

Opprettelse av regionale behandlingstilbud til personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep – sluttrapport fra implementering av BASIS i Norge

Friestad, C., Winje, M., Sandbukt, I.J., Sørensen, D., Kjærstad, M.H., Risnes, E., Sandvik, M., Bjorland, M.W., Johnsen, B., Sjøly, M., Skahjem, L.F. & Røe, S.



HELSE ●●● NORD

HELSE ●●● MIDT-NORGE

HELSE ●●● SØR-ØST

HELSE ●●● VEST



KRIMINALOMSORGEN

Utgitt: 2021

ISBN 978-82-8227-203-2 (elektronisk)

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Postadresse: Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo

Besøksadresse: Bygg 14, Gaustad, Sognsvannsveien 21, 0372 Oslo www.sifer.no

Forord

Basert på erfaringene fra et pilotprosjekt gjennomført i Helse Sør-Øst i perioden 2016–2019 besluttet Helse- og omsorgsdepartementet å etablere et landsdekkende behandlingstilbud til personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep, med finansiering over statsbudsjettet. Likelydende oppdragsbrev gikk i 2019 ut til de fire regionale helseforetakene om å etablere Behandling av seksuallovbruddsproblematikk i spesialisthelsetjenesten – BASIS, etter modell av pilotprosjektet i Helse Sør-Øst. Det nasjonale implementeringsarbeidet har vært ledet av Oslo universitetssykehus på vegne av Helse Sør-Øst RHF.

Det er krevende å implementere ny kunnskap i klinisk praksis. Derfor ble det lagt opp til et systematisk implementeringsprosjekt i perioden 2019–2021. De aktuelle fagmiljøene i psykisk helsevern, de regionale helseforetakene, kriminalomsorgens regioner, Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet har jobbet tett og godt i prosjektperioden og leverer med denne rapporten en avslutning på implementeringsprosjektet.

Tusen takk til alle kompetente og dedikerte fagfolk i helseforetakene og kriminalomsorgen som har gjort denne implementeringen mulig!

Oslo, juni 2021

Carl Fredrik Haaland

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Helse Sør-Øst

Sammendrag

BASIS bygger på et målrettet lokalt, regionalt og nasjonalt samarbeid mellom kriminalomsorg, spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten i fengslene, og hensikten er å tilby en spesifikk gruppe domfelte et spesialisert helsetjenestetilbud. En tilsvarende nasjonal satsing har ikke vært gjennomført tidligere. I løpet av kort tid har alle helseregioner etablert likeverdige og kunnskapsbaserte tjenester til målgruppen og forberedt overgang til et varig offentlig helsetjenestetilbud. Dette representerer en betydelig forbedring av situasjonen. Behandling var tidligere kun tilgjengelig i noen regioner, i stor utstrekning tilbudt av private aktører. Det var heller ingen samlet oversikt over utforming og innhold.

Kriminalomsorgen har i perioden juni 2019–juni 2021 screenet over 900 personer som er dømt for seksuallovbrudd. Resultatene viser at en fjerdedel befinner seg i BASIS' antatte målgruppe. Dette er i tråd med internasjonale funn og stemmer overens med estimatet som dannet grunnlag for den nasjonale utrulling av BASIS. Koronapandemien førte til uforutsette hindringer i store deler av

implementeringsperioden, men vi har allikevel nådd målsettingen om å få igangsatt behandling i alle helseregioner innen utgangen av 2020. Antallet pasienter i behandling (til sammen 77 pasienter) svarer til behovet som ble anslått ved oppstart.

Noen helseregioner hadde allerede tilbud til målgruppen i regi av offentlige helsetjenester. Behandling etter modell av Helse Sør-Øst sin BASIS-pilot har da blitt integrert i eksisterende tilbud på en fleksibel måte. I de helseregionene som ikke har hatt lignende offentlige tilbud, har de på kort tid klart å etablere høy seksuallovbruddsspesifikk kompetanse i både spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen, og etablert strukturer for videre samarbeid og fagutvikling.

Vi avslutter rapporten med konkrete anbefalinger for videre drift basert på temaer som har pekt seg ut som viktige for å sikre robuste og likeverdige tjenester etter implementeringsperioden.

Liste over forkortelser

ASAP – Advancing Sexual Abuse Prevention

ATSA – The Association for the Treatment of Sexual Abusers

BASIS – Behandling av seksuallovbruddsproblematikk i spesialisthelsetjenesten

BLD – Barne- og likestillingsdepartementet

DIPS – Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus

DPS – distriktpsikiatrisk senter

GLM – Good Lives-modellen

HF – helseforetak

HOD – Helse- og omsorgsdepartementet

HSØ – Helse Sør-Øst

KDI – Kriminalomsorgsdirektoratet

KODA – Kriminalomsorgens Databehandlingsystem

KPS – Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

KRUS – Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter

OUS – Oslo universitetssykehus

PPR – Pakkeforløp psykisk helse og rus

RHF – regionalt helseforetak

RNR – Risk–Need–Responsivity

SANKS – Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helse og avhengighet

SAPROF-SO – Structured Assessment of Protective Factors for violence risk – Sexual Offence version

SIFER – Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SOTP – Sex Offender Treatment Program

SSHF – Sørlandet sykehus HF

STOP – spesialisert tilbud ved overgrepssproblematikk

UNN – Universitetssykehuset Nord-Norge

VRS:SO – Violence Risk Scale: Sexual Offence Version

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag	2
Liste over forkortelser	3
Innholdsfortegnelse	4
1 Implementering av BASIS – oppdrag og organisering	5
1.1 Oppdrag og bestilling fra Helsedirektoratet	5
1.2 Organisering	7
2 Arbeidet med å legge til rette for BASIS	12
2.1 Forberedelse til behandling.....	12
2.2 Tilrettelegging for utredning og behandling.....	17
2.3 Opplæring, veiledning og kompetanseheving.....	18
2.4 Kvalitetssikring og dokumentasjon av behandlingen	19
2.5 Samisk språk- og kulturkompetanse.....	20
3 Resultater av arbeidet med de sentrale utfordringene	21
3.1 Fokusområder identifisert gjennom arbeid med ROS-analyser	21
3.2 Samarbeid mellom kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	22
3.3 Kvalitet og form på BASIS-tilbudet i de forskjellige helseregionene	23
3.4 Arbeidet med å sikre rekruttering av riktig målgruppe.....	29
3.5 Tilrettelegging for følgeevaluering av BASIS.....	35
3.6 Ivaretagelse av personvern og taushetsplikt	37
3.7 Konsekvenser av covid-19 for implementeringen av BASIS	37
4 Oppsummerende anbefalinger	39

1 Implementering av BASIS – oppdrag og organisering

1.1 Oppdrag og bestilling fra Helsedirektoratet

I oppdragsdokumentet for 2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene (RHF) står det at «[alle regionale helseforetak] skal etablere et regionalt behandlingstilbud for personer som er dømt for å ha utført seksuelle overgrep, etter modell av pågående prosjekt utviklet av Helsedirektoratet, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus HF, Kriminalomsorgen region sør og Helse Sør-Øst RHF». Prosjektet det henvises til i oppdragsdokumentet som modell for arbeidet, går under navnet BASIS-prosjektet i Helse Sør-Øst og ble avsluttet i juni 2019 (Sandbukt, Dugstad, Khazaeni & Friestad, 2019).

Oppdragsdokumentet ga likelydende oppdrag til alle de regionale helseforetakene, og Helsedirektoratet fikk tildelt tilskudd over kap. 734 post 21 for 2019 til fordeling mellom helseforetakene. Etableringen av behandlingstilbudet fikk en tidsramme på to år, for å koordinere rutiner og opplæring. RHF-ene pekte ut Helse Sør-Øst RHF (HSØ) til å lede det nasjonale implementeringsarbeidet. HSØ ga dette oppdraget til Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS) ved Oslo universitetssykehus (OUS) (jf. brev av 14.5.2019). I brevet ba HSØ om at arbeidet skulle organiseres som et prosjekt, og at vurderingen av hvor behandlingstjenestene burde etableres med tanke på en tilgjengelig, effektiv og faglig robust tjeneste, skulle skje i samarbeid med kriminalomsorgen.

De spesifiserte også at den videre utviklingen av BASIS ville være avhengig av et felles nasjonalt og regionalt samarbeid mellom kriminalomsorg og helsetjeneste, og at behandlingstilbudet ikke skulle erstatte allerede etablerte behandlingsprogram og tilbud i spesialisthelsetjenesten, men komme i tillegg til disse.

