til å anta at de to separate ressursavdelingstilbudene - for henholdsvis sårbare/hjelpetrengende og for de farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede – vil representere forskjellige utfordringer med tilvarende behov for kompetanse. Erfaringer og kompetanse knyttet til selvskading og suicid er eksempel på slik kompetansespissing. Likeså forebygging av selvisoleringer og isolasjonsskader, samt kunnskap om de særlige utfordringer som er knyttet til lettgradig utviklingshemmede. Gruppen av dyssosiale innsatte vil kreve økt kompetanse i voldsrisikohåndtering og atferdskorrigerende tiltak, så vel som relasjonskompetanse for å unngå splitting i personalgruppen og for å kunne imøtegå aggresjon med deeskalerende tiltak.

Erkjennelsen av en stor andel av de innsatte i målgruppen har sammensatte problemer, innebærer imidlertid at avdelingene må ha en relativt bred felles basiskompetanse. Eksempler på hvilke faggrupper avdelingene vil måtte knytte til seg vil kunne være:

- Psykiater
- Psykolog
- Vernepleier
- Aktivitør

- Sosialfaglig personale
- Undervisningsfaglig personale
- Fengselsfaglig personale

Det er i tillegg viktig at avdelingene har god systemkompetanse og bred miljøterapeutisk erfaring.

Kompetansetilførselen vil skje gjennom tilsettinger av relevant fagpersonale, felles grunnopplæringspakke, faglige oppdateringer og fortløpende veiledning. I de tilfeller man velger å benytte eksterne fagpersoner til undervisning og veiledning, anbefaler arbeidsgruppen at man knytter til seg bistand fra nærliggende sikkerhetsavdeling eller kompetansesenter.

Fengselsbetjenter og miljøarbeidere vil måtte ha en sentral rolle i miljørettet innsats, fremtidsplanlegging og annen individuell oppfølging, gjennomføring av aktiviteter med mer, hvilket må legges til grunn i vurderingen av kompetansebehovet.

9. Dimensjonering

9.1

Kartlegging

Med henblikk på å vurdere behovet for ressursavdelinger, herunder også dimensjoneringen av disse, besluttet arbeidsgruppen å innhente statusopplysninger om forekomst av innsatte innen målgruppen som krever en oppfølging utover hva som er mulig å få til innenfor de ordinære fengselsavdelinger. Vurdering av et slikt materiale, basert på subjektive oppfatninger av innsattes tilstand og behov, fra forskjellige fengsler med ulike terskler for hva man mener å kunne håndtere innenfor fengselets ordinære avdelinger, og med ulike forventninger til en ressursavdeling, er en utfordrende øvelse. Det ble derfor utarbeidet et relativt detaljerte kartleggingskjema slik at det skulle være mulig å danne seg profil av den enkelte innsatte.

Målgruppene som ble ønsket kartlagt:

1. Innsatte som har det vanskelig
Innsatte med psykiske lidelser, herunder også lettgradig utviklingshemming, som har behov for ekstraordinær tilrettelegging og oppfølging, herunder:
 - Innsatte som har psykotiske gjennombrudd i fengsel, men som i et terapeutisk sykehusmiljø klarer å kontrollere symptomene.
 - Innsatte som er suicid- og/eller selvskadingstruet
 - Innsatte med paranoid beredskap som er til fare for andre.
 - Innsatte som isolerer seg over tid med påfølgende gradvis dårligere psykisk helse.
2. Innsatte som skaper størst vanskeligheter
Innsatte med alvorlige personlighetsforstyrrelser som:
 - Oppleveres som manipulerende og selvsentrerte med lav frustrasjons- og aggresjonsterskel.
 - Oppleveres som krise- og konfliktskapende og kan sette avdelingen på hodet
 - Oppleveres som negativt styrende. Som ved å spre frykt og/eller gjennom sin kriminelle status søker å ta kontroll over omgivelsene.

- Har en tendens til bortforklaring og projeksjon – legger skyld på andre personer/forhold enn seg selv. Har derfor ingen personlige endringsbehov.
- Opplevs som urettferdige og løgnaktige. Som utviser grov likegyldighet overfor andres følelser.

Kartleggingen var aidentifisert.

Grunnlaget for å innhente opplysninger om slike helseforhold i forhold til helselovgivning og helsepersonell, ble avklart med Helsedirektoratet. Kartleggingsskjemaet kunne besvares av fengselshelsetjenesteansatte med hjemmel i helsepersonelloven § 23 nr. 3 om begrensinger i taushetsplikten ved at opplysninger kan gis videre når behovet for beskyttelse anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt. Regelverket legger imidlertid ikke til rette for at fengselsledelse og fengselshelsetjenesten kan samordne besvarelsen, hvilket resulterte i at det ble sendt ut separate henvendelser til henholdsvis fengselsledelse og fengselshelsetjeneste, som svarte hver for seg. Dette innebærer en klar begrensning, for så vidt gjelder resultatet av undersøkelsen. Felles kartleggingsdato ble fastsatt til 17. juni 2009.

Innsatte med en atferd og et funksjonsnivå samsvarende med målgruppebeskrivelsen vil av naturlige årsaker bare unntaksvis være å finne i åpne fengsler og lukkede småfengsler. Kartleggingen ble derfor begrenset til å omfatte følgende fengsler:

- Kriminalomsorgen region øst:
 - Oslo
 - Bredtveit
- Kriminalomsorgen region nordøst:
 - Ullersmo
 - Ila
 - Kongsvinger
- Kriminalomsorgen region sør:
 - Ringerike
 - Skien
 - Sem
 - Drammen
- Kriminalomsorgen region sørvest:
 - Åna
 - Stavanger
 - Kristiansand
 - Arendal
- Kriminalomsorgen region vest:
 - Bergen
- Kriminalomsorgen region nord:
 - Trondheim
 - Tromsø
 - Bodø
 - Vadsø

Resultat

Innrapporterte personer:

- | | | |
|--------------------------|-----|-------|
| • Fengselsledelsen | 160 | |
| • Fengselshelsetjenesten | 120 | = 280 |

Det mangler innrapportering fra en av de store anstaltene. Ut fra mottatt muntlige informasjon, har arbeidsgruppen anslått volumet til 5 personer. Det mangler i tillegg opplysninger fra fengselshelsetjenesten i to av de øvrige fengslene. Sistnevnte kan forklare noe av den volummessige differansen mellom fengselsledelsen og fengselshelsetjenesten. Det er uklart hvor stor andel av de separate innrapporteringene som overlapper hverandre.

Vurderinger av innrapportert materiale

Det er i utgangspunktet vanskelig å lage knivskarpe grensesnitt mellom målgruppene for ressursavdelinger og øvrige innsatte som bør kunne håndteres i en ordinær fengselsavdeling. Momenter som funksjonsgrad, sammensatte problemer, alvorlighetsgrad, frekvens og varighet av atferd, fengselshistorikk, helsehistorikk, gjenstående soningstid, den aktuelle fangesammensetning i den tilsøkte ressursavdeling, kapasitetsgrad med mer vil påvirke vurderingen i det enkelte tilfelle.

Ulike oppfatninger av hvilke innsatte som tilhører de ulike målgrupper, forskjellige terskler for hvilke tilstander som kan håndteres i en ordinær fengselsavdeling, systemsvakheter, samt varierende kvalitet på utfyllingen av kartleggingseskjemaene, gjorde det vanskelig å trekke noen enhetlige konklusjoner ut fra det mottatte materialet. Det var i tillegg til dels store differanser mellom fengselsledelse og fengselshelsetjenesten i innmeldt volum, så vel som i forhold til hvilke som ble beskrevet som henholdsvis hjelpetrequende og vanskelige. Sistnevnte kan ha årsak i manglende kunnskap om helsemessige vurderinger/diagnoser eller mangelfull informasjon om atferdsmessige hendelser - og ulik opplevelse av innsatte ut fra respondentens rolle i organisasjonen.

Arbeidsgruppens utgangspunkt for vurdering av målgruppen

I vurderingen av det innsamlede materialet måtte det gjøres en grovscreening med utgangspunkt i hvorvidt:

- Eksempelvis noen av selvisoleringstilfellene bør kunne håndteres gjennom stimuleringstiltak i fengselet.
- Innsatte ved mistanke om alvorlig sinnslidelse bør vurderes innsøkt i psykiatrisk sykehus
- Den beskrevne atferd i noen tilfeller burde kunne forventes håndtert som et ordinært ro- og ordensproblem.

Ut fra kartleggingsmaterialet kan det synes som om noen fengsler håndterer enkelte tilstander så vidt godt at det av den grunn ikke er grunnlag for overføring til ressursavdeling. Samme tilstand ville, dersom den var kartlagt i et annet fengsel, kanskje blitt vurdert annerledes. Målgruppen for oppfølging i ressursavdeling kan derfor ikke begrenses til en vurdering av tilstand og tilstandens alvorlighet, men må inkludere fengselets evne til å håndtere dette.

Det vil alltid være en viss fare for at etablering av spesialtilbud for innsatte med særlige behov vil kunne bli en sovepute for det ordinære systemet. Arbeidsgruppen understreker derfor

viktigheten av at etableringen av ressursavdelingen kombineres med et ambulerende veiledningstilbud for fengslene.

