
Tidligere kriminalitet og psykisk helsehjelp hos personer med soningserfaring som blir dømt til tvungent psykisk helsevern

ORIGINALARTIKKEL

ELINE BORGER ROGNLI

elboka@ous-hf.no

Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk)

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

Forfatterbidrag: design, tolking av data, utarbeiding og revisjon av manus og godkjenning av innsendte manus.

Eline Borger Rognli er ph.d., spesialist i rus- og avhengighetspsykologi og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE BUKTEN

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

og

Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk)

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

og

Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter (KRUS)

Oslo

Forfatterbidrag: datainnsamling/registerkobling, revisjon av manus og godkjenning av innsendte manus.

Anne Bukten er master i psykologi, seniorforsker og forsker 1.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JØRGEN G. BRAMNESS

Avdeling for rusmidler og tobakk

Folkehelseinstituttet

Oslo

og

Institutt for klinisk medisin

UiT – Norges arktiske universitet

Tromsø

og

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
(NKROP)

Sykehuset Innlandet

Hamar

Forfatterbidrag: tolking av data, revisjon av manus og godkjenning av
innsendte manus.

Jørgen G. Bramness er dr.med., professor i psykiatri og seniorforsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

MARIANNE RIKSHEIM STAVSETH

Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk)

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

og

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: datainnsamling/registerkobling, design, analyse av
data, tolking av data, revisjon av manus og godkjenning av innsendte
manus.

Marianne Riksheim Stavseth er statistiker og postdok.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

Bakgrunn

I perioden 2002–20 ble 431 personer dømt til tvungent psykisk helsevern. Mange av disse hadde sonet i fengsel, enten tidligere eller i forbindelse med de kriminelle gjerningene som førte til dommen. Denne studien ser nærmere på bakgrunn, annen kriminalitet og psykisk helse i tiden før disse lovbruddene blant dem med soningserfaring.

Materiale og metode

Data fra Kriminalomsorgens register over fengsling, Straffesaksregisteret, Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå ble brukt til å studere personer dømt til tvungent psykisk helsevern i perioden 2002–20, og som tidligere har sonet i fengsel.

Resultater

Blant 286 personer med soningserfaring dømt til tvungent psykisk helsevern, var det 246 (86,0 %) som hadde tidligere domfellelser, og 140 (49,0 %) som tidligere hadde fått kriminelle forhold henlagt på grunn av tvil om strafferettslig tilregnelighet. Tidligere psykisk sykdom de siste to år ble studert blant 186 personer. Av disse hadde 151 (81,2 %) vært i behandling i psykisk helsevern, med psykoselidelser (106/186 (57,0 %)) og rusmiddellidelser (109/186 (58,6 %)) som de vanligste diagnosene.

Fortolkning

Personer med soningserfaring som dømmes til tvungent psykisk helsevern, har vært gjengangere i både rettsvesenet og psykisk helsevern før de begår de kriminelle gjerningene som fører til tvungent psykisk helsevern.

Hovedfunn

Av 286 personer med soningserfaring som ble dømt til tvungent psykisk helsevern i perioden 2002–20, var 246 (86,0 %) tidligere domfelt.

Videre hadde 140 (49,0 %) tidligere fått kriminelle forhold henlagt grunnet tvil om strafferettslig tilregnelighet.

Behandlingen i psykisk helsevern de siste to årene før siste kriminelle gjerning som førte til dom til tvungent psykisk helsevern, var preget av sporadisk poliklinisk kontakt (median på 20 kontakter per år) og kortvarige innleggelser (median på 2 dager).

De vanligste psykiske lidelsene var psykoselidelser (106/186 (57,0 %)) og rusmiddellidelser (109/186 (58,6 %)).

De siste 20 årene har det i Norge eksistert to former for tvungent psykisk helsevern: én sivilrettslig som besluttes av faglig ansvarlig lege eller psykolog ved institusjonen, og én strafferettslig som besluttes av påtalemyndighet og domstol. Domstolsversjonen av tvungent psykisk helsevern ble etablert i 2002, og er en rettslig særreaksjon hjemlet i straffelovens § 62 (1) og beskrevet i psykisk helsevernloven, kapittel 5 (2). En slik dom kan gis i stedet for fengselsstraff til personer som blir vurdert til ikke å være strafferettslig ansvarlige på handlingstidspunktet på grunn av sterkt avvikende sinnstilstand, og der det er nødvendig å verne samfunnet fordi man frykter gjentagelse. Ved dom til tvungent psykisk helsevern har helsetjenesten, innenfor rammene av psykisk helsevernloven, ansvaret for gjennomføring av dommen.