I Helse Nord RHF ble BASIS-oppgaven tildelt Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN HF) ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS SIFER Nord) i Psykisk helse- og rusklinikken. I Helse Vest RHF fikk Helse Bergen og Helse Stavanger oppdraget i sin linje. Helse Bergen ved Klinikken sikkerhetspsykiatri fikk et koordinerende ansvar. I Helse Sør-Øst RHF ble BASIS lagt til Oslo universitetssykehus ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri HSØ, Spesialpoliklinisk enhet. Helse Midt RHF ga oppdraget med implementering av BASIS til Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved Brøset, St. Olavs Hospital.

Denne rapporten redegjør for oppdraget, hvordan implementeringsarbeidet har vært organisert og gjennomført, og hvilke resultater som er oppnådd i den nasjonale tilretteleggingen for overgang til ordinær drift.

1.1.1 Utgangspunkt for implementeringsarbeidet

Implementeringsarbeidet ble organisert som et prosjekt for å sikre tilgang til faglige ressurser på tvers av organisatoriske enheter og ivareta behovet for bred forankring av arbeidsprosessene.

Innledningsvis i prosjektperioden identifiserte vi tre hovedutfordringer:

BASIS gikk fra å være et initiativ nedenfra til å bli et pålegg ovenfra

Det regionale pilotprosjektet BASIS hadde flere fordeler som ikke umiddelbart kunne overføres til den nasjonale implementeringen. En av disse var drivkraften og retningen ved at initiativet til piloten kom nedenfra. BASIS-piloten ble utløst av en erfaring av at det manglet tilfredsstillende tilbud til en gruppe med et opplevd behandlingsbehov. Mangelen på tilbud dreide seg både om mangel på ekstern behandlingsskapasitet og mangel på egnede kriminalomsorgsinterne tiltak. Det siste skyldtes ikke nødvendigvis *fravær* av tiltak i fengslene, men at tiltakene ikke klarte å rekruttere de innsatte med antatt størst behov. En systematisering av de erfaringsbaserte behovene og oppsummering av forskningsbasert kunnskap om egnede tiltak ledet til en faglig anbefaling om å utvikle noe eget for en nærmere avgrenset målgruppe. Arbeidet med dette skjedde i nært samarbeid mellom involverte parter/nivåer. Da BASIS ble besluttet rullet ut i større skala, utover der behovet opprinnelig var utløst, hadde man ikke automatisk den nærheten mellom etater og nivåer som piloten hadde nytt godt av, og måtte derfor tilrettelegge organisatorisk for dette. Relativt store regionale prosjektgrupper var et forsøk på slik tilrettelegging, samtidig som det var et ledd i å gjøre både organisering og gjennomføring mindre personavhengig.

Ulik problemforståelse, ulike behov

Helseregionene fikk formelt sett det samme oppdraget: å etablere behandlingstilbud til personer dømt for seksuelle overgrep etter modell av BASIS. Men det vil variere hva dette i praksis betyr, basert på varierende forhold både innen og mellom regioner og etater. Blant annet kan man ha ulike oppfatninger om hvilke elementer i BASIS-modellen som er nødvendige og tilstrekkelige, og hvilke som er valgfrie. Dette var en kjent utfordring ved oppstart, og den ble definert inn som et eget mandatpunkt for Nasjonal prosjektstøtte. Oppgaven med å balansere behovet for lokal tilpasning med ansvaret for å unngå uønsket variasjon har vært gjenstand for vedvarende diskusjon.

Ulike lokale forutsetninger for at behandlingen/implementeringen skal være maksimalt virksom

Helsedirektoratet påpekte at «spesialisert behandling i seg selv ikke er et tilstrekkelig tiltak for å redusere tilbakefallsrisiko, men må komplementeres med andre relevante tiltak innen kriminalomsorgen. Motsatt kan effekten av behandling svekkes av en dårlig/mangelfullt tilpasset straffegjennomføring» (jf. Helsedirektoratets oversendelsesbrev for sluttrapporten for BASISpiloten). Kriminalomsorgen imøtekom dette ved å anbefale at BASIS ble etablert ved til sammen tolv enheter. Disse tolv var vurdert å være best egnet som arena for behandlingstilbudet. Helseregionene har hatt lokalt varierende utgangspunkt for fleksibilitet i behandlingstilbudet, blant annet på grunn av ulikheter i geografi, reiseavstand, størrelse på behandlerteam, antall fengsler å betjene samt innsattsammensetning (forvaring / høyere sikkerhetsnivå / lavere sikkerhetsnivå).

I tillegg til disse innledningsvis kjente utfordringene har andre utfordringer manifestert seg underveis i prosjektperioden. Denne sluttrapporten beskriver hvordan det i løpet av prosjektperioden har vært arbeidet med disse utfordringene, hvilke som er løst, og hvilke som gjenstår.

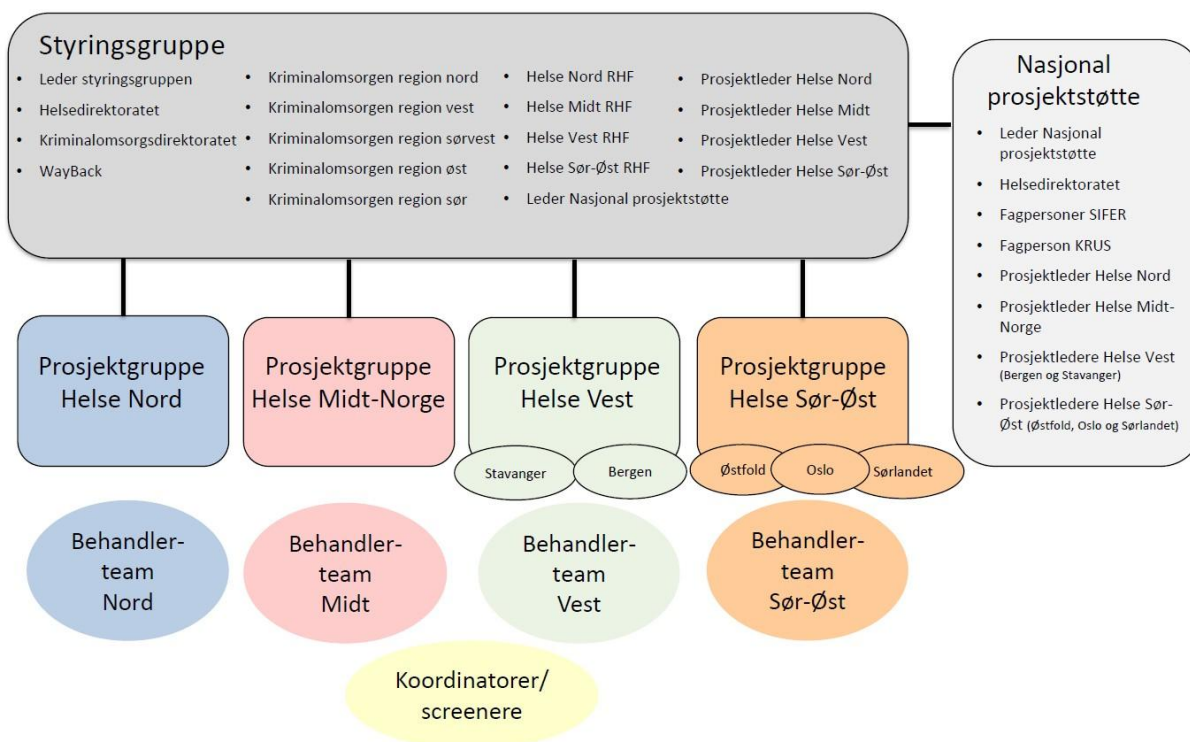
1.2 Organisering

En vellykket implementering fordrer at det er lav terskel for rådføring, erfaringsutveksling og hyppige møtepunkter. Organiseringen ble rigget for å imøtekomme disse behovene. BASIS har en overordnet nasjonal styringsgruppe, fire regionale prosjektgrupper og en nasjonal prosjektstøttegruppe. Oppfordringen om tverretattlig samarbeid er fulgt gjennom at både kriminalomsorgen og helsetjenesten er representert i alle grupper i organisasjonskartet. Det er ikke overlapp mellom inndelingen på regionalt nivå i henholdsvis helsetjenesten (fire regioner) og kriminalomsorgen (fem regioner). Ledelsen av den nasjonale prosjektstøttegruppen og styringsgruppen er lagt til Oslo universitetssykehus, som en del av arbeidet med å lede den nasjonale implementeringen på vegne av HSØ. Følgende tabell og figur beskriver gruppenes sammensetning og oppdrag.