Noen generelle momenter ble mer utslagsgivende enn andre, eksempelvis:

- Langvarig isolasjon med påfølgende gradvis dårligere psykisk helse
- Trusler og vold
- Selvskadinger
- Døgnopphold innen psykiatrien
- Dyssosial atferd. Ut fra spørsmålsstillingen i kartleggings skjemaet ble vedkommendes atferd definert som dyssosial dersom det var treff innenfor minst to av følgende fire spørsmål, hvorav minst ett av treffene må være knyttet til spørsmål 8.8 eller 8.9:
 - 8.1 Har de innsatte vist manipulerende atferd?
 - 8.7 Har den innsatte en tendens til bortforklaring ved å skyldte på omgivelsene?
 - 8.8 Oppleveres den innsatte som urettferdig og løgnaktig?
 - 8.9 Oppleveres den innsatte som likegyldig i forhold til andres følelser?
- Ressursbruk og slitasje hos personalet

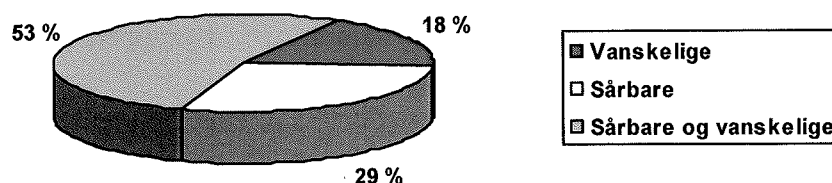
Arbeidsgruppens vurdering av volumet

Etter en grundig gjennomgang av det innrapporterte materialet, har arbeidsgruppen registrert 68 personer, hvorav tre kvinner, som klart synes å fylle kravene for opphold i ressursavdeling. Tallet er fremkommet ved at man har summert antallet "godkjente" personer fra den av de to rapporteringsgruppene – henholdsvis fengselsledelsen og fengselshelsetjenesten - som kom ut med flest personer. Arbeidsgruppen antar at det ikke nødvendigvis er slik at helsetjenesten og fengselsledelsen har innrapportert de samme personene. Man kan altså ikke være sikker på at alle innsatte i den laveste gruppen også vil befinne seg i den største gruppen. Det er på den annen side like lite sannsynlig at ingen av de kartlagte befinner seg i begge grupper. Arbeidsgruppen antar at andelen personer som ikke går igjen i begge grupper antakelig ikke utgjør under 1/3 og ikke mer enn 2/3 av gruppene. Med dette som utgangspunkt anslår en at mellom 1/3 og 1/2 av de to gruppene er forskjellige personer. Ettersom summen av de gruppene med lavest antall utgjør til sammen 32 personer, antar arbeidsgruppen at mellom 10 og 16 av disse er andre personer enn de som befinner seg i de utvalgte gruppene. Dette skulle tilsi et anslag i størrelsesorden 78 – 84 personer. I tillegg kommer et anslag knyttet til fengselet hvor det mangler kartleggingsmateriale, samt et fåtall personer hvor det er knyttet noe usikkerhet til om hvorvidt de tilhører målgruppen.

Hvordan målgruppen fordeler seg

Tabell 2 og 3 under er et resultat av innrapporterte verdier etter at de har vært gjort til gjenstand for en kvalitetssikring av arbeidsgruppen, og viser henholdsvis den andelsmessige fordeling av målgruppene, samt hvordan den enkelte målgruppe fordeler seg på de ulike rapporteringspunkter.

Tabell 2



Tabell 3

	Vanskelige (12 personer)		Vanskelige og sårbare (36 personer)		Sårbare (20 personer)	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Trusler	9	75 %	28	78 %	10	50 %
Vold	5	42 %	16	44 %	4	20 %
Hærverk	5	42 %	12	33 %	7	35 %
Dyssosial atferd	11	92 %	18	50 %	9	45 %
Innsøkt i psykiatrisk avdeling	2	17 %	18	50 %	15	75 %
Vært innlagt under aktuelle fengselsopphold	0	0 %	16	44 %	16	80 %
Innlagt under tidligere fengselsopphold	2	17 %	14	39 %	7	35 %
Selvisolert over tid	4	33 %	17	47 %	15	75 %
Isolasjonsskader	3	25 %	18	50 %	15	75 %
Selvskading	3	25 %	16	44 %	10	50 %
Uforholdsmessig bruk av ressurser	10	83 %	10	48 %	10	50 %
Utslitthet og sykefravær i avdelingen	5	42 %	9	25 %	0	0 %
Antatt psykisk utviklingshemmede	2	17 %	12	33 %	14	70 %

Arbeidsgruppen baserte kartleggingen på et behov for å dele målgruppen i to separate grupper, henholdsvis *innsatte om oppleves som vanskelige*, og *de sårbare og hjelpetrengende*, ettersom innsatte fra de to gruppene ikke bør plasseres sammen. Som det fremgår av pkt. 6.1, er arbeidsgruppen inneforstått med at en stor andel av de aktuelle innsatte har sammensatte problemer, og at mange av de som oppleves som vanskelige også har det vanskelig og dermed er hjelpetrengende.

Med de forbehold som naturlig må knyttes til resultatet av kartleggingen, synes det ferdig bearbejdede materialet å underbygge ovennevnte vurderinger, for så vidt som tabell 3 viser at:

- De *vanskelige* skiller seg klart ut fra gruppen *sårbare og hjelpetrengende* på så godt som alle punkt. De sårbare har høye verdier innenfor områder som selvisolering, isolasjonsskader, selvskading og antatt psykisk utviklingshemming. I tillegg har en stor andel vært innsøkt eller har vært innlagt i psykiatrisk sykehus underaktuelle fengselsopphold. Hva de vanskelige angår, indikerer høye verdier innenfor områder som dyssosial atferd og belastninger på personalet at man skal være varsom med å plassere disse gruppene sammen.

Fordelingen av verdier på de ulike kategorier gir i tillegg et godt grunnlag for vurdering av ressursvolum og kompetanse i de ulike avdelinger.

- Det fremkom en relativt stor mellomgruppe, *vanskelige og sårbare*, med verdier som stort sett befinner seg mellom de to hovedgruppene. Plassering av innsatte innenfor denne kategorien må gjøres til gjenstand for en individuell vurdering i det enkelte tilfelle.

Kartleggingen bekrefter i tillegg arbeidsgruppens antakelser om at antatt lettgradig utviklingshemmede med et funksjonsnivå som tilsier opphold i ressursavdeling har sammensatte problemer. Så godt som alle har verdier innenfor 3 eller flere områder. Tabellen viser at hele 70 % av de sårbare har en antatt psykisk utviklingshemming.

9.2

Dimensjonering av tilbudet

Ut fra kartleggingsresultatet og de vurderinger arbeidsgruppen har gjort av det innsendte materialet, anslår arbeidsgruppen et dimensjoneringsbehov i størrelsesorden:

- Menn: 77 – 90 plasser
- Kvinner: 3 – 5 plasser

Fordelt på de seks kriminalomsorgsregionene, fordeler målgruppen seg slik:

- Region øst: 17 – 21, hvorav 3 – 5 kvinneplasser
- Region nordøst: 23 - 27
- Region sør: 12 - 14
- Region sørvest: 16 - 18
- Region vest: 3 - 5 (anslag)
- Region nord: 9 – 10 = 80 - 95

Som følge av relativ korte geografiske avstander kan det være hensiktsmessig å betrakte østlandsområdet under ett, hvilket utgjør et samlet behov på 52 – 62 plasser.

10.

Kvinnelige innsatte

I 2005 satt det i gjennomsnitt 155 kvinnelige innsatte i fengsel, hvilket utgjorde 5 % av den totale fangebefolkning. I 2008 var tallet steget til 200, hvilket representerer en økning på hele 22 % i løpet av tre år. Statistikken viser at andelen kvinnelige innsatte har steget i samme periode med ett prosentpoeng fra 5 til 6 % av den totale fangebefolkning.

De kvinnelige innsatte var i 2008 fordelt på 27 fengsler, henholdsvis:

- 3 kvinnefengsler
- 6 fengsler med faste kvinneavdelinger/plasser
- 18 andre fengsler som tok i mot kvinnelige innsatte ved behov.

Det forhold at den kvinnelige andel av fangepopulasjonen er fordelt på så vidt mange fengsler, innebærer at mange av disse ikke har tilbud som er tilrettelagt for kvinner.

Arbeidsgruppen er opptatt av at de ikke skal nedprioriteres også når det gjelder oppfølging av psykiske lidelser. Det bør derfor være en målsetting å få etablert ressursavdelingsplasser også for denne gruppen. Dette kan i utgangspunktet løses gjennom:

- Felles tilbud for kvinner og menn, basert på henholdsvis:
 - Felles boenheter og aktivitetstilbud
 - Separate boenheter og felles aktivitetstilbud
- Etablerer et separat ressursavdelingstilbud for kvinner.

Gjennomført kartlegging, jfr. pkt. 9.1, indikerer et totalbehov i størrelsesorden 3 – 5 kvinneplasser. For en relativt stor andel av de som var innrapportert, var manipuleringer en del av problemstillingen. Det er derfor knyttet stor usikkerhet til hvilke følger en plassering av kvinner og menn i samme boenhet vil kunne få.

