# Endring av tilbudet for samtidig kriminelle, syke og skyldfri

Innspill til Stortingsvalget september 2021

## Problemstilling:

Domstolene idømmer tvungent psykisk helsevern i forbindelse med tunge volds- og sedelighetssaker. Spesialisthelsetjenesten forsøker på beste måte å følge opp dommen gjennom stram prioritering av de stadig færre psykiatriske sengene. Resultatet er at mange av de som er dømt til tvunget psykisk helsevern, får korte sykehusopphold. Pasienten overlates til kommunehelsetjenesten, som ikke har tvangsmidler å sette inn. Dermed havner vi i en runddans hvor pasienten begår ny kriminalitet og skader både seg selv og omgivelsene.

**Region Kristiansand stiller spørsmål om hensikten med å idømme tvunget psykisk helsevern hvis det ikke er mulig å verne samfunnet mot den domfelte og den domfelte mot seg selv? Slik vi vurderer det så virker ikke dom til tvungent psykisk helsevern med tidsbestemt særreaksjon etter hensikten. Vi må få på plass nye ordninger og tilbud som ivaretar den syke og verner samfunnet – samtidig.**

## Beskrivelse:

For noen år siden kom ordningen hvor domstolene kan idømme tvungent psykisk helsevern etter nye kriterier; til også å gjelde mindre alvorlige kriminelle handlinger, for eksempel vinning. Det heter: «alvorlig syke personer som begår gjentatte lovbrudd av særlig plagsom art, hvor det er gjentakelsesfare og alle tiltak som tidligere har vært forsøkt har vist seg åpenbart uhensiktsmessige”. Hensynet til samfunnsvern ble framhevet og fikk sterkere betydning. Grunnvilkårene for å idømmes etter denne paragrafen er at lovbruddene er av særlig plagsom art, det er særlig nærliggende gjentakelsesfare og andre tiltak har vist seg åpenbart uhensiktsmessige. Fra 2017 ble det politisk vedtatt å redusere tvangsbruken for brukergruppen ytterligere, dette samtidig som døgnbemannet botilbud for brukergruppen ble rettighetsfestet.

Erfaringene sier at samfunnsvernet ivaretas ikke godt nok. Sykehuset har plassmangel og skriver derfor ut til kommunen samtidig som kommunen står uten tvangsmidler. Pasienten er sykehusets ansvar og i teorien under tvang, men i praksis ikke. Kommunen yter kun frivillige tjenester; kan ikke låse inne, nekte frigang eller gi medisiner under tvang. Kommunene greier dermed ikke å ramme inn «alvorlig syke personer som begår gjentatte lovbrudd av særlig plagsom art hvor det er stor gjentakelsesfare og alle tiltak som tidligere har vært forsøkt har vist seg åpenbart uhensiktsmessige», som det står i grunnvilkårene i lovverket.

Resultatet er at pasientene, som er så syke at ikke de kan ta ansvar for egne handlinger etter straffeloven, får ansvar for seg selv og eget helsetilbud fordi tvang ikke kan brukes. Dette skjer samtidig som de er under dom til tvungent helsevern. Konsekvensen blir korte perioder på sykehus med stabilisering og tvang for så å reise hjem igjen til kommunal bolig hvor flere velger bort tjenester og oppfølging. I slike saker har kommuner erfart at det går fort nedover, helt til det igjen skjer noe dramatisk som fører til nytt sykehusopphold. Det blir rapportert hyppige innbrudd i nærområdet, besøk til privatpersoner med truende oppførsel, personforfølgelse og ellers skremmende atferd i det offentlige rom som følge av sykdommen hos den domfelte. Vi har eksempler med godt over 30 reinnleggelser på kort tid for disse pasientene.

Mange i omgivelsene opplever frykt og uro, men den aller høyeste prisen betaler pasienten som ikke får nok hjelp og som blir stigmatisert i lokalsamfunnet. Dette gjelder noen få slike pasienter/personer. Det er 22 slike pasienter i Norge i september 2020.

Forlag til løsning:

**Region Kristiansand foreslår å bygge regionale «sikkerhetshjem» i regi av spesialisthelsetjenesten hvor de får omsorg som tar hensyn til deres psykiske lidelse slik at de får et kvalitativt bedre liv, selv med nødvendig grensesetting. Der ville både helsevern, samfunnsvern og individuell verdighet ble ivaretatt. Noen av disse pasientene har lidelser som aldri de blir bedre av. Det handler om å gi verdig og trygt tilbud samtidig.**

# Vedlegg:

## Eksempelet Lomtjønn-prosjektet i Vennesla:

* Sikrer et robust fagmiljø hvor det blir lettere å rekruttere
* Er en av de best tilrettelagte boligene for brukergruppen og det høyeste omsorgsnivå en kan tilby i en kommunal tjeneste.
* Inndelt i 3 fløyer med 4 leiligheter. Det er kun de som bor i fløyen har nøkkel inn dit.
* Personalbasen er plassert midt i bygget med kameraovervåkning både ute og inne.
* Vinduene kan ikke åpnes på bakkeplan slik at uvedkommende kan komme inn i boligen fra utsiden.
* Det går SMS til ansvarsvakt når noen går i ytterdør og de kan de sjekke hvem som kom eller gikk.
* Det holdes oversikt over besøkende som må legitimere seg dersom de ikke er kjente og vi har 18 års aldersgrense for besøkende.
* Det er to fellesstuer med kjøkken som kan benyttes av beboerne sammen med personell.
* Det er et eget rom for aktiviteter beboerne kan benytte under oppsyn av personell.
* Det er uteplass med grill og utemøbler.
* Flere butikker/bakeri leverer overskuddsvarer til boligen og alle får derfor jevnlig mat selv om de ikke har penger. Flere dager i uka lages felles middag, noe som pleier å være veldig populært.
* Det oppbevares ikke medisiner i boligen, hjemmesykepleien kommer med medisiner flere ganger daglig til dem som har medisineringsvedtak.
* Ansatte går med alarm på seg.
* FACT er oppe i boligen minst 2 ganger per uke og vi deltar i ansvarsgruppemøter og ellers samarbeidsmøter på sykehus i forbindelse med innleggelser. Politi er ofte med.
* Få om noen kommuner kan matche dette? Hvis dette ikke fungerer, hva må da til??

# Erfaringer med enetiltak:

* Vennesla har bred erfaring fra enetiltak.
* Enetiltak med egen dag- kveld og nattevakt koster 5 millioner kroner
* Det er utfordrende å få tak i kvalifisert personell som vil jobbe i et så lite fagmiljø. Belastningen ved å jobbe alene blir veldig stor. De kommer opp i mange ulike situasjoner og det er ofte behov for å drøfte raske avgjørelser med andre.
* Små boenheter er sårbare med tanke på truende situasjoner som kan oppstå- og det vet vi av erfaring vil skje med de som er dømte
* Det blir også veldig sårbart med tanke på fravær
* En liten boenhet gir lite effektiv utnyttelse av personalressurser siden vi vet at dette er en brukergruppe som har mange liggedøgn til sammen på sykehuset.
* Det finnes eksempler på enetiltak hvor brukeren har valgt å være fraværende, for eksempel på reiser. (kommunen kan ikke tvinge). Personalet sitter da alene igjen i boligen dag, kveld og natt – uten virkemidler. Det sier seg selv at dette hverken er fremtidsrettet eller samfunnsøkonomisk fornuftig å gjøre.