De to formene for tvungent psykisk helsevern har beveget seg i ulike retninger. I det sivilrettslige har pasientens autonomi blitt tiltagende vektlagt. I 2017 ble loven om psykisk helsevern endret, og vilkårene for bruk av tvang ble innskjerpet (3). Parallelt med dette har antallet personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern, økt kraftig, særlig etter 2017 (4). Fra den strafferettslige ordningen ble innført i 2002, og til og med 2016, ble det i gjennomsnitt avsagt 18 dommer om tvungent psykisk helsevern i året, mens det i perioden 2017–21 i gjennomsnitt ble avsagt 46 slike dommer i året. Fordi en tvangsreaksjon kan vare i mange år, samtidig som antallet nye dommer har økt, opptar personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern stadig flere plasser i psykisk helsevern.

Samtidig som antallet dommer til tvungent psykisk helsevern har økt, har antallet sengeplasser i psykisk helsevern blitt redusert (5, 6). Dette har medført at en økende andel sengeplasser opptas av pasienter som har fått en slik dom. I sikkerhetspsykiatrien var det 220 døgnplasser i 2019, hvorav litt under halvparten av plassene var belagt av domfelte pasienter (7). På lederplass i Tidsskriftet er det uttrykt bekymring for utviklingen i de to typene tvangsbehandling (8). I ukeavisen Dagens Medisin har det flere ganger vært pekt på at pasienter i den ordinære døgnbehandlingen fortrenses av pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern, noe som også er kommentert i Tidsskriftet (9).

Hva slags kriminalitet som inngår i dommene til tvungent psykisk helsevern, samt alder, kjønn og geografisk tilhørighet til de domfelte, er godt kjent fra Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern sin oppsummerende rapport for perioden 2002–21: Over 90 % av dem som dømmes til tvunget psykisk helsevern, er menn. Voldslovbrudd er den vanligste årsaken til slike dommer, og over 40 % er dømt for drap eller drapsforsøk (4). Vi vet imidlertid mindre om bakgrunnen til dem som dømmes til tvungent psykisk helsevern, det vil si opplysninger fra tiden før de begår kriminaliteten som førte til dom til tvungent psykisk helsevern.

For å kunne evaluere dagens ordning og fange opp disse personene tidligere, trengs et bedre kunnskapsgrunnlag. Gjennom en pågående registerstudie basert på personer som har vært fengslet, har vi tilgang til en unik datakobling hvor vi kan undersøke en undergruppe av dem som er dømt til tvungent psykisk helsevern. Fengslingen kan ligge langt tilbake i tid, eller den kan være knyttet til kriminaliteten som førte til dommen.

Hensikten med denne studien er å beskrive sosiodemografiske forhold, kriminalitet, rus- og psykiske lidelser og helsehjelp blant personer dømt til tvungent psykisk helsevern og som tidligere har sittet i fengsel, i tiden før den kriminelle gjerningen som førte til dom til tvungent psykisk helsevern.

Materiale og metode

Datamaterialet for studien er knyttet til prosjektet *Diagnosing and treating substance use in prison* (PriSUD) ved Universitetet i Oslo (10), og omfatter alle personer som har sonet i fengsel i perioden 1.1.2000 til 31.12.2019, omtalt som

nPRIS-kohorten. Dataene ble hentet fra Kriminalomsorgens produktivitetsfremmende informasjonssystem, og ble koblet til retrospektive og prospektive data fra politiets straffesaksregister, Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå. Kun personer med norsk fødsels- og personnummer inngikk i koblingen. For en oversikt over datakildene og deres datafangstperioder, se tabell 1.

Tabell 1

Oversikt over datakilder og tidsperiodene for datafangst av de forskjellige variablene som brukes i studien. ICD = International Classification of Diseases.