Tradisjonell håndtering av denne problemstillingen innen kriminalomsorgen tilsier at man ikke etableres felles botilbud, men satser på separate boenheter og felles aktivitetstilbud. På den annen side vil foreslått bemanningstetthet, eventuelt i kombinasjon med bygningsmessig fleksible løsninger, kunne legge til rette for en fellesløsning.

Fordeler ved en fellesløsning:

- Kvinnelig nærvær kan ha en positiv innvirkning i forhold til mannlige innsattes atferd.
- Innen psykiatrien har man de siste 30 år plassert menn og kvinner sammen og synes å ha gode erfaringer med dette.
- Dette er økonomisk sett en driftsmessig langt billigere løsning

Ulemper ved en fellesløsning:

- Sex som handelsvare er problematisk uavhengig av om hvorvidt den kvinnelige innsatte utnytter sine muligheter eller blir utnyttet.
- Ukritiske kjærlighetsforhold
- Manipulering gjennom spill på oppmerksomhet og sjalusi
- Avdelingens tilbud vil i stor grad være basert på menns premisser

Arbeidsgruppen mener det er viktig at kvinnelige innsattes behov ikke nedprioriteres av kosteffektivitetsmessige årsaker, og anbefaler at det ved behov opprettes en egen ressursavdeling for kvinner, eksempelvis lokalisert til Bredtveit fengsel, sikrings- og forvaringsanstalt. Det er imidlertid knyttet noe usikkerhet til behov/dimensjonering ettersom det kartlagte tallmateriale er så vidt lite. Arbeidsgruppen fant det i tillegg vanskelig å vurdere de innmeldte kvinnelige innsatte, da de fremviser en noe annen atferd enn mennene.

11.

Areal- og personalmessige behov

11.1

Grunnlag

Vurderingen av personaltetthet og arealbehov må ta utgangspunkt i ønsket kapasitet og funksjonskrav.

Kapasitet

Som tidligere nevnt tilsier hensynet til funksjonalitet og nødvendig ressurseffektivitet at det bør satses på ressursavdelinger med en kapasitet på 12 eller 18 innsatte - fordelt på 6-manns boenheter. Arbeidsgruppen har valgt å legge en dimensjonering på 12 plasser til grunn for vurdering av bemanningsbehovet.

Funksjonskrav

Avdelingen skal kunne gi tilbud til innsatte med svært sammensatte problemer. De skal ha en tilrettelegging som gjør dem i stand til å håndtere fengselshverdagen på en adekvat måte, samt som legger grunnlag for videreføring til annet soningsalternativ. Forberedelse av løslatelsen skal starte på et tidlig tidspunkt med involvering av relevante instanser, herunder blant annet gjennom bidrag fra hjemmekommunen. Videre skal innsattes behov og lovpålagte rettigheter etter løslatelse sikres gjennom en tilfredsstillende oppfølgingsoverføring

Ovennevnte krever økt innsats på mange områder – i særlig grad gjelder dette områder som kartlegging, utredning og diagnostisering, samt ivaretagelse av særlige behov knyttet til relasjonsbygging og miljøterapeutisk innsats. I tillegg vil innsats knyttet til individuell oppfølging og tilrettelegging av den daglige livskvalitet, så vel som aktivitetstilbud og framtidsplanlegging, kreve tid og stor fleksibilitet. Kontakt med pårørende og det eksterne hjelpeapparatet vil måtte ha høyt fokus, hvilket er ressurskrevende.

Klientellet – og da i særlig grad innsatte med utviklingshemming – har et utstrakt behov for en trygg, forutsigbar og konkrete hverdag. Dette gjelder ikke bare i forhold til de daglige aktiviteter, rutiner og prosedyrer, men i vel så stor grad i relasjonen til de tilsatte. En følge av dette er at man i større grad må benytte avdelingens eget personale til aktiviteter som ellers kunne ha vært utført av fengselets fellestjenester, eksempelvis besøk og fremstillinger, enkelte kontrolltiltak med mer.

Sikkerhetsbehov

Det generelle sikkerhetsnivået knyttet til forhold som rømningsfare, illegal rusmiddelhåndtering og ny kriminalitet, bør være som for fengselet for øvrig. Det er imidlertid grunn til å anta at det vil foreligge økt risiko for selvskading og fysiske utageringer som kan være til fare for omgivelsene i slike avdelinger. Forebygging og håndtering av slike hendelser, så vel som behovet for å skape trygghet i miljøet og hos den enkelte, må derfor hensyntas i vurdering av personaltettheten.

Styring av fangesammensetningen

De to boenhetene bør fysisk organiseres slik at man ved enkle hjelpemidler kan endre fangesammensetningen fra 6 + 6 til eksempelvis 7 + 5 eller 8 + 4 dersom dette i perioder skulle vise seg nødvendig. Det vil i tillegg oppstå behov for periodevis skjerming av enkeltinnsatte fra det øvrige miljøet i avdelingen. Dette krever stor fleksibilitet i bruk av bemanningsressursene mellom de to enhetene, hvilket innebærer at man må forholde seg til en total dekningsplan for hele avdelingen under ett. Skjermingsbehovet vil i tillegg ha konsekvenser for personaltettheten.

Aktivitetsnivå

Det må utvikles en aktivitetsmeny som kan gi relevante tilbud til innsatte med sammensatte problemer og svært ulike funksjonsnivå og behov. Dette krever fleksible ordninger basert på en viss aktivitetsmessig overkapasitet. Som det fremgår av 7.3, anbefaler arbeidsgruppen at betjentene står for gjennomføringen av de fleste aktiviteter på dagtid. Det er imidlertid grunn til å anta at en stor andel av sysselsettingen vil måtte gjennomføres i form av én-til-én aktiviteter,

hvilket utløser behov for dagtidstilsatte aktivtører som planlegger, koordinerer, tilrettelegger og følger opp aktivitetene, eventuelt en styrking av fengselets arbeidsdrift.

Kompetansebehov

Følgende fagkompetanse bør være tilgjengelig for avdelingen:

- Psykiatri
- Psykologi
- Vernepleie
- Aktivtør
- Sosialkompetanse med god kunnskap om det kommunale hjelpeapparatet, herunder også habiliteringstjenesten
- Miljøterapeutisk erfaring
- Undervisningsfaglig
- Fengselsfaglig

Opplæring, veiledning, overlappings- og møtebehov

Det må settes av nødvendig tid til opplæring og fortløpende veiledning av avdelingens personale. Noe av dette må kunne gjennomføres gruppevis, hvilket utløser behov for minst én ukentlig overlappingsdag hvor hele avdelingen kan møtes. I tillegg må det avsettes tid daglig til individuell veiledning. Videre vil det være behov for et antall heldagsmøter med henblikk på ivaretagelse av arbeidsmiljø, herunder forebygge splitting, utslitthet og andre psykososiale belastninger som vil kunne prege en slik avdeling.

Det vil være behov for god overlappingstid mellom vaktskiftene – i særlig grad gjelder dette mellom formiddags- og ettermiddagsskiftene.

Ambulerende virksomhet

Det må beregnes ressurser slik at øvrige fengsler i nærområdet kan dra nytte av det kompetansemiljøet som etableres rundt ressursavdelingen gjennom råd og veiledning, herunder bistand til å bringe det kommunale hjelpeapparatet på banen på et tidligst mulig tidspunkt.

Slik bistand må også kunne gis i eget fengsel, hvilken utløser behov for opplæring av fengselets øvrige personale i identifisering og håndtering av innsatte som er i behov av tettere oppfølging, eventuelt også økt tilrettelegging, i de ordinære avdelingene.

11.2

Bemanningsbehov

Ressursbehovet vil være avhengig av fengslets infrastruktur, for så vidt gjelder:

- Psykiatri/psykologressurser
- Interne og eksterne tilbud knyttet til kognitiv mestring, rus, sedelighet, vold og andre relevante behov.
- Fysioterapi
- Tannlegeklinikk
- Sosiale tjenester
- Servicetorg
- Etc.

Administrasjon og ledelse

Avdelingens administrasjons- og ledelsesbehov foreslås dekket av to tilsatte, henholdsvis avdelingsleder og førstebetjent/assisterende avdelingsleder. Avdelingsleder foreslås stillingsplassert på et nivå som gjør det naturlig å plassere vedkommende i fengselets ledergruppe. Det bør i tillegg være åpning for å rekruttere personer med annen utdanning enn den rent fengselsfaglige. Ivaretagelse av avdelingen i forhold til fengselet for øvrig, så vel som intern oppfølging, herunder håndtering og oppfølging av hendelser, særlige saksbehandlingsbehov, samt oppfølging og veiledning av 24 betjenter, begrunner et utvidet ledervolum.