Tabell 1: Møter avholdt i ulike fora

Forum	Møter
BASIS' styringsgruppe	8 møter
Nasjonale prosjektstøtte	18 møter
Prosjektgruppe Nord	6 møter
Prosjektgruppe Midt	12 møter
Prosjektgruppe Vest	4 regionale koordineringsmøter i regi av Helse Vest Månedlige lokale prosjektmøter (Stavanger/Bergen) Månedlige regionale fagmøter
Prosjektgruppe Sør-Øst	15 møter

Organisering av BASIS nasjonalt



Styringsgruppen

En tydelig og omforent arbeidsdeling mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen er en viktig suksessfaktor for BASIS. Styringsgruppen ble satt sammen for å inkludere alle nivåer i prosjektet, med representasjon fra følgende: hver kriminalomsorgsregion, hvert regionale helseforetak, Helsedirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet, brukerorganisasjonen Wayback, hvert av de regionale behandlingsprosjektene samt Nasjonal prosjektstøtte. Styringsgruppen har vært ledet fra OUS. I gruppens mandat går det frem at styringsgruppen:

- har det overordnede ansvaret for at implementeringen av et landsdekkende tilbud er i tråd med BASIS-modellen
- gis nødvendige rammer (tid, innhold og ressurser) for å sikre gjennomføring i henhold til ønsket fremdrift
- skal avklare strategiske spørsmål og endringer i mandat/prosjektbeskrivelser samt følge opp avvik
- skal fungere som ledelsesstøtte for de regionale prosjektlederne

Gruppens mandat har vært gjeldende i perioden oktober 2019–juni 2021.

Nasjonal prosjektstøtte

Nasjonal prosjektstøtte ble opprettet for å motvirke uønsket variasjon, bidra til god kvalitet i tjenestene i de fire regionale prosjektgruppene og sørge for at oppdraget svares ut i tråd med oppdragsgivers intensjon. Gruppen har bestått av de regionale prosjektlederne, to representanter for SIFER-nettverket, en representant fra Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter (KRUS) og Helsedirektoratet. Gruppen har vært ledet fra OUS. Mandatet har omfattet følgende ansvarsområder:

- koordinere opplæring, veiledning og øvrig kompetanseheving knyttet til BASIS
- tilrettelegge for erfaringsutveksling mellom prosjektgruppene
- bistå prosjektgruppene i faglige og praktiske spørsmål
- følge opp prosjektgruppenes fremdrift og rapportere til styringsgruppen
- avklare hvilke deler av BASIS-pakken som må videreføres av alle, og hvor det er rom for lokal tilpasning (dette skal godkjennes av styringsgruppen)
- utarbeide forslag til minste felles datasett til bruk i evaluering av behandlingstilbudet

Nasjonal prosjektstøtte har rapportert til styringsgruppen gjennom hele implementeringsperioden. Gruppen har hatt månedlige møter siden oktober 2019. Grunnet endringer i stillinger har gruppen hatt tre ulike ledere.

De regionale prosjektgruppene

De fire regionale prosjektgruppene har bestått av prosjektleder, representanter for aktuell helseregion og aktuell(e) kriminalomsorgsregion(er), fengselskoordinatorer, brukerrepresentanter og behandlerrepresentanter. I noen prosjektgrupper har også fengselshelsetjenesten, friomsorgen og tillitsvalgte vært representert. De regionale prosjektlederne har også sittet i styringsgruppen og i

Nasjonal prosjektstøtte for å sikre kontinuerlig informasjonsflyt og medbestemmelse. Medarbeidere og regionale prosjektledere har gjennom å delta i ulike arbeidsgrupper bidratt aktivt i arbeidet i Nasjonal prosjektstøtte.

Helseregionene varierer langs flere sentrale dimensjoner, slik som størrelse og reiseavstand, antall innsatte dømt for seksuallovbrudd, antall potensielle pasienter, antall helseforetak, fengselsenheter og kriminalomsorgsregioner samt hvorvidt det finnes andre seksuallovbruddsspesifikke tilbud i spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen. Hver region vurderte derfor hvilken organisering som var hensiktsmessig ut fra regionale/lokale behov. I region Vest etablerte de to lokale prosjektgrupper: en i Stavanger og en i Bergen. Lederen for den lokale BASIS-prosjektgruppen i Helse Bergen ble utpekt som gruppekoordinator og prosjektleder for BASIS Vest. I regionene Nord og Midt ble BASIS organisert med én prosjektgruppe og ett samlet behandlerteam med ansvar for de aktuelle BASIS-lokasjonene.

I region Sør-Øst, som er den største av de fire helseregionene, valgte kriminalomsorgen ut en rekke lokasjoner for BASIS. En av disse var Halden fengsel. Grunnet reiseveien Halden–Oslo besluttet de å opprette en BASIS-«satellitt» i Østfold for å sikre en mer effektiv ivaretagelse av pasientene i målgruppen i dette fengselet. I region Sør-Øst ble det også innledet et samarbeid med Sørlandet sykehus (SSHF) om oppstart av BASIS-behandling fra og med 2021 for å ivareta behovet i de nye enhetene i Agder fengsel: Froland og Mandal. Froland ble pekt ut som ønsket BASIS-lokasjon. SSHF har vært representert i prosjektgruppen HSØ siden høsten 2020. Lederne for BASIS i henholdsvis Østfold og Agder ble innlemmet i BASIS HSØs prosjektgruppe og i Nasjonal prosjektstøtte.

Brukermedvirkning

Brukerorganisasjonen Wayback er representert i styringsgruppen og på prosjektgruppenivå og har medvirket gjennom hele implementeringsperioden. Styringsgruppen diskuterte innledningsvis i implementeringsperioden flere aspekter knyttet til brukermedvirkning, for eksempel om brukerrepresentanter kan være anonyme, hva slags erfaring som er nødvendig/tilstrekkelig for å fylle rollen som brukerrepresentant i et prosjekt som BASIS, og antall brukerrepresentanter og hvordan disse skal rekrutteres. Styringsgruppen konkluderte med at brukerrepresentantene skal rekrutteres via etablerte brukerorganisasjoner, og at det er en stor fordel å ha to brukerrepresentanter i hver prosjektgruppe. Brukerrepresentantene i prosjektgruppene er rekruttert gjennom Wayback, med unntak av BASIS Vest, der Nettverk etter soning har vært rekrutteringsgrunnlag. BASIS Midt har også foreningen For Fangers Pårørende med i prosjektgruppen.

1.2.1 Ansvars- og arbeidsfordeling

Et godt fungerende samarbeid mellom helsetjeneste og kriminalomsorg, basert på tydelig ansvarsdeling og omforent oppdragsforståelse, er sentralt for vellykket etablering av BASIS. Et av formålene med prosjektorganiseringen har vært å tilrettelegge for et slikt samarbeid.

Kriminalomsorgens oppgaver

Kriminalomsorgen har hatt en koordinerende rolle i implementeringen av BASIS nasjonalt. Det omfatter ansvar for screening, prioritering av innsatte med seksuallovbruddsdom og tilrettelegging for behandlingen. Kriminalomsorgen fungerer også som bindeledd mellom domfelte og

fengselshelsetjenesten i henvisningsarbeidet og med motivasjons- og informasjonsarbeid til innsatte i målgruppen.

Ved oppstart pekte kriminalomsorgen ut spesifikke BASIS-lokasjoner i hver kriminalomsorgsregion ut fra en vurdering av at disse var best egnet som arena for behandlingstilbudet:

Region nord: Tromsø fengsel og Trondheim fengsel inkludert avdelinger med lavere sikkerhet

Region øst: Halden fengsel, Ila fengsel og forvaringsanstalt, Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt og Romerike fengsel avdeling Ullersmo og avdeling Kroksrud og Ungdomsenheten på Eidsvoll

Region sør: Nordre Vestfold fengsel avdeling Horten og Søndre Vestfold fengsel avdeling Berg og avdeling Larvik

Region sørvest: Åna fengsel og opsjon for Agder fengsel avdeling Froland

Region vest: Bergen fengsel og Bjørgvin fengsel (inkl. ungdomsenheten)

Screenere

Hver kriminalomsorgsregion har utpekt minimum to medarbeidere til arbeid med screening. I begynnelsen av implementeringsperioden fikk disse opplæring i bruken av verktøyet Static-99R av David Thornton, en av verktøyets utviklere. Opplæringen ble tilrettelagt av BASIS Vest og var også tilgjengelig for behandlere. Kriminalomsorgen inngikk i starten av 2021 en samarbeidsavtale med Thornton om videre opplæring og veiledning av screenere. Kriminalomsorgen har opprettet et nettverk for screeningmedarbeiderne for å kvalitetssikre screeningen og gjøre organiseringen mindre sårbar. Nettverket hadde sitt første møte i mai 2021. Kriminalomsorgen utarbeider også rutiner for pasientflyt og lagring av screeningresultater med tilhørende relevante opplysninger.