Variabelkategori	Datakilde	Tidsperiode
Diagnosedata basert på ICD-10-koder	Norsk pasientregister	1.1.2009–31.12.2020
Kriminalitet basert på koder fra politiets straffesaksregister og kategorisert i henhold til Statistisk sentralbyrå sin inndeling (11) Henleggelse og overføring til tvungent psykisk helsevern	Politiets straffesaksregister	1.1.1994–31.12.2020
Demografi	Alder	Kriminalomsorgens register over fengsling
	Kjønn	
	Utdanning	1.9.1974–31.12.2020
	Innvandring	Statistisk sentralbyrå
	Inntekt per år	1.1.1993–31.12.2020

Definisjon av utvalget

Fra nPRIS-kohorten (de som hadde sonet i fengsel i perioden 1.1.2000 til 31.12.2019) identifiserte vi (gjennom politiets straffesaksregister) personer som i perioden 1.1.2002 til 31.12.2020 hadde vært dømt til overføring til tvungent psykisk helsevern.

Sosioøkonomisk bakgrunn

Fra Statistisk sentralbyrå ble det hentet informasjon om fullført grunnskole (barne- og ungdomsskole), videregående skole eller høyere utdanning, samt fødeland for personen og personens foreldre. Inntektsvariabler ble beregnet som gjennomsnittet av medianinntekten de siste tre årene før siste kriminelle gjerning i dommen til tvungent psykisk helsevern.

Kriminalitet

Fra politiets straffesaksregister ble det hentet data om forhold som hadde ført til enten betinget eller ubetinget fengsel, samfunnsstraff eller idømt forelegg. Domfellelser ble kategorisert i henhold til Statistisk sentralbyrå sin inndeling for lovbrudd (11). I tillegg til domfellelser inkluderte vi to typer

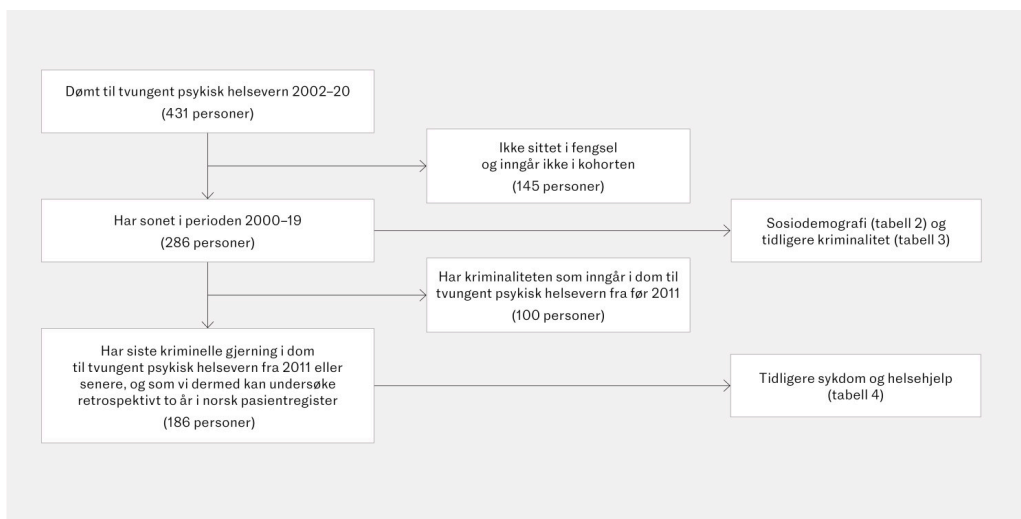
henleggelsessaker: Saker henlagt på grunn av alder (under 15 år), og saker henlagt på grunn av tvil om gjerningspersonens strafferettslige tilregnelighet på gjerningstidspunktet.

Helsevariabler

Fra Norsk pasientregister hentet vi data om behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette inkluderte type behandling, dvs. døgnbehandling og poliklinisk behandling, samt omfanget av behandlingen, dvs. antall episoder og varighet. Diagnoser ved behandlingskontakter ble registrert i henhold til ICD-10 (12).

