
Forensikasjon av norsk psykisk helsevern

KRONIKK

STINE KILDEN

stine.kilden@ous-hf.no

Stine Kilden har en Master of Management og er spesialrådgiver ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri/SIFER ved Oslo universitetssykehus.

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

ØYVIND HOLST

Øyvind Holst er cand.jur., ph.d. og spesialrådgiver ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri/SIFER ved Oslo universitetssykehus.

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

CECILIE BHANDARI HARTBERG

Cecilie Bhandari Hartberg er ph.d., spesialist i psykiatri og enhetsleder ved Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern ved Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun mottar bokroyalty fra Gyldendal og har aksjer i RafX Technologies.

Justissektoren har blitt en sentral premissleverandør for utviklingen i psykisk helsevern, og ressursbruken i strafferettens ærend øker. Konsekvensen er et helsevesen med mindre innflytelse på egen sektor.

I 2002 viste den amerikanske psykologen Joe D. Alford (1952–2022) til en økning av innleggelser i psykisk helsevern i USA som var begrunnet i justissektorens behov for kriminalitetsforebygging (1). Han brukte ordet *forensication* for å beskrive utviklingen. En tilsvarende utvikling ser vi her i Norge ved at en stadig større andel av kapasiteten i psykisk helsevern beslaglegges av pasienter som er innlagt av hensyn til samfunnsvern (2–4).

«En stadig større andel av kapasiteten i psykisk helsevern beslaglegges av pasienter som er innlagt av hensyn til samfunnsvern»

Ved innføring av særreaksjonsreformen i 2002, med henholdsvis forvaring, dom til tvungen omsorg og dom til tvungent psykisk helsevern, ble det anslått at antallet pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern ikke ville overstige 160 individer. Nå har antallet passert 400, og prognosene tilsier videre økning i årene framover (4, 5). Konsekvensene av justissektorens inntog i norsk psykiatri har for alvor satt sine spor: Skillet mellom justissektoren og helsevesenet viskes ut (6).

Forensikasjon i norsk sammenheng

Internasjonalt anvendes begrepet *forensic psychiatry* om fagfeltene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. I artikkelen «The 'Forensication' of Public Sector Mental Health» beskriver Alford en utvikling hvor psykisk helsevern i økende grad får ansvar for å håndtere rettspsykiatriske dilemmaer i samfunnet (1). Særreaksjonsreformen i 2002 var også et svar på et langvarig dilemma som omhandlet uenighet mellom justissektoren og helsevesenet om hvem som skulle ha ansvaret for utilregnelige lovbrøyttere som utgjorde en risiko for andre.

Fram til 2002 hadde asylsuvereniteten fungert som en portvakt mot strafferettens pasienter i mer enn 150 år. Institusjonene hadde da selv myndighet til å beslutte hvem som skulle legges inn og skrives ut. Med særreaksjonsreformen fikk justissektoren anledning til å beslutte innleggelse og hvor lenge oppholdet skulle vare, samt kontrollere innholdet i behandlingen for strafferettens pasienter. Psykisk helsevern ble pålagt å sette kriminalitetsforebygging over behandlingshensyn, til tross for at «samfunnsvern» ikke er nevnt i psykisk helsevernlovens formålsparagraf. Denne utviklingen, der ressursene i psykisk helsevern i økende grad blir brukt til å møte justissektorens behov for samfunnsvern, er det Alford kaller *forensication*. Med anglicismen *forensikasjon* sikter vi her til strafferettsliggjøring av psykisk helsevern i en norsk sammenheng. Vi mener at begrepet med fordel bør tas i bruk på norsk for å beskrive tilsvarende utvikling i Norge.

Feilslåtte prognoser

Særreaksjonsreformen var basert på et premiss om at antallet domfelte pasienter ville bli så lavt at de enkelt kunne integreres i det ordinære psykiske helsevernet (7, 8). Reformen ville med andre ord ikke medføre store endringer for helsevesenet. Beregningene tilsa at antallet domfelte pasienter trolig ville bli lavere enn antallet som hadde blitt idømt sikring på grunn av utilregnelighet (8). Vurderingene munnet ut i et estimat på inntil 20 domfelte per år og en behandlingstid på minst åtte år. Med dette ville man få et balansepunkt på rundt 160 domfelte pasienter, og etter åtte år – i 2010 – ville man da få like mange nye dommer som opphør per år (9). For utvidelsen av ordningen til tidsbestemt dom i 2016 var omfangsestimatene preget av stor usikkerhet (10). Justis- og beredskapsdepartementet anslo at 1–10 personer årlig ville oppfylle vilkårene for tidsbestemt særreaksjon.