Helsefaglig personell

- Psykiater- og psykologressurser
Oppgavene omfatter blant annet:
 - Diagnostisering, behandling, samtaler og frivillig medikamentell behandling
 - Oppfølging av og innleggelsesansvar for innsatte som under oppholdet kvalifiserer for innleggelse i psykiatrisk sykehusavdeling.
 - Veilede den ordinære fengselshelsetjenesten
 - Veiledning
 - Av mottakende anstalt ved overføring av innsatt til annet fengsel
 - I forbindelse med løslatelse
 - Av friomsorgen
 - Ambulerende veiledning til fengsler i nærområdet
 - Forskning, fagutvikling og intern evaluering

Andre dagstillinger

- Aktivitør
- Oppfølgings- og løslatelseskoordinator
Sosialfaglig person med god kunnskap om det kommunale hjelpeapparatet, herunder også habiliteringstjenesten
- Vernepleier
Oppgavene vil i stor grad være knyttet til miljøterapeutisk innsats, blant annet knyttet til utviklingshemmede

Betjenter

Nødvendigheten av stabile og trygge relasjon, samt behovet for god kunnskap om den enkelte innsattes problemer og behov, innebærer at betjentene vil måtte ha en utvidet rolle i forhold til hva som er tilfelle i fengselet for øvrig. De bør være aktivt tilstedeværende i så godt som alle forhold rundt de innsatte, inkludert dagaktivitetene.

Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt har prøvd ut en blanding av fengselsbetjenter med henholdsvis fengselsfaglige og miljøterapeutisk bakgrunn – med noe vekslende hell. Arbeidsgruppen anbefaler til tross for dette at det forsøkes ut en slik sammensetning, men med hovedvekt på fengselsfaglige. Hva kjønnsfordeling angår, ønsker arbeidsgruppen ikke å gi uttrykk for noen bastante meninger. Antatt økt forekomst av fysiske utageringer i slike avdelinger vil imidlertid måtte inngå i vurderingen når man lokalt ser på sammensetningen av personalet.

Betjentene bør gå i turnus tilpasset fengselets øvrige aktivitetsplan, hvilket normalt innebærer egen dekningsplan i tidsrommet kl 0700 – 2100. Ut fra de oppgaver som tillegges denne arbeidsgruppen, og de særlige ressursbehov som vil være knyttet til en slik avdeling, anbefaler arbeidsgruppen en gjennomsnittlig dekningsplan i denne perioden på 7 betjenter for de to boenhetene samlet. Hvordan man velger å fordele dette mellom dag-, kvelds- og helgeskift må avgjøres lokalt.

Forholdene rundt en slik avdeling, samt behovet for stabile relasjoner og kunnskap om den enkelte innsatte, innebærer at fengselets nattstyrke forsterkes med én tjenestemann fra ressursavdelingen.

Rekruttering

Hvordan sammensetningen av personalet organiseres lokalt, vil måtte gjøres til gjenstand for en konkret vurdering i det enkelte tilfelle, basert på lokale forhold som fengselets øvrige infrastruktur, eksterne tjenester, rekrutteringsmuligheter med mer.

Det kan etter arbeidsgruppens mening være hensiktsmessig å benytte lønn som rekrutteringsmiddel – ikke som lokkemiddel – men for å kunne imøtekomme lønnsnivået i konkurrerende sektorer. Likeså vil betjentene måtte kompenseres for tapt inntekt og kortere arbeidstid som følge av redusert omfang av nattjeneste.

Fengselsundervisningen

Fengselsundervisningen må aktivt inn i avdelingen. Det er grunn til å anta at en relativt stor andel av undervisningen vil måtte være individuelt tilrettelagt. Det synes åpenbart at dette området må styrkes gjennom en egen ressursramme til denne avdelingen.

Fengselets øvrige infrastruktur

Med utgangspunkt i fengselets øvrige infrastruktur, bør det lokalt foretas en vurdering av hvilke funksjoner som vil måtte styrkes i forbindelse med etablering av en ressursavdeling.

Hva helsetjenester angår, vil det ut fra arbeidsgruppens vurdering være mest hensiktsmessig at behandling av somatiske tilstander håndteres av den ordinære fengselshelsetjenesten. Det er grunn til å anta at det innen målgruppen vil være økt etterspørsel også knyttet til somatiske lidelser sammenlignet med hva som er tilfelle for fangebefolkningene for øvrig. Tilbudet må derfor være dimensjonert i forhold til den økte populasjonen og de særlige problemer disse representerer.

Lokalisering utenfor fengsel

Ettersom en ressursavdeling i stor grad vil være avhengig av fengselets øvrige infrastruktur, vil en eventuell satellitt, eksempelvis i form av en samlokalisering med en psykiatrisk sykehusavdeling, en habiliteringsenhet eller lignende, måtte innebære noen bemanningsmessige påplussinger.

Avdeling for farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede – økt ressursbehov

Resultatet av kartleggingen viser at innsatte med dyssosiale personlighetsforstyrrelser representerer store belastninger for personalet. Mer konkret er belastningene knyttet til uforholdsmessig bruk av avdelingens ressurser, samt tendenser til utslitthet og sykemeldinger blant personalet som følge av splittings og spenninger i miljøet. Denne målgruppen vil således måtte kreve en særlig høy personaltetthet.

Bemanningsbehov utregnet i årsverk

Administrasjon og ledelse

- Inspektør/avdelingsleder 1
- Førstebetjent/assisterende avdelingsleder 1 _____ 2

Andre dagstillinger

- Aktivitører, eventuelt styrking av fengslets arbeidsdrift 2
- Oppfølgings- og løslatelseskoordinator 1 _____ 3

Fengselsbetjenter

- 7 betjenter i tidsrommet kl 0700 – 2100
 - 1 betjent i tidsrommet kl. 2100 - 0700
 - Overlappingstid
 - Personalmøter/opplæringsdager
- 24 = 29 årsverk

Avdelinger for farlige og alvorlige personlighetsforstyrrelser vil være i behov av økte personalressurser. Arbeidsgruppen anslår det utvidede behovet til å utgjøre 10 - 20 % av hva som er tilfelle i avdelinger som skal håndtere sårbare og hjelpetrengende, hvilket utgjør = 4 årsverk

Helsefaglig personell

- Psykiater og psykolog = 2 årsverk

Fengselsundervisningen

Beregningen av nødvendige undervisningsressurser bør ta utgangspunkt i et volum tilsvarende fulltidsundervisning for 50 % av innsatte i avdelingen, hvilket utgjør 6 elever.

Målgruppen vil være innsatte med behov for omfattende tilrettelegging, hvilket utløser 10 – 15 ekstra lærertimer/elev.

11.3

Arealmessige behov

Fysisk funksjonsbeskrivelse

Avdelingen vil ha tre hovedfunksjoner, henholdsvis:

- Boenheter
- Aktivitetsenhet
- Administrasjon

Boenheter

To boenheter (12 plasser) bør blant annet inneholde:

- Celler av standardstørrelse (11,5 m²) med egen våtromskabin
- Minimum én HC-celle i hver boenhet
- Skjermingsavdeling

- Felles kjøkken/oppholdsrom og aktivitetsrom i tilknytning til oppholdssonen.

Totalt 415 m² = 34,6 m²/fangeplass

Aktivitetsenheten

Selv om det vil bli arbeidet aktivt med henblikk på å få innsatte til å delta i aktiviteter med fengselets øvrige innsatte, må det kapasitetsmessig legges til rette for at alle 12 innsatte skal kunne gis et tilbud i aktivitetsenheten. Aktuelle rom vil blant annet kunne være:

- Samtale/kontaktbetjentrom
- Programvirksomhetslokale
- Fleksible arbeidsrom
- Skole, inklusive botreningskjøkken
- Tilbaketrekningsrom
- Pausearealer
- Vaskeri
- Visitasjon/urinprøverom

Totalt: 352 m² = 29,3 m²/fangeplass

Administrasjon

Denne delen dekker nødvendige arealer til kontorer og møterom, med mer.

Totalt: 170 m² = ca. 5 m²/tilsatt

Ressursavdelingen totalt: = 937 m² = 78 m²/fangeplass

Av bemannings- og personsikkerhetsmessige årsaker anbefales ressursavdelingen bygget på ett plan.

Som nevnt ovenfor bør de to boenhetene fysisk organiseres slik at man ved enkle hjelpemidler kan endre fangesammensetningen fra 6 + 6 til eksempelvis 7 + 5 eller 8 + 4 dersom dette i perioder skulle vise seg nødvendig.

Det bør legges til rette for at innsatte med sosial angst kan trekke seg ut av en sosial aktivitet uten å måtte forlate rommet, hvilket nødvendiggjør en noe økt arealfaktor per innsatt. Likeså bør det tilrettelegges for at de kan bevege seg i avdelingen uten å måtte passere for tett innpå medinnsatte. Avdelingen anbefales derfor utformet slik at man unngår korridorløsninger – i særlig grad gjelder dette den tradisjonelle cellegangen. Sekundært øke korridorbredden.

Luftegård

Arbeidsgruppen forutsetter at de innsatte kan benyttes seg av fengselets fasiliteter hva angår bibliotek, aktivitetsrom og luftearealer med mer. Det vil likevel være behov for en egen skjermet luftegård i tilknytning til avdelingen. Med henblikk på å lette presset for de innsatte, samt forebygge enkelte grensesettingssituasjoner, anbefaler arbeidsgruppen at bygningsmassen utformes med henblikk på et atrium som kan benyttes av innsatte utenom de faste luftetider.