Helsevariablene ble begrenset av tidsrammen for Norsk pasientregister, som har høy dekningsgrad av data fra 2009. For de som har dommer til tvungent psykisk helsevern fra før 2009, finnes det altså ikke tidligere helseopplysninger i nasjonalt register. Siden vi ønsket å se på helseopplysninger i tiden før dom til tvungent psykisk helsevern, måtte vi gå noe framover i tid fra 2009 når vi fastsatte hvilke dommer vi tok med i analysene om sykdom og behandling. Vi anså to år som en meningsfull tidsperiode å undersøke. Derfor inkluderte vi i helseundersøkelsen personer hvis siste kriminelle gjerning i dommen til tvungent psykisk helsevern var i 2011 eller senere. For personer med flere enn én kriminell gjerning inkludert i dommen, ble starttiden for den retrospektive undersøkelsen satt til tidspunktet for den siste kriminelle gjerningen.

Det ble altså benyttet to ulike utvalg i studien. I ett utvalg bestående av personer som var dømt til tvungent psykisk helsevern, og som en eller annen gang har sittet i fengsel, undersøkte vi sosiodemografisk bakgrunn og kriminalitet før dom til tvungent psykisk helsevern. I et noe mindre utvalg bestående av dem som var dømt til tvungent psykisk helsevern, og som en eller annen gang hadde sittet i fengsel og hvor siste kriminelle gjerning i dommen til tvungent psykisk helsevern var i 2011 eller senere, undersøkte vi tidligere sykdom og behandling. Figur 1 illustrerer hvilke utvalg som belyser hvilke problemstillinger, og i hvilke tabeller resultatene finnes.



Figur 1 Illustrasjon av utvalg, problemstillinger og i hvilke tabeller resultatene finnes.

Resultatene rapporteres som antall, total og andeler (n/N (%)) for kategoriske variabler, og median med interkvartilbredde for kontinuerlige variabler.

Prosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK id 2012/1401, 29513), vurdert av Norsk senter for forskningsdata (NSD id 847562) og godkjent av personvernombudet ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Utlevering av data fra politiets straffesaksregister er godkjent av Politidirektoratet.

Resultater

Det var 286 unike personer med soningserfaring (2000–19) som ble idømt tvungent psykisk helsevern i perioden fra 2002 til og med 2020 (tabell 2). Til grunn for disse dommene lå til sammen 2 614 lovbrudd, (median = 3 lovbrudd, interkvartilbredde = 1–10, maksverdi = 114).

Tabell 2

Sosiodemografiske variabler for 286 personer med soningserfaring som ble dømt til tvungent psykisk helsevern i perioden fra 2002 til 2020. Antall (%) dersom annet ikke er angitt

Variabler	
Alder ved dom til tvungent psykisk helsevern, median (interkvartilbredde)	35 (28–44)
Kvinner	19 (6,6)
Utdanning ¹	
Fullført grunnskole	185 (64,7)
Fullført videregående skole	64 (22,4)
Påbegynt eller fullført høyere utdanning	20 (7,0)
Innvandring	
Født i Norge med to norske foreldre	183 (64,0)
Født i Norge med én/begge utenlandsfødte foreldre	20 (7,0)
Innvandrere og utenlandsfødte	83 (29,0)
Inntekt per år ² , median (interkvartilbredde)	
Lønnsinntekt fra arbeid	0 (0–9 000)
Pensjoner fra folketrygden	129 000 (0–194 000)
Sosialhjelp	4 000 (0–23 000)
Samlet inntekt	192 000 (125 000–243 000)

¹17 personer mangler utdanningsinformasjon

²Gjennomsnittet av siste tre års median i NOK

Av de som ble dømt til tvungent psykisk helsevern, var 267 av 286 (93,4 %) menn. Median alder var 35 år (interkvartilbredde = 28–44). De fleste hadde ungdomsskole som høyeste fullførte utdanningsnivå (185/286, 64,7 %), og de hadde lav lønnsinntekt (median årlig registrert lønnsinntekt de siste tre årene = 0 kroner, interkvartilbredde = 0–9 000). Tabell 2 viser demografiske og sosiale karakteristika for utvalget.

Av de 286 hadde 246 (86,0 %) vært straffedømt før dommen om tvungent psykisk helsevern, og de fleste hadde mange dommer (median antall dommer = 19, interkvartilbredde = 8–55) (tabell 3). 140 av 286 (49,0 %) hadde fått én eller flere saker henlagt grunnet usikkerhet om strafferettslig tilregnelighet (median = 8 henleggelses, interkvartilbredde = 2–22). Tabell 3 viser tidligere kriminalitet fordelt på type og antall dommer, henleggelses, og fengselssoning. Tallene gjelder for perioden før kriminaliteten som inngår i dommen om tvungent psykisk helsevern, og strekker seg tilbake til 1994.