Koordinatorer, motivatorer og BASIS-kontakter

Kriminalomsorgen har utpekt lokale koordinatorene i hvert utvalgte fengsel / hver lokasjon. Koordinatorene har et overordnet ansvar for å motivere innsatte i målgruppen og for å sikre god informasjonsutveksling med spesialisthelsetjenesten og prosjektet for øvrig. Noen steder har koordinatoren utpekt en eller flere motivatorer til å bistå i motiveringsarbeidet. Videre er det også utpekt BASIS-kontakter i fengsler og på friomsorgskontor som ikke er BASIS-lokasjoner. Kontaktene samarbeider med koordinatorene i prosessen med å motivere og eventuelt overflytte aktuelle kandidater til en BASIS-lokasjon. Koordinatorene skal også oppfordre den aktuelle innsatte til å kontakte fengselshelsetjenesten for at de skal vurdere henvisning til videre utredning i BASIS. Dette innebærer mange steder at kriminalomsorgen gjennomgår Static-skjemaet sammen med den innsatte og skriver – etter samtykke – en oppsummering av domsopplysningene slik at fengselshelsetjenesten har et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for henvisning.

Friomsorgens rolle

Behandlingsforløpet i BASIS er utformet slik at det kan følge pasienten i overgangen fra straffegjennomføring i fengsel til eventuell prøveløslatelse, og til behandlingsforløpet kan avsluttes.

Dermed vil alle friomsorgskontor kunne bli BASIS-lokasjoner når innsatte pasienter blir prøveløslatt. Ideelt sett bør den samme BASIS-behandleren følge pasientene hele veien for en mest mulig sømløs overgang og kontinuitet i behandlingen. Dette vil imidlertid bli utfordrende i tilfeller der pasienter bosetter seg langt unna fengselet de løslates fra. Lange behandlingsløp kan også gi forhøyet risiko for skifte av behandler. Tett og godt samarbeid med det aktuelle friomsorgskontoret er en forutsetning for å forebygge behandlingsavbrudd (*drop-out*) og for å motvirke negative effekter av kontinuitetsutfordringer.

Spesialisthelsetjenestens oppgaver

Spesialisthelsetjenesten har det overordnede ansvaret for utredning og behandling av pasienter i BASIS. Pasienter tas inn til utredning/behandling via ordinære rutiner for vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det betyr i praksis at BASIS baserer seg på fengselets primærhelsetjeneste som henvisende instans. Ved formidling av en aktuell kandidat fra kriminalomsorgen skal den innsattes lege i fengselet følge ordinære henvisningsrutiner til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer blant annet at fastlegen utreder psykisk og somatisk status samt formidler eventuelle andre behandlingstilbud som den innsatte følger, og som kan være overlappende. Spesialisthelsetjenesten mottar og vurderer henvisningen på ordinær måte. Inntak til utredning/behandling vurderes ut fra alvorlighetsgrad (herunder risiko og behov) og forventet nytteverdi av behandlingen (herunder responsivitet). Oppstartstidspunkt, varighet og avslutning vurderes ut fra de samme kriteriene.

De ulike instansenes involvering i BASIS gjør det nødvendig med et tett samarbeid mellom kriminalomsorgens koordinatorene, primærhelsetjenesten i fengslene og BASIS i spesialisthelsetjenesten. Et slikt samarbeid forutsetter klare rutiner for ivaretagelse av taushetsplikten og personvernet i tråd med gjeldende lovverk. For ansatte fra importerte helsetjenester i kriminalomsorgen er det i tillegg viktig å ha en kontinuerlig etisk bevissthet om roller, ansvar og oppgavefordeling.

Etter at implementeringsperioden var i gang, besluttet Helsedirektoratet at BASIS skal være en del av pakkeforløp for psykisk helsevern voksne. Dette legger rammer for utredningen og behandlingen. Nasjonal prosjektstøtte har utarbeidet en egen utredningspakke for BASIS for å sikre innhenting av nødvendig informasjon og risikovurderinger.

Behandlersteam i spesialisthelsetjenesten

Behandlerstillinger til BASIS har fortløpende blitt lyst ut og besatt fra og med høsten 2019. På landsbasis er det ved utgangen av implementeringsperioden 16,5 behandlerstillinger (psykologer/psykologspesialister) tilknyttet BASIS, fordelt på 24 personer. BASIS Nord og Sør-Øst er de eneste regionene som har 100 prosent stillinger tilknyttet BASIS (med unntak av Sykehuset Østfold), mens øvrige regioner deler BASIS-arbeid med annet klinisk arbeid i helseforetaket (allmennpsykiatrik poliklinikk eller sikkerhetsavdeling). BASIS Vest (Stavanger) har en lege i 70 prosent stilling i BASIS, øvrige regioner har/innhenter medisinskfaglig ekspertise fra egen enhet ved behov.

BASIS-team

De regionale prosjektene har dannet ulike strukturer for operativt samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten, men flere har regelmessige møtepunkter mellom BASIS-koordinatorer og BASIS-screenere/-kontakter og behandlere. Noen har atskilte møter mellom behandlere og BASIS-personell i kriminalomsorgen i de enkelte BASIS-fengslene og tilsvarende møter mellom behandlere og BASIS-kontakter i ikke-BASIS-fengsler. Møtene kan for eksempel handle om å øke kompetansen om seksuallovbrudd, veiledning i motivasjonsarbeid, drøfting av utfordringer rundt screening/sikkerhetsventil samt utvikling av lokale rutiner og prosedyrer. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har i varierende grad deltatt formelt eller uformelt i disse samarbeidsstrukturene. Alle samarbeidsstrukturene er basert på informasjonsflyt som ivaretar taushetsplikten og personvernet i tråd med gjeldende regler.

1.2.2 Økonomi

Tildelingen til formålet var på totalt 19 millioner kroner i 2019 og 38 millioner kroner årlig fra og med 2020. Beslutningene om fordelingen av midlene ble tatt av representanter for alle de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i egne møter og har ikke vært del av mandatet for implementeringsprosjektet. I denne rapporten orienterer vi derfor bare kort om dette punktet.

Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) har bistått med årlig oppdaterte tall for antall seksuallovbruddsdømte på landsbasis og per helseregion. Kriminalomsorgens regioninndeling er ikke lik helseregionenes inndeling, men ved å splitte opp tallgrunnet på fylker har vi fått en korrekt oversikt. Tallgrunnet fra KDI ble hentet ut per februar hvert kalenderår. Fordelingsnøgkelen var i utgangspunktet (2019) basert på dagsmåling av antall personer dømt for seksuallovbrudd i de fire helseregionene. Fra og med tildelingen for 2021 ble dette endret til ordinær fordelingsnøkkel mellom helseforetakene som tar utgangspunkt i befolkningsgrunnet i opptaksområdet. Fra og med 2022 overføres den totale tildelingen på 38 millioner til RHF-enes og Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

Kriminalomsorgen ble bevilget 2 millioner kroner til oppstart i 2019 og 4 millioner kroner for gjennomføring i 2020. Kriminalomsorgens midler ble fordelt etter antall personer dømt til fengsel for seksuallovbrudd per region.

2 Arbeidet med å legge til rette for BASIS

2.1 Forberedelse til behandling

Tall fra kriminalomsorgen viser at det per 1. oktober 2019 var til sammen 678 personer dømt for seksuallovbrudd i norske fengsler. Det utgjorde 21 prosent av det totale antallet fengselsinnsatte (3251 personer). Ved implementeringsperiodens utløp er bildet som vist i tabell 2 nedenfor.

Tabell 2: Oversikt over antall innsatte per region (tall per 1.6.2021)

Kriminalomsorgsregion	Antall innsatte	Antall innsatte med seksuallovbruddsdom	Andel innsatte med seksuallovbruddsdom
Region nord	363	148	41 %
Region vest	359	125	35 %
Region sørvest	526	112	21 %
Region sør	491	122	25 %
Region øst	1151	224	19 %
Totalt	2890	731	25 %

Andelen som er dømt for seksuallovbrudd, er høyere enn i 2019, men økningen skyldes primært at det er langt færre innsatte totalt sett i 2021. Det lave antallet innsatte er en konsekvens av smitteverntiltak i forbindelse med covid-19-pandemien. Personer som begår seksuallovbrudd, er en gruppe som prioriteres i straffesaksjeden og ved innkalling til straffegjennomføring. Denne gruppen har derfor blitt mindre påvirket av at fengslene har redusert belegget.