Myndighetenes prognoser om 20 nye dommer årlig var treffsikre i mange år. Fra 2002 og fram til 2016 var det i gjennomsnitt 18 nye dommer per år (4). Balansepunktet på 160 domfelte pasienter ble passert i 2015, fem år senere enn lovgiveren estimerte. Men i 2017 kom et taktskifte, og de siste åtte årene har det årlige gjennomsnittet ligget på 50 nye dommer per år. I samme periode har antallet personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern mer enn doblet seg. Den store økningen har trolig flere årsaker. Dels skyldes den at det strafferettslige vernet i 2016 ble utvidet fra å omfatte alvorlige lovbrudd til også å omfatte samfunnsskadelig og «plagsom» kriminalitet, dels lovendringer i henholdsvis straffelovens utilregnelighetsbestemmelse og i psykisk helsevernloven. Det som skulle være en smal adgang for innleggelse av en liten «restgruppe» av lovbrutere, har blitt en mye brukt reaksjonsordning i norsk strafferett.

Tiltak i møte med endrede behov

Fra å være en marginal andel av pasientpopulasjonen på starten av 2000-tallet har strafferettspasienter blitt en definerende størrelse i psykisk helsevern. Omfanget påvirker først og fremst dimensjonering og organisering. Men utfordringene melder seg også på andre fronter, blant annet i behovet for kompetanse på voldsrisikovurdering og utvidede rammebetingelser for ivaretagelse av samfunnsvernet. I tillegg medfører redusert kapasitet for døgnbehandling press på kommunene, som har begrenset mulighet til å håndtere strafferettens pasienter (11, 12).

«Omfanget påvirker først og fremst dimensjonering og organisering. Men utfordringene melder seg også på andre fronter»

I den senere tid har Helse- og omsorgsdepartementet fått øynene opp for utviklingen. Departementet har initiert prosesser for å finne tiltak som kan gjøre helsevesenet bedre rustet til å håndtere utfordringene. Sentralt i arbeidet er *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* (3). Resultatet så langt er i hovedsak en liten styrking av døgnkapasiteten i sykehusbasert psykisk helsevern og etablering av såkalt sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp. Dette innebærer at sikkerhetspsykiatrien får ansvar for en rekke nye funksjoner i og utenfor døgninstitusjonene. Departementet har besluttet en varig økning på 136 millioner kroner for å styrke det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet i de fire helseregionene (13). Spørsmålet er om det er for lite – for sent, og om dette er de riktige tiltakene for å møte behovet.

Konsekvenser av særreaksjonsreformen

Både særreaksjonsreformen i 2002 og utvidelsen i 2016 reflekterer forsøk på å finne løsninger på svært kompliserte samfunnsutfordringer. De siste årene har det medført en økende forventning om at helsevesenet skal ta en større rolle i kriminalitetsforebygging og samfunnsvern. Med innføringen av dom til tvungent psykisk helsevern ble helsevesenet pålagt å behandle psykisk syke lovbrøtere som ikke kan straffes. Slik sett var særreaksjonsreformen justissektorens «reklamasjon» på helsevesenets manglende vilje og muligheter til å behandle utilregnelige lovbrøtere, og reformen åpnet strafferettens adkomst til den tradisjonelle sikkerhetspsykiatrien. Utviklingen i ettertid har imidlertid gått langt ut over sikkerhetspsykiatriens grenser. Reformen har nå fått konsekvenser for både psykisk helsevern og for kommunale helse- og omsorgstjenester. I denne sammenheng er det særlig tre forhold vi ønsker å gjøre oppmerksom på.