Tabell 3

Tidligere domfellelser, henleggelses og fengsling (domssoning og varetekt)¹ for perioden fra 1994 og fram til siste kriminelle gjerning som inngår i dom om tvungent psykisk helsevern. Tallene gjelder for 286 personer med tidligere sonings erfaring som ble dømt til tvungent psykisk helsevern i perioden 2002–20.

	Personer	Antall dommer/henleggelses/soninger per person
	<i>n</i> (%)	median (interkvartilbredde)
Minimum én dom i perioden	246 (86,0)	19 (8–55)
Vold	194 (67,8)	7 (3–12)
Ordens- og integritetskrenkelser	193 (67,5)	5 (3–12)
Rusmiddellovbrudd	191 (66,8)	6 (3–14)
Eiendomstyveri	158 (55,2)	5 (2–15)
Trafikkovertrerdelse	134 (46,9)	3 (2–7)
Eiendomsskade	121 (42,3)	3 (1–5)
Vinningslovbrudd	103 (36,0)	2 (1–7)
Seksuallovbrudd	29 (10,1)	1 (1–3)
Annet lovbrudd	35 (12,2)	1 (1–1)
Henleggelse på grunn av ung alder	56 (19,6)	2 (1–5)
Henleggelse på grunn av tvil om strafferettslig tilregnelighet	140 (49,0)	8 (2–22)
Fengsling	159 (55,6)	2 (1–5)

¹Siden én person kan ha flere domfellelser innen samme lovbruddskategori, samt dømmes for flere typer lovbrudd, vil samme person kunne telles flere ganger.

Blant de 286 personene med soningserfaring, og som ble dømt til tvungent psykisk helsevern, hadde 186 sin siste kriminelle gjerning i dommen om tvungent psykisk helsevern i 2011 eller senere, og inngikk i undersøkelsen om sykdom og behandling. 151 av 186 (81,2 %), hadde hatt kontakt med psykisk helsevern i løpet av toårsperioden før den siste kriminelle gjerningen i dommen til tvungent psykisk helsevern (tabell 4). 127 av 186 (68,3 %) hadde vært innlagt flere ganger (median = 5, interkvartilbredde = 2–9) med korte innleggelses (median = 2 døgn, interkvartilbredde = 1–8). 54 av 186 personer (29,0 %) hadde mottatt behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Tabell 4

Behandling i spesialisthelsetjenesten¹ siste to år før den siste kriminelle gjerning i dom til tvungent psykisk helsevern. Tallene gjelder for 186 personer som ble dømt til tvungent psykisk helsevern fra 2011 til 2020. Antall (%) dersom annet ikke er angitt.

Variabler	
Behandling i psykisk helsevern	151 (81,2)
Døgnbehandling	127 (68,3)
Antall døgnbehandlingsepisoder per person, median (interkvartilbredde)	5 (2–9)
Varighet per døgnbehandling (dager), median (interkvartilbredde)	2 (1–8)
Poliklinisk behandling	141 (75,8)
Antall polikliniske konsultasjoner per år, median (interkvartilbredde)	20 (6–63)
Behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	54 (29,0)
Døgnbehandling	24 (12,9)
Antall døgnbehandlingsepisoder per person, median (interkvartilbredde)	2 (1–4)
Varighet per døgnbehandling (dager), median (interkvartilbredde)	8,5 (3–25)
Poliklinisk behandling	50 (26,9)
Antall polikliniske konsultasjoner per år, median (interkvartilbredde)	8,5 (2–24)
Diagnoser	
Psykoselidelse (F2X)	106 (57,0)
Schizofreni (F20)	74 (39,8)

Variabler	
Paranoid psykose (F22)	32 (17,2)
Akutt psykose (F23)	8 (4,3)
Annen psykisk lidelse (F3X-F9X)	92 (49,5)
Affektive lidelser (F3X)	26 (14,0)
Nevrotiske og belastningslidelser (F4X)	38 (20,4)
Personlighetsforstyrrelser (F60)	41 (22,0)
Rusmiddellidelse	109 (58,6)
Alkohol (F10)	30 (16,1)
Opioider (F11)	19 (10,2)
Cannabis (F12)	34 (18,3)
Amfetaminer (F15)	39 (21,0)
Multiple (F19)	81 (43,5)
Rusutløst psykose (F1X.5)	43 (23,1)

¹Siden én person kan ha hatt flere behandlingsepisoder og flere diagnoser, vil samme person kunne telles flere ganger.