2.1.1 BASIS – et screeningbasert behandlingstilbud

Rekruttering til BASIS baserer seg innledningsvis på screening med bruk av verktøyet Static-99R. Static-99R består av 10 risikofaktorer for nye seksuallovbrudd. Hver risikofaktor gis en skår, og disse summeres til en totalskår på mellom -3 og 12 poeng. Skårene brukes til å dele inn gruppen domfelte i forhåndsdefinerte risikonivåer: *lavere, under gjennomsnittlig, gjennomsnittlig, over gjennomsnittlig og godt over gjennomsnittlig*. Formålet med screeningen er at målgruppen for henvisning til utredning/behandling skal avgrenses til innsatte med antatt forhøyet tilbakefallsrisiko, definert som risikonivåene *over gjennomsnittlig* og *godt over gjennomsnittlig* risiko (tallskårer ≥ 4). Et separat forskningsprosjekt har undersøkt treffsikkerheten til Static-99R for norske forhold og konkludert med at en slik grenseverdi fanger opp de aller fleste i målgruppen for BASIS (Sandbukt, Skardhamar, Kristoffersen & Friestad, 2020).

Screening-metoden som benyttes i BASIS, er tilpasset at det er kriminalomsorgen som har ansvar for screeningen, at det er et stort antall som skal screenes, og at nødvendig informasjon er begrenset til den enkelte innsattes straffesakshistorikk.

Resultatene fra kriminalomsorgens screeningarbeid er oppsummert i tabell 3.

Tabell 3: Resultater fra kriminalomsorgens screening i implementeringsperioden

Kriminalomsorgsregion	Antall screenede totalt	Antall med skår ≥ 4 totalt (andel i parentes)	Antall innsatte forsøkt motivert	Antall innsatte som ønsker / ikke ønsker henvisning til BASIS	
				Ja	Nei
Region nord	250	42 (17%)	30	18	2
Region vest	112	24 (21%)	19	17	1
Region sørvest	135	47 (35%)	26	18	8
Region sør	129	37 (29%)	19	10	9
Region øst	304	67 (22%)	53	16	9
Totalt	930	217 (23%)	121	79	21

Som tabellen viser, er over 900 dømte for seksuallovbrudd screenet i perioden juni 2019–juni 2021. Nesten en fjerdedel befinner seg i BASIS' antatte målgruppe. Det er i tråd med internasjonale funn og stemmer overens med estimatet som danner grunnlag for budsjetteringen av nasjonal utrulling av BASIS (jf. BLD-rapporten Kostnader knyttet til tiltak i Opptappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021). Andelen med forhøyet Static-skår varierer mellom regionene: lavest er den i region nord (17 %) og høyest i sørvest (35 %). Fremtidig arbeid med kvalitetssikring av screeningarbeidet bør se nærmere på slike regionale variasjoner og sikre at skårene er kalibrert på tvers av regioner. Det er viktig å understreke at antallet screening-positive også rommer en rekke personer som per i dag faller fra videre rekrutteringsarbeid av ulike grunner (de har for kort eller for lang gjenstående straffegjennomføringstid, de er allerede i behandling for aktuell problematikk, osv.). Noen av disse vil fanges opp på et senere tidspunkt dersom forutsetningene for deltakelse i BASIS endrer seg. Det har vært et prinsipp at det ikke skal gå for lang tid fra man starter på motivasjonsarbeidet, til behandling er aktuelt.

Kriminalomsorgens tall viser at det i løpet av implementeringsperioden har vært ti innsatte kvinner med seksuallovbruddsdom. Motivasjonsarbeid overfor disse kommer i tillegg til tallene i tabell 3.

Sikkerhetsventilen

Det har vært bekymring knyttet til Static-99Rs evne til å fange opp alle innsatte med forhøyet risiko for tilbakefall til nye seksuallovbrudd. For å imøtekomme denne bekymringen la Helsedirektoratet inn som en føring for implementeringen av BASIS at innsatte skal kunne henvises via en alternativ henvisningsvei utenom screeningen. I brev fra Helsedirektoratet datert 16. mai 2019 står det: «Helsedirektoratet anbefaler i tillegg en mulighet for henvisning til spesialisert behandlingstilbud når det er et ønske fra innsatte og/eller vurdering gjort av kriminalomsorgen eller primærhelsetjenesten på bakgrunn av kjennskap til den innsatte og/eller andre kliniske kjennetegn eller dynamiske risikofaktorer. En slik mulighet er viktig, og vil kunne fungere som en 'sikkerhetsventil' i tilfeller hvor

kriminalomsorgen eller primærhelsetjenesten tror at Static-99R ikke fanger opp en innsatt med høy risiko. Kvinner som ønsker et slikt spesialisert behandlingstilbud og vurderes å ha en forhøyet risiko, kan henvises uten en Static-skår. Kriminalomsorgen bør bli sentral i begge 'veiene inn' til behandling.»

Styringsgruppen ønsket en plan for hvordan informasjon om mulig risiko kunne systematiseres og danne grunnlag for egne kriterier for den alternative henvisningsveien. En tverrfaglig og tverretattlig arbeidsgruppe ble nedsatt i mai 2020, med personer fra både helsetjenesten og kriminalomsorgen i de ulike regionene. Samtlige hadde erfaring med screeningarbeid eller behandling av personer dømt for seksuallovbrudd. Gruppen foreslo noen kriterier som *kan* utløse henvisning til BASIS via sikkerhetsventilen. Disse kriteriene ble vedtatt av styringsgruppen i september 2020: forvaringsdom for seksuallovbrudd, foreliggende sakkyndigvurdering som konkluderer med forhøyet risiko, og annen bekymring / annet. Til kategorien «annet» hører for eksempel kriminalomsorgens faglige vurdering av indikasjoner på forhøyet risiko. Kriteriene for sikkerhetsventilen er tenkt å være dynamiske og gir grunnlag for å gjøre individuelle vurderinger. Sikkerhetsventilen kan brukes i enkelttilfeller der det foreligger særlige faglige grunner til å anta at risikoen for fremtidig seksuallovbrudd er forhøyet, uten at dette kommer frem av screeningsresultatet. Disse grunnene må gå frem av henvisningen. Screening med bruk av Static-99R skal være hovedveien inn til utredning.

Kriminalomsorgsregionene melder per juni 2021 om til sammen 52 innsatte som oppfyller ett eller flere av kriteriene for sikkerhetsventilen, hvorav de aller fleste (42 personer) befinner seg i region øst og innfrir kriteriet «forvaringsdom for seksuallovbrudd».

Nasjonal prosjektstøtte anbefalte innledningsvis i implementeringsperioden å redusere antallet inklusjons- og eksklusjonskriterier fra pilotprosjektet. Følgende kriterier ble gjort gjeldende for BASIS nasjonalt:

Inklusjonskriterier:

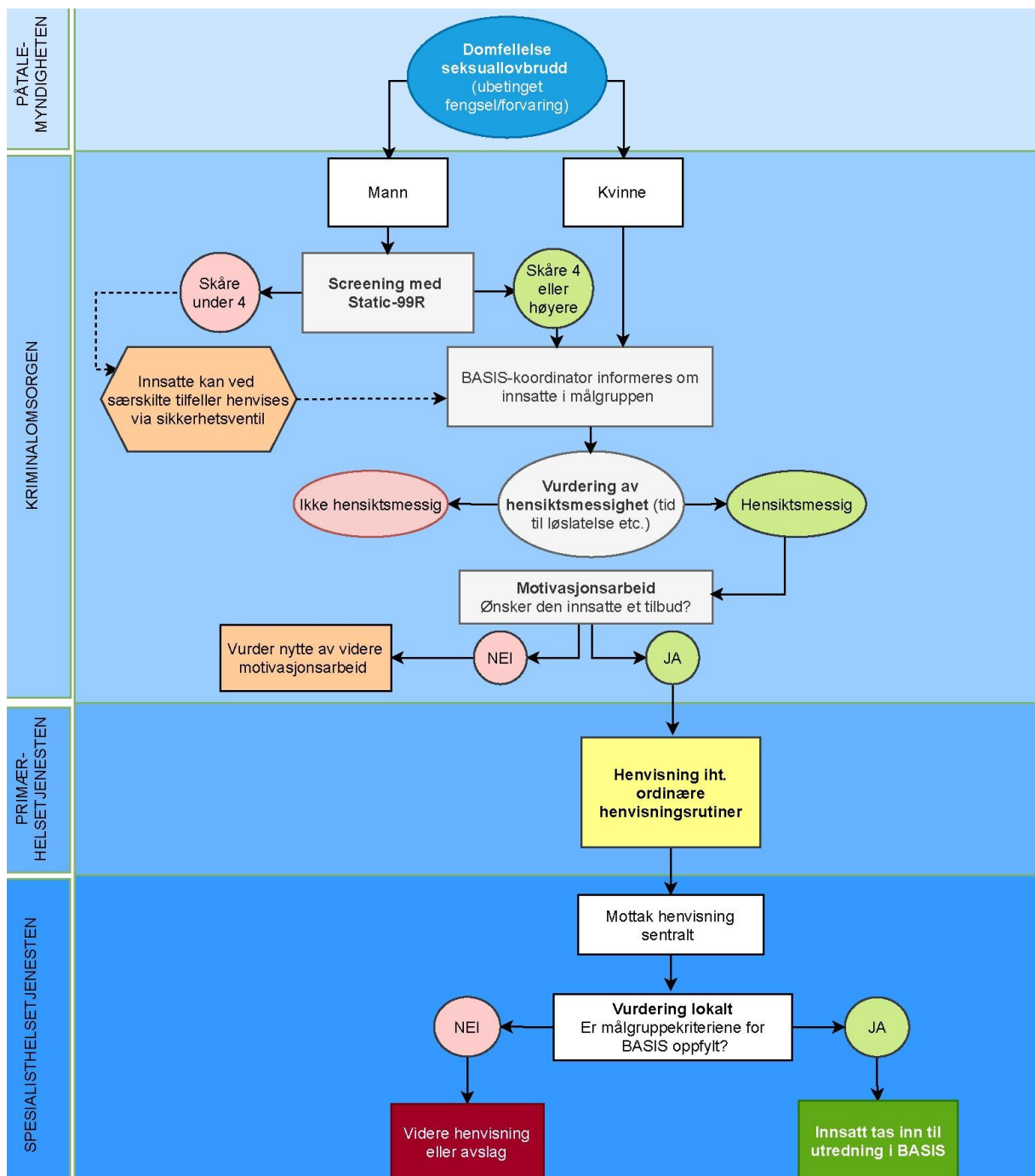
- personer dømt for seksuallovbrudd som har begynt straffegjennomføring i fengsel
- personer med forhøyet tilbakefallsrisiko (indikert ved Static-99R-skår 4 eller høyere, alternativt sikkerhetsventil, indikert av kriteriene over og bekreftet av utfyllende risikovurdering)
- kvinner dømt for seksuallovbrudd som ønsker behandling

Eksklusjonskriterier:

- pågående psykose
- samtidig behandling i annet behandlingstilbud spisset mot seksuallovbruddsproblematikk, begrunnet med at det er vanskelig å vurdere effekten av behandlingen i BASIS hvis pasientene samtidig mottar annen behandling med samme mål
- for kort/lang tid til forventet løslatelse (må hensyntas ved rekruttering), etter en vurdering av om det er hensiktsmessig å starte behandling med tanke på tid til forventet løslatelse og mulighet for fortsatt behandling etter endt straffegjennomføring

Figuren på neste side illustrerer veien inn til utredning i BASIS.

Figur 1: Veien inn til utredning



Spesialisthelsetjenesten er avhengig av at potensielle målgruppepasienter som ønsker behandling, henvises. Tabell 4 viser det samlede antallet mottatte henvisninger til BASIS i de ulike helseregionene.

Tabell 4: Screeningsresultater og henvisninger totalt i implementeringsperioden per helseregion

Helseregion	Antall screenede totalt	Antall med Static-skår ≥ 4	Antall henvisninger totalt	Antall henvist med Static-skår ≥ 4	Antall henvist via sikkerhetsventil	Antall kvinner henvist
Helse Nord	112	15	3	2	1	0

Helse Midt	170	31	18	14	4	0
Helse Sør-Øst	477	118	44	34	6	2
Helse Vest	171	53	33 ¹	27	1	0
Til sammen	930	217	98	77	12	2

¹Henvisingene rommer fire pasienter som var feilskåret med Static-99R. Disse er utelatt fra det videre tallgrunnlaget.

Halvparten av de screening-positive (Static-skår 4 eller høyere) befinner seg i opptaksområdet for Helse Sør-Øst, en fjerdedel i Helse Vest, mens resten er fordelt mellom de to nordligste helseregionene. Tabellen viser at totalt åtte av ti mottatte henvisninger er utløst av screening, sikkerhetsventilen er kun brukt som begrunnelse for to av ti henvisninger. Dette er i tråd med oppdragets prioritering. Til tross for at kriminalomsorgen melder om et høyt antall personer som innfrir ett eller flere av sikkerhetsventilens kriterier (til sammen 52 personer, jf. punkt 2.1.1), ser det ut til å være gjort en grundig seleksjon innad i denne gruppen, slik at de aller fleste som kommer med dette henvisningsgrunnlaget, faktisk gis rett til helsehjelp (se tabell 5).

Tabell 5 viser antallet pasienter i behandling i perioden juni 2019–juni 2021 samt avsluttede og avbrutte pasientforløp.

Tabell 5: Pasientbehandling i implementeringsperioden

Helseregion	Antall pasienter i behandling	Antall med Staticskår ≥ 4	Antall via sikkerhetsventil	Antall ordinært avsluttet	Antall behandlingsavbrudd (<i>drop-out</i>)
Helse Nord	3	1	2	0	0
Helse Midt	12	10	2	0	1
Helse SørØst	34	27	5	2	3
Helse Vest	28	27	1	1	1
Til sammen	77	65	10	3	5

Budsjetteringen av nasjonal utrulling av BASIS (jf. BLD-rapporten Kostnader knyttet til tiltak i Opptrappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021) hadde 75 pasienter som utgangsestimat, altså svært nær det faktiske antallet pasienter i behandling (n=77) i BASIS per juni 2021.

2.2 Tilrettelegging for utredning og behandling

2.2.1 Felles innhold i BASIS' utredningspakke

Det har i hele perioden vært arbeidet for å etablere et felles grunnlag for å sikre kvaliteten på utredning/diagnostikk og behandling gjennom systematisk internkontroll og evaluering. Dette arbeidet ligger i mandatet til Nasjonal prosjektstøtte, i oppgaven med å utarbeide forslag til et minste felles datasett til bruk i evaluering av behandlingstilbudet.

Forslaget til felles utredningspakke ble godkjent av styringsgruppen i mars 2020. Utredningspakken dekker kjerneelementene i behandlingen og er bygget opp for å kunne følge pasientenes progresjon

underveis i behandlingen. Utredningspakken dekker anamnestisk informasjon, responsivetsfaktorer, behandlingselementer og utfallsmål. Utredningsområdene belyses gjennom en kombinasjon av behandlerens systematiske utredninger og kliniske vurderinger og pasientens selvrapporing. Det er noen forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder hvordan journalforskriftbaserte forpliktelser ivaretas, og det ble tidlig enighet i Nasjonal prosjektstøtte om at innholdet i utredningen må tilpasses disse forskjellene. Det betyr at de åpner for variasjon i instrumentvalg knyttet til det vi kan kalle ordinær utredning i psykisk helsevern (utredning av psykiatrisk status, inkl. rusmiddelmissbruk, og generell anamnestisk informasjon). Utover dette består en BASIS-utredning av behandlingsspesifikke elementer hvor det *ikke* er åpnet for regional valgfrihet med hensyn til utredningsmetode. Dette gjelder områdene risiko, ressurser, responsivetsforhold (RNR-prinsippene) og utfallsmål. Innholdet i disse elementene er valgt ut fra etablert kunnskapsstatus, konsultasjon med relevante faglige ressurser på de ulike temaene og diskusjoner i Nasjonal prosjektstøtte. Brukermedvirkning er en integrert del av BASIS gjennom systematisk bruk av ulike tilbakemeldingsverktøy. Hovedprinsippene bak utvelgelse av enkeltinstrumentene var først og fremst at de skulle være sensitive for endring, og dernest ble det lagt vekt på å velge instrumenter som var validert i sammenlignbare pasientgrupper. Som ellers i psykisk helsevern er formålet med utredningen i BASIS å gi et helhetlig og mest mulig dekkende grunnlag for beslutninger om behandlingsmål for den enkelte pasient.

2.3 Opplæring, veiledning og kompetanseheving

En viktig oppgave i implementeringsperioden har vært å organisere opplæring, veiledning og kompetansehevede tiltak. I løpet av perioden har det blitt gjennomført to runder med opplæring i behandlingsmodellen (Good Lives-modellen (GLM)) og to runder med opplæring i risikoverktøy (VRS:SO, SAPROF-SO og Static-99R). Flere behandlere i de regionale behandlerteamene deltok på ATSA-konferansen (Association for the Treatment of Sexual Abusers, se www.atsa.com) i 2019 og 2020. Grunnet covid-19-situasjonen har alle kurs og konferanser etter mars 2020 vært avholdt digitalt.