Justissektorens råderett over behandlingsplassene

Forensikasjon av psykisk helsevern innebærer at kapasiteten ikke nødvendigvis blir brukt til pasienter med størst behandlingspotensial. Det primære formålet med dom til tvungent psykisk helsevern er kriminalitetsforebygging, ikke behandling. Denne selvmotsigelsen kommer tydelig fram i Riksadvokatens brev fra 2007, der det understrekes at «hensikten med dom (...) til tvungent psykisk helsevern er primært å verne samfunnet, ikke å sørge for at domfelte får behandling» (14). I den overordnede planen for sikkerhetspsykiatri påpekes det derfor at det er «et paradoks at justissektoren har fått økt råderett over behandlingsplassene i sykehus, til tross for at den ikke innehar kompetanse til å vurdere hvilken behandlingsgevinst et sykehusopphold vil kunne gi den enkelte» (3).

«Innleggelse besluttes i økende grad av en aktør som ikke har behandling som primærformål»

At en økende andel innleggelse først og fremst hjemles i samfunnsvernsbehov, er trolig en dårlig prioritering av behandlingsplasser i et allerede presset psykisk helsevern. Det er samtidig ingen tvil om at en stor andel av

strafferettspasientene har behov for adekvat behandling. Problemet er at innleggelsene ikke hjemles i helsefaglige vurderinger og behov. I stedet besluttes innleggelse i økende grad av en aktør som ikke har *behandling* som primærformål.

Fortrengning av sivilrettens pasienter

Risikoen ved å etablere et tydeligere sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp er at allmennpsykiatrien blir dårligere rustet til å forebygge psykisk uhelse og til å håndtere den øvrige pasientpopulasjonen. Justis- og beredskapsdepartementet advarte om denne konsekvensen allerede i 2017 og uttrykte at «man bør være oppmerksom på at personer idømt tvungent psykisk helsevern kan komme til å fortrenge andre – og farlige – pasienter som er administrativt innlagt. Endringer i vilkårene for dom på tvungent psykisk helsevern som begrunnes i bedre samfunnsvern, bør ikke ha som bieffekt at samfunnsvernet totalt sett forverres» (10).

Dessverre er det mye som tyder på at de tiltakene som nå iverksettes, ikke er tilstrekkelige for å unngå at strafferettens pasienter fortrenge sivilrettens pasienter, som klinisk sett har et større behov for behandling. Lavere kapasitet for sivilrettslige innleggelse øker risikoen for at personer med alvorlig psykisk lidelse ikke får nødvendig helsehjelp. Risikoen er at de blir så syke at de begår lovbrudd og dermed blir dømt til tvungent psykisk helsevern. På den måten blir forensikasjonen en ond sirkel: Flere strafferettspasienter resulterer i enda flere strafferettspasienter.

«Lavere kapasitet for sivilrettslige innleggelse øker risikoen for at personer med alvorlig psykisk lidelse ikke får nødvendig helsehjelp»

Etablering av et tosporet system

Innføring av sikkerhetspsykiatriske pasientforløp er i praksis en dreining mot et tosporet system, med strafferettspsykiatri i det ene og allmennpsykiatri i det andre. Det har både fordeler og ulemper. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri har som argument at en rettspsykiatrisk helsetjeneste vil gjøre det mulig å etablere og etterleve en rettspsykiatrisk lovgivning som bedre ivaretar pasienter med voldsatferd og behovet for samfunnsvern gjennom hele forløpet (3). Samtidig vil en todeling frigjøre plasser i det sivilrettslige vernet til innleggelse av pasienter etter helsefaglige vilkår og hensyn. Argumenter mot en deling er blant annet utfordringer knyttet til tilstrekkelig tilgang på nødvendig kompetanse og bemanning i helsetjenestene (3, 15). Det er ikke nødvendigvis slik at det ene eller andre alternativet er «feil», problemet er at forensikasjonen skjer uten at lovgiver har tatt stilling til om den er *ønsket*.

Hverken omfanget av strafferettspasienter eller konsekvensene for sikkerhetspsykiatrien var forutsett ved særreaksjonsreformen. Med de siste års utvikling som bakteppe var det derfor store forventninger til Straffereaksjonsutvalgets utredning. Beklageligvis ble *NOU 2025: 2 Samfunnsvern og omsorg* en begrenset mulighet til å evaluere dagens ordning (16). Med utvalgets snevre tolkning av mandatet gikk en gyllen anledning til

revurdering av de overordnede linjene for ansvarsdeling og organisering av utilregnelige lovbrøyttere tapt. Dermed mistet også helsevesenet en mulighet til å ta tilbake styring og kontroll over egne institusjoner.