De vanligste diagnosene var rusmiddellidelse (109/186; 58,6 %) og psykoselidelse (106/186; 57,0 %). Blant de 106 med psykoselidelse, hadde 78 også en rusmiddelslidelse, hvilket utgjorde 73,6 % av alle med psykoselidelse og 41,9 % av alle som ble undersøkt.

Diskusjon

Blant personer med soningserfaring dømt til tvungent psykisk helsevern, hadde majoriteten både vært dømt (86 %) og behandlet i psykisk helsevern (81 %) før de begikk kriminaliteten som inngikk i dommen om tvungent psykisk helsevern. Over halvparten hadde også tidligere kriminelle forhold som var henlagt grunnet tvil om tilregnelighet. De fleste hadde mange tidligere domfellelser, oftest knyttet til rusmiddellovbrudd, orden- og integritetskrengelser og vold. To tredeler hadde vært innlagt i psykisk helsevern de siste to årene før siste kriminelle gjerning i dommen om tvungent psykisk helsevern, men innleggelsene var i hovedsak korte. De vanligste diagnosene var rusmiddellidelser og psykoser.

Det lave utdanningsnivået i gruppen kan muligens forklares med at tidlig debut av psykiske lidelser og rusmiddelbruk øker risikoen for å ikke være i utdanning og arbeid (13). Samtidig er slik marginalisering en risikofaktor for utvikling og forverring av psykisk sykdom (14). Den lave inntekten fra lønnsarbeid og den lave totale årlige inntekten støtter inntrykket av en marginalisert gruppe.

Selv om mange hadde vært i behandling i psykisk helsevern de siste to årene før siste kriminelle gjerning i dommen til tvungent psykisk helsevern, var innleggelsene korte og den polikliniske oppfølgingen relativt lavfrekvent. Bare halvparten av de som hadde en rusmiddeldiagnose, ble behandlet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette kan skyldes at personer med en psykoselidelse mottok rusbehandling i psykisk helsevern, men det kan også bety at de ikke har fått tilstrekkelig behandling for sine rusmiddelproblemer.

Oppsummert ser vi en gruppe som kjennetegnes av mange dommer, korte fengslinger, mange og korte innleggelses i psykisk helsevern samt mange henleggelses grunnet tvil om tilregnelighet i tiden før de begår kriminaliteten som fører til dom til tvungent psykisk helsevern. Majoriteten falt tidlig ut av skolegang, utdanning og arbeidsliv, og en betydelig andel hadde fått kriminelle forhold henlagt på grunn av ung alder. Mange var alvorlig psykisk syke og rusmiddelavhengige, og hadde vært utenfor samfunnet i lang tid. Til tross for at de gjorde mye skade i eget og i andres liv, og at de har vært godt kjent i flere etater over tid, virker det som at ingen av etatene hadde klart å hjelpe dem på en adekvat måte. Dette overordnede bildet utdypes i mer detaljerte kasuistikker fra Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) (15, 16). Her pekes det på at når hver etat tar ansvar for sitt eget område, vil en del personer falle mellom tjenestenes ansvarsområder. Ukom etterspør en avklaring av hvem som skal ha det overordnede ansvaret for pasienter med alvorlig psykisk sykdom og forhøyet voldsrisiko (15), og det har blitt argumentert for at dette ansvaret bør reguleres av helselovene heller enn av straffeloven (17). De siste årene har motsatt utvikling funnet sted, selv om det ikke nødvendigvis har vært hensikten (18).