For å styrke mulighetene for faglig oppdatering og nettverksbygging med internasjonale kolleger har BASIS tilbudt alle prosjektlederne å tegne medlemskap i ATSA og få dette dekket av de nasjonale implementeringsmidlene. Av samme grunn har Nasjonal prosjektstøtte utredet muligheten for å etablere en norsk ATSA-avdeling. Styringsgruppen konkluderte i mai 2020 med at det på det tidspunktet ikke var et tilstrekkelig antall dedikerte personer til å iverksette en formell søknadsprosess overfor ATSA, men at dette bør vurderes på nytt når det foreligger mer erfaring med enkeltmedlemskap.

Alle prosjektgruppene har i løpet av implementeringsperioden etablert veiledningsordninger for behandlerne, med regionale variasjoner tilpasset opplevd behov. BASIS Midt og Nord har inngått en felles veiledningsavtale med Gwenda Willis (New Zealand) for veiledning i GLM-metodikk. Helse SørØst har inngått en lignende avtale med Gwenda Willis og David Prescott (USA). BASIS Vest (Bergen og Stavanger) har ikke etablert veiledningsavtaler med Willis/Prescott, men driver sin egen kollegaveiledningsgruppe.

Det skulle etter planen arrangeres nasjonale erfaringssamlinger for BASIS-behandlere i løpet av implementeringsperioden. På grunn av covid-19-situasjonen har disse gjentatte ganger blitt utsatt. Den første erfaringssamlingen ble arrangert digitalt 10. mars 2021. Formålet med samlingen var å dele erfaringer med oppstart av BASIS på tvers av regioner. Dagen ble delt opp i tre arbeidsbolker med vekt på 1) utredning, 2) behandling og 3) tiltak for veien videre. Diskusjonen foregikk i mindre grupper med tilbakemeldinger i plenum. Gruppens tilbakemeldinger og anbefalinger er en del av grunnlaget for denne rapporten.

2.4 Kvalitetssikring og dokumentasjon av behandlingen

BASIS omfatter en pasientgruppe som er lite systematisk karakterisert i norsk sammenheng, og behandlingen de mottar er ny, selv om den er basert på etablerte prinsipper. Det er derfor et stort behov for å følge nøye med på behandlingen og sikre kvaliteten gjennom systematisk innsamling av opplysninger om hvordan det går med pasientene. Dette er det andre viktige formålet med utredningspakken for BASIS (jf. punkt 2.2.1).

2.4.1 Etablering av medisinsk kvalitetsregister med nasjonalt omfang

Etter omfattende arbeid lokalt på OUS og konsultasjon med de respektive helseforetakenes personvernombud ble det sommeren 2020 besluttet at etablering av et medisinsk kvalitetsregister med nasjonalt omfang (forankret i Forskrift for medisinske kvalitetsregistre) vil være den beste løsningen for å ivareta det todelte behovet for bruk av journalopplysninger til henholdsvis kvalitetssikringsformål og fremtidig forskning. Personvernombudene anbefalte at oppgaven med å lede etableringen av et slikt register ble lagt til OUS. Den formelle tilrådingen til opprettelse av et slikt register ble gitt av personvernombudet ved OUS i januar 2021. Arbeidet med å opprette databasen for lagring av opplysninger i kvalitetsregisteret er omfattende og kostnadskrevende. Arbeidet krever spesialkompetanse fra Avdeling for registerstøtte ved OUS, og utgiftene til dette dekkes av midlene avsatt til den nasjonale implementeringen. Når dette arbeidet er ferdigstilt, vil informasjon om BASIS-pasientenes utredning og behandling, basert på den felles utredningspakken, overføres til det medisinske kvalitetsregisteret på en trygg måte med tanke på både datasikkerhet og personvern. Oppføring i registeret er samtykkebasert.

Registeret vil løpe parallelt med behandlingen, og arbeidet med drift, vedlikehold, videreutvikling og rapportering fra registeret vedvarer så lenge behandlingstilbudet opprettholdes.

Dersom alle de regionale behandlingsstedene slutter lojalt opp om dette registeret, vil det kunne oppnå høy dekningsgrad og være en unik kilde til kunnskap om pasientgruppen. I tråd med retningslinjene for medisinske kvalitetsregistre skal det opprettes et fagråd. Fagrådet har ansvar for at registeret brukes til kvalitetssikringsformål, og for at utlevering av data skjer i tråd med registerets spesifikke formål.

2.4.2 Fremtidig forskning – temaer og organisering

En arbeidsgruppe i regi av Nasjonal prosjektstøtte har utarbeidet forslag til områder der det er behov for forskningsinnsats, knyttet til BASIS: 1) undersøkelse av behandlingsforløp, 2) straffegjennomføringsmiljøets betydning for behandlingsforløpene og 3) tilbakefall til ny kriminalitet. Forslagene er i tråd med forventningene som går frem av Helsedirektoratets brev til HOD i forbindelse med oversendelse av BASIS-prosjektets (2016–2019) sluttrapport. Noen av disse temaene vil kunne belyses ved hjelp av data fra det medisinske kvalitetsregisteret, men temaene er ikke begrenset av hvilken informasjon som er tilgjengelig derfra. Alle forskningsprosjekter, uavhengig av hvilke data som tenkes brukt, må utarbeide prosjektbeskrivelser og søke godkjenning på ordinær måte med utgangspunkt i en forskningsansvarlig institusjon. Styringsgruppens diskusjoner om fremtidig forskningsaktivitet i tilknytning til BASIS har understreket det nasjonale aspektet ved denne delen av oppdraget. Styringsgruppens anbefaling (jf. sak 47-2020, referatført fra møtet 19.6.2020) er at forskningsmidler tilknyttet BASIS ikke deles opp, men i sin helhet tildeles Helse Sør-Øst RHF ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri HSØ, under forutsetning av at SIFERNettverkets forskningsutvalg involveres i prosessene vedrørende utvikling og kvalitetssikring av konkrete forskningsprosjekter. Alle de fire regionale kompetansesentrene er representert i SIFERNettverkets forskningsutvalg.

Det finnes mange problemstillinger som det er ønskelig å belyse gjennom forskning. Flere av disse krever et tallmessig større materiale enn det som kan genereres i en norsk kontekst alene. I de tilfellene der det er mulig, vil det derfor være ønskelig å inngå samarbeid med internasjonale kolleger om temaer det er felles interesse for – og hvor det er mulig å generere felles data. Et eksempel på et slikt samarbeid som allerede er i satt gang, er den internasjonale valideringen av instrumentet Structured Assessment of Protective Factors for violence risk – Sexual Offence version (SAPROF-SO). Prosjektet ledes av Gwenda Willis ved University of Auckland på New Zealand i samarbeid med David Thornton og Sharon Kelley fra USA. For BASIS innebærer denne avtalen at de regionale prosjektene sender anonymiserte SAPROF-SO-skårer, informasjon om lovbrudd og offer, demografi og etter hvert informasjon om tilbakefall. Resultatene vil på sikt publiseres på forskningsgruppen Advancing Sexual Abuse Prevention (ASAP) sine nettsider, www.asap.auckland.ac.nz.

2.5 Samisk språk- og kulturkompetanse

I tråd med retten til likeverdige helsetjenester, omsorgstjenester og sosiale tjenester for samisk befolkning (jf. Meld. St. 31 (2018–2019)) og Kriminalomsorgens tiltaksplan for god og likeverdig straffegjennomføring for samiske innsatte og domfelte har vi iverksatt tiltak for å sikre samisk språk- og kulturkompetanse i BASIS, i alle regioner. BASIS Nord har hatt ansvaret for praktisk utforming av tiltak.

Domfeltes etnisitet registreres ikke i kriminalomsorgens systemer. Det vil si at innsatte i målgruppen med samisk eller annen kulturell tilhørighet / etnisitet ikke rutinemessig vil identifiseres. Kriminalomsorgen region nord har derfor fått oversatt informasjonsskrivet til innsatte og informasjonsskrivet om fengselshelsetjenestens rolle i BASIS til nordsamisk, for å gjøre tilbudet mer tilgjengelig både for samisktalende innsatte og den primære helsetjenesten deres.

Det ble også gjennomført et møte med representanter for Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helse og avhengighet (SANKS) i Finnmarkssykehuset HF, for å sikre annen ivaretagelse av

samisk språk- og kulturkompetanse i BASIS. Den klareste anbefalingen fra SANKS var å sikre tilgang til video-/lydtolketjenesten som driftes av SANKS, og bruke denne der behandler har behov for å bli forstått. Denne tjenesten er landsdekkende og kan benyttes uavhengig av hvor den innsatte mottar BASIS-behandling. Det finnes også et nasjonalt team innenfor SANKS, med kontorsted i Nordland, Trøndelag og Oslo. Teamet kan bistå behandlerne i spørsmål rundt hvordan de kan gi den beste behandlingen til samiske innsatte.