12.

Sikkerhetsmessige behov

12.1

Trusselbilde

En vurdering av de sikkerhetsmessige behov må ta utgangspunkt i relevante trusselsituasjoner, så som:

1. Internt i avdelingen:

- Medinnsattes og personalets trygghet i forhold til:
 - Trusler
 - Vold og overgrep
 - Mobbing og trakasseringer
 - Utfrysing
 - Manipulering og splitting
 - Uønskede relasjoner
- Selvskading
- Hærverk/ildspåsettelse
- Rus

2. I forhold til samfunnets trygghet

- Rømningsfare
- Ny alvorlig kriminalitet

12.2

Sikkerhetstiltak

Tiltak med henblikk på å forebygge og håndtere situasjoner internt i avdelingen:

De interne problemer som måtte følge av en slik avdeling bør i det alt vesentlige kunne løses gjennom følgende tiltak:

- Høy bemanningstetthet,
- Gode sikkerhetsrutiner
- Relasjonsbygging og tett oppfølging av miljøet, så vel som av den enkelte innsatte.
- Opplæring og veiledning, samt tett oppfølging av personalet.
- Gode skjermingsmuligheter
- Avdelingen bør i tillegg bygges over ett plan.
- Lokaliseres til et fengsel som er egnet til å håndtere utfordrende atferd

Tiltak relatert til samfunnstryggheten:

Forhold knyttet til pkt. 2 må ta utgangspunkt i en individuell risikovurdering av den enkelte innsatte og håndteres som for de øvrige innsatte, hvilket betyr at vedkommende må plasseres i et fengsel som er egnet til å håndtere slike sikkerhetsutfordringer. Dette innebærer at man må sikre at det etableres ressursavdelinger i de høyest sikkerhetsgraderte fengsler. Sikkerhetsnivået i ressursavdelingen må for øvrig samsvare med fengselet det etableres i.

13.

Lokalisering

Lokaliseringsspørsmålet må baseres på en vurdering av følgende forhold:

- Geografisk nærhet til områder hvor hovedtyngden av klientellet rekrutteres fra. Som følge av relativt korte geografiske avstander, kan det være hensiktsmessig å se østlandsområdet under ett, hvilket utgjør et samlet behov i størrelsesorden 52 - 62 plasser, og representerer ca. 65 % av det total plassbehovet. Kartleggingen viser at behovet for kvinneplasser synes begrenset til det sentrale østlandsområdet.

For de øvrige regioner fordeler behovet seg slik:

- Region sørvest: 16 – 18 plasser
- Region vest: 3 - 5 plasser
- Region nord: 9 – 10 plasser

- Muligheter for rekruttering av relevant fagpersonell
- Rimelig nærhet og samarbeidsstrukturer med relevante instanser innen psykisk helsevern.
- Nærhet til forskningsmiljøer
- Fengselets infrastruktur, herunder:
 - Kompetanse og erfaring med tilsvarende klientell
 - Fengselshelsetjenesten
 - Andre forvaltningssamarbeidspartnere
 - Tvangsmidler i form av sikkerhetscelle og –seng.
Lokaliseringen av de enkelte ressursavdelinger må vurderes i sammenheng med infrastrukturen i de aktuelle fengsler. Selv om man gjennom høy personaltetthet, relevant kompetanse og gode skjermingsmuligheter i ressursavdelingen, bør ha en uttalt målsetting om å unngå bruk av tvangsmidler, må det antas at det vil kunne forekomme situasjoner hvor dette ikke er til å unngå. Det bør derfor være en klar forutsetning at fengselet disponerer nødvendige tvangsmidler som sikkerhetscelle og –seng.
 - Disponibelt areal innenfor perimetersikringen.
- Samarbeidsevne og -struktur mellom fengselet og dets forvaltningssamarbeidspartnere
- Fengselets sikkerhetsnivå

Følgende fengsler synes i utgangspunktet aktuelle for etablering av en ressursavdeling

- Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt
- Ullersmo fengsel
- Oslo fengsel
- Skien fengsel
- Stavanger fengsel
- Bergen fengsel
- Trondheim fengsel, eventuelt Østmarka
- Bredtveit fengsel

Arbeidsgruppen anbefaler at aktuelle fengsler inviteres til å utarbeide planer for etablering av slike avdelinger. Oppstarten må være vellykket, hvilket innebærer at de inviterte fengsler må gjøre rede for de momenter som er opplistet ovenfor – med særlig vektlegging på det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet. Kartleggingsresultatet viser at de første 2 – 3 avdelinger bør etableres i østlandsområdet.

14.

Økonomiske og administrative konsekvenser

14.1

Etableringskostnader

Hva etableringskostnader angår, baserer arbeidsgruppens estimat seg på beregnet kostnadsramme for prosjekt 11532 Trondheim fengsel – forvaring, som innebærer kr. 89.000/m² nettoareal. Med et beregnet arealbehov på 937 m² nettoareal skulle dette tilsi investeringer i størrelsesorden: 83 MNOK.

Utstyrsestimatet er basert på samme prosjekt og utgjør: 7 MNOK = 90 MNOK

14.2

Driftskostnader og fordeling av kostnadene

De årlige driftsutgifter knyttet til en 12-manns avdeling er beregnet til 21,8 MNOK
For avdelinger som skal håndtere de farlige og alvorlig personlighetsforstyrrede vil merkostnadene beløpe seg til: 2.2 MNOK

Utgiftene anbefales fordelt mellom Justisdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet etter følgende:

Justisdepartementet

Tar man utgangspunkt i at ressursavdelingene skal etableres som nybygg, og ikke ved omgjøring av eksisterende fengselsavdelinger, innebærer dette en plassøkning. Dette må legges til grunn i kostnadsberegningen. I estimatet under er det ikke tatt høyde for utgifter til husleie.

• Lønnsutgifter: 29 årsverk á 550.000	kr. 16.000.000
• Opplæring/veiledning kr. 10.000/tilsatt	kr. 290.000
• Andre driftsutgifter (10 % av de totale driftsutgifter)	<u>kr. 1.630.000 = kr. 17.920.000</u>
• Merutgifter knyttet til farlige og alvorlig personlighetsforstyrrelser (4 årsverk)	= <u>kr. 2.200.000</u>

Helse- og omsorgsdepartementet

Arbeidsgruppen anbefaler at lønnsutgifter knyttet til 2 årsverk knyttet til psykiater/psykolog-ressurser belastes Helse- og omsorgsdepartementet

Lønnsutgifter: 2 årsverk	= kr. 1.600.000	
• Veiledning/faglig oppdatering	= kr. 100.000	= kr. 1.700.000
• Oppgradering av eksisterende fengselshelseavdeling vurderes i det enkelte tilfelle.		

Kunnskapsdepartementet

En skoleklasse med omfattende tilrettelegging:		
• Normalklasse med 6 elever	= kr. 1.100.000	
• Tilrettelegging: 200.000/elev	= kr. 1.200.000	= kr. 2.200.000

14.3

Organisatoriske forhold

Arbeidsgruppen har vurdert organisasjonsmodell med utgangspunkt i hvorvidt helse- og lærerpersonell skal tilsettes av fengselet, eller om dette skal organiseres etter importmodellen. Førstnevnte valg innebærer en enhetlig organisasjonsmodell med en tydelig struktur, herunder tydelige beslutningsnivåer, instruksjonsmyndighet og muligheter for delegasjonsfullmakter uavhengig av faglig bakgrunn.

Arbeidsgruppen anbefaler imidlertid at ressursavdelingen gjøres til gjenstand for samme organisasjonsform som for fengselet for øvrig, hvilket innebærer at man benytter importmodellen. Dette begrunnes med:

- Økte muligheter for å knytte seg til et fagmiljø
- Økte rekrutteringsmuligheter
- Avdelingen blir ikke så sårbar, eksempelvis i forbindelse med fravær eller midlertidige stillingsvakanser.
- Muligheter for å dra nytte av et bredere fagspenn, hvilket vil være en ubetinget fordel når eksempelvis lærere knyttes til fengselets skoleavdeling.
- Det vil lette samarbeidet med relevante forvaltningsaktører internt og eksternt.

Ovennevnte innebærer at man i beslutnings- og instruksjonsmessige forhold ikke etablerer ordninger som bryter med hva som er tilfelle for fengselet for øvrig.

Det hersker ulike oppfatninger av om hvorvidt veiledning av tilsatte skal utføres av de samme personer som behandler de innsatte. En løsning kan være at veiledningsfunksjonen knyttes tilsetningsmessig til fengselet, enten ved tilsetting eller innleie av tjenester.

14.4

Behov for regelendringer

Som nevnt i kapittel 3, har spørsmålet om å etablere egne tilbud for innsatte med særlige behov, vært behandlet ved to tidligere anledninger – sist i 1997. Denne arbeidsgruppen gjorde seg noen betraktninger vedrørende den eventuelle avdelingens strafferettslige status og tilhørende inntaksregler. Utgangspunktet var at avdelingen både skulle motta domsinnsatte og sikringsdømte, ettersom inntaket skulle baseres på den enkeltes atferd, og ikke type kriminalitet. I 1997 var verken forvaringsinstituttet eller straffegjennomføringsloven trådt i kraft. Daværende forslag til strgfjfl. § 10 uttrykte at forvaringsdømte skulle sone i ”særlig anstalt”, og arbeidsgruppen anså det derfor som viktig at ressursavdelingene oppfylte vilkårene for å være en slik ”særlig anstalt.”