Denne studien begrenses ved at den er basert på et selektert utvalg av de som totalt dømmes til tvungent psykisk helsevern. I perioden for undersøkelsen ble det avsagt 431 slike dommer (4). Vi inkluderte kun de tilfellene der personen på et tidspunkt i perioden 2000–19 hadde sonet i fengsel, hvilket gjaldt 286 personer, 66,4 % av det totale antallet. Det er grunn til å anta at forekomsten av kriminalitet og domfellelser er høyere i denne selekterte gruppen. De med dom til tvungent psykisk helsevern som ikke ble inkludert i denne undersøkelsen, ble trolig fraktet rett til sykehus etter den siste kriminelle gjerningen som førte til dommen, og har altså i mindre grad, eller ikke i det hele tatt, vært i fengsel. Det er imidlertid grunn til å anta at sykdomsbelastningen blant dem som ikke inngikk i undersøkelsen, er minst like høy som hos dem som inngikk, noe som gjør at estimatene for sykdom og behandling kan være for lave. Vår undersøkelse gir ikke informasjon om innhold i behandlingen, og kommunal helsehjelp inngår heller ikke i våre data. Like fullt er dette den første norske undersøkelsen som gir et grundigere bilde av bakgrunnen til en større gruppe personer dømt til tvungent psykisk helsevern. Studien kan forhåpentligvis bidra som kunnskapsgrunnlag i diskusjonen om ansvar for og hjelp til de alvorlig psykisk syke med forhøyet voldsrisiko.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Stortinget. Lov om straff (Straffeloven).
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_1-13#KAPITTEL_1-13 Lest 23.5.2024.
2. Stortinget. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven), Kapittel 5.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_5 Lest 23.5.2024.
3. Stortinget. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_3 Lest 23.5.2024.
4. Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern. 20 år med særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Statistikk og utviklingstrekk 2002-2021. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/4a81da/contentassets/7a900501868240aa957092a013762f45/rapport---20-ar-med-sarreaksjonen-dom-pa-overforing-til-tvungent-psykisk-helsevern.pdf> Lest 23.5.2024.
5. Statistisk sentralbyrå. Sykehussenger til besvær.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sykehussenger-til-besvaer?tabell=315166> Lest 23.5.2024.
6. Statistisk sentralbyrå. Spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern, hovedtall.
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten> Lest 23.5.2024.
7. Oslo universitetssykehus. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. Statusrapport. https://sifer.no/wp-content/uploads/2020/11/Sikkerhetspsykiatri-i-Norge-2019.-En-statusrapport.-PDF.-ISBN-978-82-692218-0-0-2_-nf.pdf Lest 23.5.2024.
8. Løvgren PJ, Wiig PT. Farlige, syke personer – hjelpetrengende eller «tikkende bomber»? Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0536. [PubMed][CrossRef]
9. Holst Ø, Kilden S. Justissektorens inntog i norsk psykiatri. Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0222. [PubMed][CrossRef]
10. Bukten A, Lokdam NT, Skjærvø I et al. PriSUD-Nordic-Diagnosing and Treating Substance Use Disorders in the Prison Population: Protocol for a Mixed Methods Study. JMIR Res Protoc 2022; 11. doi: 10.2196/35182. [PubMed][CrossRef]
11. Statistisk sentralbyrå. Standard for lovbruddstyper.
<https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/146> Lest 23.5.2024.

12. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Geneva: World Health Organization, 2004.
13. Gariépy G, Danna SM, Hawke L et al. The mental health of young people who are not in education, employment, or training: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; 57: 1107–21. [PubMed][CrossRef]
14. Cross SPM, Scott J, Hickie IB. Predicting early transition from sub-syndromal presentations to major mental disorders. *BJPsych Open* 2017; 3: 223–7. [PubMed][CrossRef]
15. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko. <https://ukom.no/rapporter/helsehjelp-til-personer-med-alvorlig-psykisk-lidelse-og-voldsrisiko-copy/sammendrag> Lest 23.5.2024.
16. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand? <https://ukom.no/rapporter/hva-kan-vi-laere-etter-et-drap-begatt-i-psykotisk-tilstand/sammendrag> Lest 23.5.2024.
17. Rosenqvist R. Ytring: Et lite klargjørende lovforslag. *Tidsskrift for strafferett* 2018; 18: 3–7. [CrossRef]
18. Gundersen T, Lien L. Hvordan få justis og helse på samme lag i psykisk helsevern? *Dagens Medisin* 17.12.2021. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/hvordan-fa-justis-og-helse-pa-samme-lag-i-psykisk-helsevern/270418> Lest 23.5.2024.

Publisert: 6. august 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0850

Mottatt 19.12.2023, første revisjon innsendt 1.3.2024, godkjent 23.5.2024.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.