Til tross for at den uheldige utviklingen har blitt påpekt over lang tid, registrerer vi at lovgiver kun gjør bøtende tiltak innenfor eksisterende ordning i stedet for å løfte spørsmålet om videreføringen av ordningen til et prinsipielt nivå. Etter vårt syn er det presserende å avklare om justissektoren fortsatt skal ha like stor innflytelse over psykisk helsevern i tiden framover som den har hatt de siste 20 årene. Skal forensikasjonen få fortsette å viske ut skillet mellom justissektor og helsevesen?

LITTERATUR

1. Alford JD. The "Forensication" of Public Sector Mental Health. *Psychiatr Rehabil Skills* 2002; 6: 64–72. [CrossRef]
2. Kilden S, Eidhammer G, Narud K. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport. Oslo: SIFER, 2024. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/4a3ce4/contentassets/7cbf7150814b4b05acb60df8822a20a2/sikkerhetspsykiatri-i-norge-2023---en-statusrapport-isbn-978-82-692218-3-1-pdf.pdf> Lest 26.11.2025.
3. Helse Sør-Øst RHF. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer dømt til tvungent psykisk helsevern. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/493758/contentassets/31e7001ccf494ece8e59986a0e72eeba/07.09.2023-overordnet-plan-for-sikkerhetspsykiatri-...-rettet.pdf> Lest 26.11.2025.
4. Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. Årsrapport 2024. Oslo universitetssykehus HF, 2025. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/493ffa/contentassets/7a900501868240aa957092a013762f45/arsrapport-2024---nasjonal-koordineringsenhet---for-pdf.pdf> Lest 26.11.2025.
5. Helse Sør-Øst RHF. Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. <https://www.helse-sorost.no/497adf/siteassets/documents/styret/styremoter/2022/1216/framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf> Lest 26.11.2025.
6. Holst Ø, Kilden S. Justissektorens inntog i norsk psykiatri. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.21.0222. [PubMed][CrossRef]
7. Justis- og politidepartementet. NOU 1990: 5. Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007091904028 Lest 26.11.2025.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. St. meld. nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-

97/id191086/ Lest 26.11.2025.

9. Helse- og omsorgsdepartementet. St. prp. nr. 63 (1997-1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/> Lest 26.11.2025.

10. Justis- og beredskapsdepartementet. Prop. 154 L (2016-2017). Endringer i straffeloven. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-154-l-20162017/id2557006/?ch=1> Lest 26.11.2025.

11. Eriksen HM, Kvamme HJ, Gross-Benberg A. Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune, Trondheim: SIFER, 2020. <https://sifer.no/wp-content/uploads/2022/02/Utskrivningsklare-pasienter-i-sikkerhetspsykiatrien-en-kartlegging-av-utskrivelsesprosessen-fra-sikkerhetsavdeling-til-kommune-1.pdf> Lest 26.11.2025.

12. Hansen ILS, Markussen TE, Bråthen K. I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv. <https://www.faf.no/publikasjoner/faf-rapporter/i-grenseland-samfunnsvern-og-sikkerhetspsykiatri-i-et-kommunalt-perspektiv> Lest 26.11.2025.

13. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2025–2026) For budsjettåret 2026 under Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20252026/id3123533/> Lest 26.11.2025.

14. Riksadvokaten. Innhenting av helseopplysninger fra siktede i forbindelse med rettspsykiatriske virksomhet - spørsmål om taushetsplikt mv, Brev til Den rettsmedisinske Kommisjon 31.1.2007. <https://www.riksadvokaten.no/wp-content/uploads/2020/10/Brev-av-31.01.07-Innhenting-av-helseopplysninger.pdf> Lest 26.11.2025.

15. Helse- og omsorgsdepartementet. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou20232023000400oddpdfs.pdf> Lest 26.11.2025.

16. Justis- og beredskapsdepartementet. NOU 2025: 2. Samfunnsvern og omsorg. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2025-2/id3092109/> Lest 26.11.2025.

Publisert: 11. desember 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0690
Mottatt 8.11.2025, første revisjon innsendt 22.11.2025, godkjent 26.11.2025.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.