I forarbeidene – Ot.prp. nr. 5 (2000-2001) – til den nye loven som regulerer gjennomføring av straff, straffegjennomføringsloven (strgfjfl.) av 18. mai 2001, ble det foreslått at fengsler med høyt sikkerhetsnivå skal kunne tilrettelegges for innsatte med særlige behov. Strgfjfl. § 10 annet ledd lyder som følger: *”Avdeling i fengsel med høyt sikkerhetsnivå kan tilrettelegges for innsatte med særlige behov, herunder personer som er idømt en strafferettslig særreaksjon eller forvaring, eller innrettes med særlig høyt sikkerhetsnivå.”*

Forarbeidene nevner videre eksplisitt ressursavdelinger som slik tilrettelegging. Det fremgår videre at kriminalomsorgen må ta stilling til hvilke avdelinger som skal inneha en slik status.

Det vil være hensiktsmessig å utrede videre om strgfjfl. § 10, annet ledd, er tilstrekkelig hjemmel for etablering og drift av en ressursavdeling.

Ut fra de vurderinger som er gjort under pkt. 7.1.3, anbefaler arbeidsgruppen at behovet for en hjemmel for tvangsoverføring av innsatte innfor målgruppe 2 gjøres til gjenstand for en utredning.

Uavhengig av om hvorvidt strgfjfl. § 10 anses som tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag for innsettelse og tvangsoverføring, bør det utarbeides en forskriftsbestemmelse med nærmere vilkår for innsettelse. Åpnes det for tvangsoverføring, må det fastsettes klare og entydige vilkår med henblikk på hensynet til forutberegnelighet og klagemuligheter.

Inntakskriterier foreslås basert på observert atferd og antatt funksjonsnivå, og bør omfatte alle innsatte - uavhengig av strafferettslig status.

14.5

Beslutningsprosedyrer

Arbeidsgruppen foreslår at beslutningsprosessen i saker vedrørende overføring til ressursavdeling håndteres som for overføringer mellom fengsler generelt. Det forutsettes at ressursavdelingens innstilling tillegges stor vekt.

15

Evaluering

Arbeidsgruppen er opptatt av at avdelingene gjøres til gjenstand for fortløpende interne evalueringer, så vel som evaluering av en ekstern instans. Viktige evalueringsmomenter vil kunne være:

- Faglig samarbeid mellom de ulike aktører, herunder også videreføringssamarbeidet
- Kosteffektivitet
- Kvalitetssikring av innholdet
- Hvilke innsatte kan nyttiggjøre seg et slikt tilbud
- Hvilke kan ressursavdelingen ikke gjøre noe for
- I hvilke grad søkes det inn innsatte som kunne vært håndtert i en ordinær fengselsavdeling, eventuelt ved overføring til et annet fengsel

16

Referanser

Andersson Daniel (2009) Personlig meddelelse i E-post og telefon oktober 2009 fra Samordnare Daniel Andersson, Kriminalvårdsanstalten Tidaholm, Sverige til seniorrådgiver Sigbjørn Hagen, Justisdepartementet

Arbeidsgruppe (1990) Innstilling om spesialinstitusjon for innsatte med alvorlige personlighetsforstyrrelser, avgitt 1990. Justis- og politidepartementet, Kriminalomsorgsavdelingen

Arbeidsgruppe (1997) Innstilling om etablering av ressursavdelingen i Trondheim Kretsfengsel, avgitt september 1997. Justis- og politidepartementet, Kriminalomsorgsavdelingen

Arboleda F (1999) Mental illness in jails and prisons. *Current Opinion in Psychiatry* 12: 677-82

Bergerud T, Møller P, Larsen F, Veenstra M, Ruud T (2009) Krisepost ved distriktpsikiatrisk senter reduserer ikke akuttinnleggelser i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 129: 1973-6

Bucahanan A & Leese M (2001) Detention of People with Dangerous Severe Personality Disorder: A systematic Review. *The Lancet* 358: 1955-1959

Cardoso Camilla (2009) E-post 25. juni 2009 fra psykolog Camilla Cardoso (Ila fengsel, forvarings- og sikringsanstalt) til Arbeidsgruppen

Cleckley H M (1976) *The Mask of Sanity - An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality*. 5th ed. St. Louis, MO, C V Mosby Co
(Boken ligger også gratis på internett: Scanned facsimile produced for non-profit educational use. Fifth Edition: private printing for non-profit educational use. Copyright 1988 Emily S Cleckley. www.cassiopaea.org/cass/sanity_1.PdF (1.11.2009))

Cooke D.J, Hart S D, Logan C & Michie C (2004) *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale (CAPP-IRS)*. Unpublished manuscript

Department of Health, Home Office & HM Prison Service (2004) *Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD). High Security Services; Planning and Delivery Guide*. Department of Health, Home Office & HM Prison Service

D´Silva K, Duggan C & McCarthy L (2004) Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *Journal of Personality Disorders* 18(2): 163-177

DSPD Programme (2009) *Dangerous People with Severe Personality Disorder* www.dspdprogramme.gov.uk (1.11.2009)

Ekeberg Ø (2001) Villet egenskade, parasuicid eller selvmordsforsøk? *Suicidologi* 6, 6-7

Fazel S & Danesh J (2002) Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 Surveys. *Lancet* 359: 545-50

Fonagy P & Bateman A (2006) Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 188: 1-3

Friestad C & Hansen I L S (2004). *Levekår blant innsatte*. Oslo, Fafo-rapport 429

Gillå Martin (2009) Personlig meddelelser i E-post og telefon oktober 2009 fra Placeringschef Martin Gillå, Placeringsenheten, Kriminalvården i Sverige til seniorrådgiver Sigbjørn Hagen, Justisdepartementet

Hall J R, Benning S D, Patrick C J (2004) Criterion-Related Validity of the three-factor Model of Psychopathy: Personality, Behavior, and Adaptive Functioning. *Assessment* 11(1): 4-16

Hansen A L, Johnsen B H, Thornton D, Waage L & Thayer J F (2007) Facets of Psychopathy, Heart Rate Variability and Cognitive Function. *Journal of Personality Disorders* 21(5): 568-582

Hansen A L, Johnsen B H, Hart S, Waage L & Thayer J F (2008) Brief Communication: Psychopathy and Recognition of Facial Expression of Emotions. *Journal of Personality Disorders* 22(6): 639-645

Hanson R K, Gordon A, Harris A J R, et al (2002) First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: a Journal for Research and Treatment* 14: 167-192

Hare R D (1991) *The Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)*. Toronto, Ontario, Multi-Health Systems

Hare R D, Clark D, Grann M & Thornton D (2000) Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R; An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law* 18: 623-645

Hart S D, Cox D N & Hare R D (1995) *Manual for the Screening Version of the Hare Psychopathy Checklist*. Toronto, Ontario, Multi-Health Systems

Hart S D & Hare R D (1996) Psychopathy and antisocial personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 9: 129-132

Hartvig P & Østberg B (2004) Psykisk lidelse og avvik blant norske fengselsinnsatte. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 124: 2091-3

Home Office and Department of Health (1999) *Managing Dangerous People with Severe Personality Disorder*. London, Home Office and Department of Health

Howells K, Krishnan G & Daffern M (2007) Challenges in the treatment of dangerous and severe personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 13: 325 - 332

Jacobson C M, Muehlenkamp J J, Miller A L & Turner JB (2008) Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 37: 363–75

Justis- og politidepartementet (1991 -1992) St. meld. nr. 56 Om opprettelse av fengsel for straffe- og/eller sikringsdømte med store atferdsavvik

Justis- og politidepartementet (1993-1994) Ot.prp. nr. 87 Om lov om endringer i straffeloven m v (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner)

Justis- og politidepartementet (1996-1997) St.prp. nr. 1

Justis- og politidepartementet (2000-2001) Ot.prp. nr. 5 Om lov om gjennomføring av straff

Justis- og politidepartementet (1997-1998) St.meld. nr. 27 Om kriminalomsorgen

Justis- og politidepartementet (2000-2001) Ot.prp. nr. 46 Om lov om endringer i straffeloven og enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239)

Justis- og politidepartementet (2006-2007) Ot.prp. nr. 15 Om lov om endringer i straffegjennomføringsloven og straffeloven (opplysningsplikt, vandelskrav og varsel til fornærmede m v)

Justis- og politidepartementet (2007-2008) St. meld. nr. 37 Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn

Justis- og politidepartementet (2008) Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring. Rapport fra utredningsgruppe oppnevnt av justis- og politidepartementet 18 mai 2006 (Mæland-utvalget)

www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Rapporter/G-0400_Maeland.pdf (1.11.2009)

Kjelsberg E, Hartvig P (2005) Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005. En statusrapport. Prosjektrapport 2005-1. Oslo, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør (Finnes også i elektronisk utgave som pdf-fil: www.kompetanse-senteret.no/pages/publikasjoner/2005/2005_1_rapport.pdf (1.11.2009))

Kjelsberg E, Sandli C S (2009) Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008. Prosjektrapport 2009-1. Oslo, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst (Finnes også i elektronisk utgave som pdf-fil: www.kompetanse-senteret.no/pages/publikasjoner/2009/2009_1_rapport.pdf (1.11.2009))

Klonsky E D (2007) The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 27: 226–39.

Kolbjørnsrud O, Larsen F, Elbert G, Ruud T (2009) Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akuttplasser ved sykehus? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 129: 1991-4.

Kriminalvårdens stödavdelingsverksamhet (2000) Rapport nr. 2 www.kvv.se/sv/Publikationer/Rapporter (23.10.2009)

- Langeweld H & Melhus H (2004). Blir psykiske lidelser fanget opp av helsetjenesten. Tidsskrift for Den norske lægeforening 124: 2094-7
- Laski F J (1992) Sentencing the offender with mental retardation: Honoring the imperative for intermediate punishments and probation. I: R W Conley, R Luckasson & G N Bouthilet (red) The Criminal Justice System and Mental Retardation. Baltimore, Paul H Brookes Publishing
- Levander S, Svalenius H & Jensen J (1997) Psykiska skador vanliga bland interner. Läktidningen 94: 46-50
- Linehan M (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, Guilford Press
- Lyall I, Holland A J, Collins S & Styles P (1995) Incidence of persons with a learning disability detained in police custody: A needs assessment for service development. Medical Science and Law 35: 61-71
- Maden A (2007a) Dangerous and Severe Personality Disorder: Antecedents and Origins. The British Journal of Psychiatry 190: 8-11
- Maden T (2007b) Treating violence: a guide to risk management in mental health. New York, Oxford University Press
- Monahan J, Steadman H J, Silver E, Appelbaum P S, Robbins P C, Mulvey E P, Roth L H, Grisso T & Banks S (2001) Rethinking Risk Assessment. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. New York, Oxford University Press
- Murphy M, Harrold M, Carey S & Mulrooney M (2000) A survey of the level of learning disability among the prison population in Ireland. Dublin, Department of Justice
- Myrbakk E (2008) A study of behavior problems and psychiatric disorders among people with intellectual disability (Doctoral theses). Oslo, University of Oslo
- NOU (1990):5 Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner. Straffelovkommissjonens delutredning IV. Justis- og politidepartementet
- Rasmussen K, Almvik R, Levander S (2001) Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability; and personality disorders in a prison population. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 29(2): 186-93
- Rasmussen K, Storsæter O & Levander S (1999) Personality disorders, psychopathy and crime in a Norwegian prison population. International Journal of Law and Psychiatry 22: 91-7
- Rice M E, Harris G T & Cormier C A (1992) Evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. Law and Human Behavior 16, 399-412
- Riksadvokaten (2001) Utilregnelighetsregler og særreaksjoner. Rundskriv 4/2001 (3. des.)

Sigurjónsdóttir M (2009a) Opptrappingsplanen for psykisk helse - idealer og realiteter. Tidsskrift for Den norske legeforening 129: 764-6.

Sigurjónsdóttir M (2009b) Sikkerhetspsykiatrien trenger flere sengeplasser. Tidsskrift for Den norske legeforening 129: 767-8.

Sosial- og helsedirektoratet (2008) Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvmord_kor_36439a.pdf (1.11.2009)

Statens helsetilsyn (1998) ICD-10 Den Internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Norsk utgave. Utgitt av Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet med tillatelse fra Verdens helseorganisasjon, WHO. Oslo, Elanders Forlag

Statens helsetilsyn (2001) Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. IK-2743. Oslo, Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn (2003) ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo, Statens helsetilsyn, Gyldendal

Statistisk sentralbyrå (2009) Spesialisthelsetenesta. Psykisk helsevern 2008. Psykisk helsevern, 2000-2008. Nøkkeltal www.ssb.no/speshelsepsyk/main.html (1.11.2009)

Stortingets Justiskomiteé (1992-1993) Innst. S. Nr. 18

Søndenaa E (2009) Intellectual disabilities in the criminal justice system (Doctoral theses at NTNU, 2009:6). Trondheim, NTNU (Norwegian University of Science and Technology)

Walby F A, Ness E (2009) Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening 129: 885-7

Weisæth-utvalget (1986) Psykiatri og avvik hos innsatte. Innstilling avgitt 27. mars 1986 av et interdepartementalt utvalg til å utrede etablering av psykisk helsevern for innsatte i fengsel. Oslo, Sosialdepartementet

Winickel R & Stanley M (1991) A review of the behavior and biology of selfmutilation. American Journal of Psychiatry 148: 306-317.

Ystgaard, M. (2003). Villet egenskade blant ungdom: Nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. Suicidologi 8: 7-9

Zlotnick C, Mattia J I & Zimmerman M (1999) Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. The Journal of Nervous and Mental Disease 187: 296-301

Øverland S (2006) Selvskading en praktisk innføring. Bergen, Fagbokforlaget

17

Vedlegg

- Vedlegg 1:
Brev fra Justisdepartementet til kriminalomsorgsregionene, datert 08.06.09: *Opprettelse av ressursavdelinger for innsatte med alvorlige atferdsavvik, lettgradig psykisk utviklingshemming og andre psykiske lidelser - kartlegging av forekomst*
- Vedlegg 2:
Kartleggingsskjema
- Vedlegg 3:
Funksjonsbeskrivelse – eksempel på romprogram

Vedlegg 1

Kriminalomsorgsregionene

Deres ref.

Vår ref.
200901786- /SHA

Dato
08.06.2009

Opprettelse av ressursavdelinger for innsatte med alvorlige atferdsavvik, lettgradig psykisk utviklingshemming og andre psykiske lidelser - kartlegging av forekomst

Personer som er psykotiske skal ikke sitte i fengsel, men overføres psykiatrisk sykehusavdeling til behandling. Kriminalomsorgen har imidlertid et ansvar for å ivareta personer som ikke har en alvorlig sinnslidelse, herunder også forebygge at det utvikler seg til slike tilstander som følge av selve fengselsoppholdet. I Stortingsmelding nr. 37, Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn, setter justisdepartementet fokus på personer som bør undergis en tettere oppfølging enn hva som er mulig å få til innenfor de ordinære fengselsavdelinger. Det er i den forbindelse igangsatt en tverrfaglig utredning av behovet for å etablere egne ressursavdelinger – mindre enheter i ulike fengsler – med henblikk på et mer differensiert og bedre tilrettelagt soningstilbud for de som har det vanskeligst og for de som skaper størst vankeligheter under frihetsberøvelsen.

Utfordringene knytter seg særlig til alvorlige personlighetsforstyrrelser, personer med grensepsykotiske tilstander og lettgradig psykisk utviklingshemming.

Med henblikk på å vurdere behovet for et slikt tilbud, herunder også dimensjoneringen av dette, ønsker Justisdepartementet å innhente statusopplysninger om forekomst av innsatte innen målgruppen som fengselet mener kunne ha nytte av et tilbud ved en ressursavdeling. Det er sendt ut separate henvendelser til henholdsvis fengselsledelse og fengselshelsetjeneste, som svarer hver for seg.

Grunnlaget for å innhente opplysninger om slike helseforhold i forhold til helselovgivning og helsepersonell har vært forelagt Helsedirektoratet. Kartleggingseskjemaet kan besvares av fengselshelsetjenesteansatte med hjemmel i helsepersonelloven § 23 nr. 3 om begrensinger i taushetsplikten ved at opplysninger kan gis videre når behovet for beskyttelse anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt.

Målgruppene som ønskes kartlagt

Innsatte som har det vanskelig

Innsatte med psykiske lidelser, herunder også lettgradig utviklingshemming, som har behov for ekstraordinær tilrettelegging og oppfølging, herunder:

- Innsatte som har psykotiske gjennombrudd i fengsel, men som i et terapeutisk sykehusmiljø klarer å kontrollere symptomene.
- Innsatte som er suicid- og/eller selvskadingstruet
- Innsatte med paranoid beredskap som er til fare for andre.
- Innsatte som isolerer seg over tid med påfølgende gradvis dårligere psykisk helse.

Innsatte som skaper størst vanskeligheter

Innsatte med alvorlige personlighetsforstyrrelser som:

- Oppleveres som manipulerende og selvcentrerte med lav frustrasjons- og aggresjonsterskel.
- Oppleveres som krise- og konfliktskapende og kan sette avdelingen på hodet
- Oppleveres som negativt styrende. Som ved å spre frykt og/eller gjennom sin kriminelle status søker å ta kontroll over omgivelsene.
- Har en tendens til bortforklaring og projeksjon – legger skyld på andre personer/forhold enn seg selv. Har derfor ingen personlige endringsbehov.
- Oppleveres som urettferdige og løgnaktige. Som utviser grov likegyldighet overfor andres følelser.

Formålet med opprettelse av ressursavdelinger

Innsatte som har det vanskelig

Ressursavdelingen skal kunne gi individuelt tilrettelagte tilbud og hindre isolasjon og stimulideprivasjon. Tiltaket tar i tillegg sikte på å redusere risikoen for suicid og selvskading, samt skjerme innsatte med høy paranoid beredskap. For innsatte med en lettgradig utviklingshemming vil det i tillegg settes fokus på forhold som livsmestringskompetanse og soningstilretteleggelse med utgangspunkt i en trygg, forståelig, forutsigbar og konkret hverdag. Innsattes behov og lovpålagte rettigheter etter løslatelse skal sikres gjennom en tilfredsstillende oppfølgningsoverføring

Innsatte skal ha hjelp til å planlegge overføring/tilbakeføring til ordinær avdeling. Forberedelse av løslatelsen skal starte på et tidlig tidspunkt med involvering av relevante instanser, herunder blant annet gjennom bidrag fra hjemmekommunen.

Innsatte som skaper vanskeligheter

Ressursavdelingen skal ha fokus på:

- Struktur, forutsigbarhet, klare tilbakemeldinger og resolutt grensesetting.
- Mellommenneskelig kontakt med personalet uten muligheter for manipulering og splitting av de tilsatte.
- Sikring av omgivelsenes trygghet og allmenne hverdagskvalitet.

Fremgangsmåte

Det ønskes en oversikt over antall innsatte som vurderes å falle innenfor målgruppene i en utvalgt gruppe fengsler. Det understrekes at oversikten skal begrenses til å omfatte innsatte som krever en oppfølging utover hva som er mulig å få til innenfor de ordinære fengselsavdelinger.

- Med henblikk på å sikre at alle svar er basert på en felles oppfatning av problemstillingen, bes det om at vedlagte skjema fylles ut for hver enkelt innsatt man mener tilhører målgruppen.

- For innsatte med sammensatte problemer, bes det om at dette registreres på skjemaet ved avkrysning av flere målgrupper. Marker hvilken problemstilling man mener er hovedårsaken til at innsatte behøver særlig oppfølging.
- Kartleggingen skal ta utgangspunkt i en fast dato, onsdag 17. juni 2009.

Kartleggingsmaterialet vil bli lagret som et worddokument. Tilgangen begrenses til de som i den aktuelle sammenheng har tjenestelig behov. Det vil ikke bli benyttet til andre formål enn den ovenfor beskrevne og skal slettes etter bruk.

Frist:

Materialet oversendes elektronisk til sigbjorn.hagen@jd.dep.no innen 29.06.2009.

Med hilsen

Andreas Skulberg
avdelingsdirektør

Sigbjørn Hagen
seniorrådgiver

Aktuelle fengsler:

- Region øst:
 - Oslo
 - Bredtveit

- Region nordøst:
 - Ullersmo
 - Ila
 - Kongsvinger

- Region sør:
 - Ringerike
 - Skien
 - Sem
 - Drammen

- Region sørvest:
 - Åna
 - Stavanger
 - Kristiansand
 - Arendal

- Region vest:
 - Bergen

- Region nord:
 - Trondheim
 - Tromsø
 - Bodø
 - Vadsø

Vedlegg 2

Kartleggingsskjema

(Et svarark pr innsatt innen målgruppen)

Den registrerte innsatte har behov for oppfølging utover hva som er mulig å få til innenfor ordinær fengselsavdeling

Ved sammensatte problemer, kryss av for flere målgrupper. Markér hvilken problemstilling man mener er hovedårsaken til at innsatte behøver særlig oppfølging

	Fengsel	
	Skjema nummer	
	Innsatte tilhører målgruppe 1, innsatte som <u>har</u> det vanskelig	
	Innsatte tilhører målgruppe 2, innsatte som <u>er/oppleves</u> som vanskelig	
1.1	Kjønn	
1.2	Alder	
1.2.2	<ul style="list-style-type: none">• Under 23	
1.2.3	<ul style="list-style-type: none">• Over 23	
2.1	Har den innsatte fremsatt trusler om vold mot medinnsatte eller personalet i løpet av innsettelsen?	
2.2	Har den innsatte vist truende atferd?	
2.3	Har den innsatte vist atferd som oppleves som truende av flere?	
2.4	Har innsatte utøvd vold mot medinnsatte eller personale i løpet av aktuelle innsettelse?	
3.1	Har innsatte gitt uttrykk for selvmordstanker i løpet av aktuelle innsettelse?	
3.2	Har innsatte gitt uttrykk for selvmordsplaner i løpet av aktuelle innsettelse?	
3.3	Har innsatte skadet seg selv i forbindelse med aktuelle innsettelse? Hvis ja, var skaden av en alvorlighetsgrad som tilsa behov for legetilsyn?	
3.4	Ble skaden vurdert som et suicidforsøk?	
3.5	Ble skaden vurdert som selvskading uten suicidal hensikt?	
4.1	Har innsatte utført hærverk/"knusing" eller brannstiftelser under oppholdet?	
4.2	Har innsatte hatt episoder med overføring til sikkerhetscelle? Hvis ja, med hvilken begrunnelse?	
5.1	Har innsatte vært søkt innlagt i psykiatrisk avdeling i forbindelse med aktuelle innsettelse?	
5.2	Har innsatte hatt opphold ved psykiatrisk avdeling i løpet av aktuelle innsettelse?	
5.3	Har innsatte hatt opphold ved psykiatrisk avdeling under tidligere fengselsopphold?	
6.1	Har innsatte isolert seg over tid?	
6.2	Har man etter langvarig isolasjon observert påfølgende gradvis dårligere psykisk helse i forbindelse med aktuelle innsettelse?	

7.1	Har den innsatte med bakgrunn i en antatt psykisk utviklingshemming et funksjonsnivå som tilsier behov for tilrettelegging utover det en vanlig fengselsavdeling kan tilby? Hvis ja, forklar kortfattet hvorfor	
7.2	Har innsatte gjennomført grunnskole?	
8.1	Har den innsatte vist manipulerende atferd? Hvis ja, beskriv atferden	
8.2	Har innsatte vist atferd som bidrar til konflikter og krisesituasjoner? Hvis ja, beskriv atferden	
8.3	Har innsatte vist aggressiv atferd? Hvis ja, beskriv atferden	
8.4	Opplevs innsatte som negativt styrende?	
8.5	Holder innsatte "hoff" Blir vedkommende "vartet opp" av medinnsatte, eksempelvis ved at andre vasker cella hans/hennes? Hvis ja, beskriv dette kortfattet	
8.6	Har den innsatte en sentral posisjon i kriminelle nettverk?	
8.7	Har den innsatte en tendens til bortforklaring ved å skylde på omgivelsene?	
8.8	Opplevs den innsatte som urettferdig og løgnaktig?	
8.9	Opplevs innsatte som likegyldig i forhold til andres følelser?	
8.10	Er det mistanke om alvorlig sinnslidelse (psykose)?	
8.11	Er det mistanke om personlighetsforstyrrelse?	
8.12	Går en uforholdsmessig del av avdelingens ressurser med til å håndtere den innsatte?	
8.13	Er det tendens til utslitthet og sykemeldinger blant personalet som følge av splitting og spenninger i miljøet som kan knyttes til den innsatte?	
9.1	Svaret er utarbeidet av fengselsledelsen	
9.2	Svaret er utarbeidet av fengselshelsestjenesten	

Vedlegg 3

Ressursavdeling – funksjonsbeskrivelse

Eksempel på romprogram

Eksempelet tar utgangspunkt i to boenheter med en samlet kapasitet på 12 innsatte.

Boenhet x 2		415
1. Beboelsesrom med wc, vask og dusj		147
a. 11 celler á 11,5 m ²	127	
b. HC-celle med wc, vask og dusj	20	
2. Skjermingsavd. med wc, vask og dusj og forrom x 2		60
3. Felles oppholdsrom med kjøkken, spise plass og oppholdssone x 2		100
4. Aktivitetsrom i tilknytning til oppholdssonen x 2		40
5. Telefonrom		3
6. Vaskerom x 2		20
7. Lagerrom		15
8. Avdelingskontor x 2		30
(37,2 m ² /fange plass)		
Aktivitetsavdeling (for 2 boenheter)		352
1. Samtale/kontaktbetjentrom		15
2. Rom for programvirksomhet		40
3. Skole		105
a. Undervisningsrom	40	
b. Botreningsrom inkl. kjøkken	40	
c. Arbeidsrom for lærere	25	
4. Arbeid		55
a. Kontor	15	
b. Fleksible arbeidsrom	40	
5. Aktivitets/treningsrom		55

6. Felles lagerrom	15
7. Tilbaketrekningsrom	15
8. Felles pauserom	25
9. Visitasjon/urinprøverom	15
10. Toaletter x 4	12

Personalrom

		170
1. Avdelingsleder	15	
2. 1. betjentkontor	10	
3. Kontor psykiater/psykolog	30	
4. Flerbrukskontor	15	
5. Felles møterom	35	
6. Kopi/rekvisita	10	
7. Garderobe og toaletter	30	
8. Pauserom m/T-kjøkken	25	

Totalt:

= 78 m²/fangeplass

937

Til sammenligning:

- Forvaringsavdeling i Trondheim fengsel: 784m² = 78,4 m²/fangeplass
- Akuttpsykiatrisk avdeling, Telemark sykehus: = 100m²/pasientplass