På bakgrunn av at SANKS hadde et prosjekt om bruk av kulturformuleringsintervjuet, ble det drøftet om dette fanger opp samiske innsatte i tilfeller der samisk tilhørighet/kultur ikke har kommet frem i motivasjonssamtaler med kriminalomsorgen. Dette er ikke tilstrekkelig avklart, men det viktigste synes å være at man på generell basis etterspør om den innsatte har et annet eller flere hjemmespråk enn norsk, eller ikke har norsk som førstespråk. Spørsmålene bør stilles uavhengig av i hvilken region den innsatte gjennomfører fengselsstraff, og uavhengig av annen indikasjon, som navn eller geografisk opprinnelsessted. Dette bør skje i motivasjonsarbeidet som følger etter tilbakemelding på positivt screeningresultat, samt av behandlere når utredningen starter. Behandlers behov for tolketjenester kan dukke opp først når man kommer inn på sensitive tema knyttet til psykisk helse og seksualitet.

SANKS påpekte for øvrig at det er viktig at samisk språk- og kulturkompetanse tas inn i planleggingen og utviklingen av helsetilbud fra starten av.

3 Resultater av arbeidet med de sentrale utfordringene

3.1 Fokusområder identifisert gjennom arbeid med ROS-analyser

Som vi påpekte innledningsvis (jf. punkt 1.1.1), ble det ved prosjektoppstart skissert tre hovedutfordringer som måtte håndteres for å lykkes med den nasjonale implementeringen. Disse er utdypet og nyansert gjennom et omfattende arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) på regionalt og nasjonalt nivå, av spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen i samarbeid. Fem overordnede risikoområder ble identifisert:

1. Uønsket variasjon i kvalitet og form på BASIS-tilbudet i de forskjellige regionene
2. Manglende følgeevaluering av BASIS
3. Problemer med å nå målgruppen (dømte med forhøyet tilbakefallsrisiko)
4. Covid-19-situasjonen
5. Manglende ivaretagelse av personvern og taushetsplikt

Arbeidet avdekket utfordringer som gjorde seg gjeldende på tvers av regionene og derfor har vært tema for den nasjonale tilretteleggingen. I tillegg kom det frem problemstillinger knyttet til ulike forutsetninger og rammer for implementeringen av BASIS regionalt. Vi innleder med en oppsummering av resultatene knyttet til temaet samarbeid, ettersom det representerer en helt sentral suksessfaktor og grunnleggende forutsetning for de påfølgende resultatene knyttet til øvrige ROS-områder.

3.2 Samarbeid mellom kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Når BASIS implementeres i kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er det store systemer som skal kommunisere med mange ansatte. Samarbeidet som BASIS forutsetter, er unikt og krevende. Det er derfor viktig å innlede med å si at erfaringen i all hovedsak er positiv, primært grunnet meget velfungerende prosjektgrupper med høy faglig kompetanse, dedikerte og engasjerte deltakere og et godt samarbeidsklima. Det har vært kort vei til dialog i prosjektgruppene, og en positiv innstilling til kunnskapsdeling og erfaringsformidling i og mellom prosjektgrupper og øvrige fora. Dette har gjort det mulig med åpen og effektiv kommunikasjon. Jevn møtefrekvens har bidratt til rask avklaring av problemstillinger som har dukket opp underveis. God mulighet for opplæring, erfarings- og kunnskapsdeling, faglig meningsbrytning og felles rammeforståelse og mål for prosessen har bidratt til at man har nådd målene som ble satt.

Alle regioner har nådd oppdragets målsetting om å sette i gang behandling innen utgangen av 2020. Enkelte regioner hadde ved oppstart allerede etablerte samarbeidsstrukturer mellom helse og kriminalomsorg knyttet til arbeid med seksuallovbruddsproblematikk. Disse regionene hadde et fortrinn fremfor regioner hvor slike strukturer måtte bygges opp fra bunnen av. I de helseregionene der man ikke har hatt lignende offentlige tilbud, har man på kort tid klart å etablere høy seksuallovbruddsspesifikk kompetanse i både spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen og bygget robuste strukturer for videre samarbeid og fagutvikling. Organiseringen av samarbeidet lokalt, regionalt og nasjonalt anses å ha vært en viktig bidragsyter til opplevelsen av et hovedsakelig velfungerende samarbeid.

BASIS-arbeidet har medført økt tilførsel av kunnskap og kompetanse til kriminalomsorgen fra spesialisthelsetjenesten. Videre har det bidratt til at kriminalomsorgen har satt ytterligere søkelys på målgruppen og jobber mer systematisk med domfelte med seksuallovbruddsdom. Det overordnede inntrykket er at BASIS har blitt tatt godt imot lokalt, både i fengslene og i helsetjenesten, og ikke minst at innsatte har vært positive til tiltaket.

Økt kunnskap og kompetanse sammen med styrket prioritering av denne målgruppen antas å ha bidratt til redusert stigma og større forståelse for hvordan denne gruppen bør omtales, blant ansatte i kriminalomsorgen. Også fra spesialisthelsetjenestens side formidles det en erfaring av at arbeidet med BASIS har bidratt til å styrke fagfeltet og gi økte muligheter for faglig fellesskap og gjensidig erfaringsutveksling.

3.2.1 Mangelfull forankring av BASIS

En nasjonal implementering av et høyspesialisert tilbud på tvers av svært ulike organisasjoner, og på kort tid, medfører rimeligvis noen utfordringer. BASIS forutsetter at man klarer å gjøre behandlingstilbudet til en integrert del av allerede eksisterende strukturer, både i fengslene og i kriminalomsorgen for øvrig. Slike endringer kan være krevende, og de fordrer forankring i alle ledd, inkludert hos ledelsen. Dette var identifisert som en mulig utfordring ved oppstart av prosjektet.

Erfaringene fra implementeringsperioden er at den interne forankringen i kriminalomsorgen ble vanskeligere fordi regionene er ulikt organisert. Både regionene og direktoratet har deltatt i BASIS' styringsgruppe, men den interne koordineringen og samordningen mellom Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) og regionene har vært utfordrende. Viktige og prinsipielle spørsmål i arbeidet med BASIS forutsatte at kriminalomsorgen kunne koordinere, drøfte, samordne og kvalitetssikre de kriminalomsorgsspesifikke utfordringene knyttet til implementeringen. Kriminalomsorgen region sør har på tampen av implementeringsperioden fått et særskilt ansvar for å koordinere BASIS internt. Ved behov for å avklare regelverket om personvern, lagring av data og annet som ikke kan avgjøres regionalt, løftes problemstillingene skriftlig til KDI.

Informasjon om BASIS både generelt og konkret knyttet til oppgave- og ansvarfordeling mellom kriminalomsorg og helse har vært etterspurt i kriminalomsorgen. Uten en plan for utvikling og formidling av informasjon i linjen har kriminalomsorgens regioner vært henvist til informasjon de har fått fra prosjektgruppene, med de kilder til klarhet og regional variasjon det medfører. Det er en klar anbefaling at det ansvaret som kriminalomsorgen nå har tildelt region sør, også bør omfatte utarbeidelse og formidling av informasjon om kriminalomsorgens oppgaver i BASIS.

Det er behov for en overordnet plan for kompetanseheving i kriminalomsorgen knyttet til seksuallovbruddsproblemstilling. Dette har blitt tydelig under implementeringen av BASIS. Ansatte i kriminalomsorgen har etterspurt mer kunnskap om dynamiske risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, RNR-prinsippene og Good Lives-modellen. Slik kunnskap kan bidra til å gjøre kriminalomsorgen bedre rustet for motivasjonsarbeid (jf. rekruttering) og for å vurdere innsatte opp mot sikkerhetsventilen i BASIS (jf. annen bekymring). Det vil på sikt også kunne bedre kriminalomsorgens evne til å inngå i samarbeid med BASIS-behandlere for å støtte opp om behandlingsplanen, samt utforme og gjennomføre øvrige tilbakeføringsplaner. Kriminalomsorgens behov for opplæring og kompetansestyrking bør forankres i KDI og ikke bare løses lokalt. De regionale prosjektgruppene arbeider kontinuerlig med kunnskapsformidling knyttet til BASIS og seksuallovbruddstematikk mer generelt, men grunnet manglende ressurser og tid i både spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen har det vist seg vanskelig å løse dette lokalt. Det vurderes ikke tilstrekkelig at slik opplæring gis av BASIS-behandlerne i de regionale prosjektene alene. Det blir viktig at kriminalomsorgen lager varige løsninger og strukturer for opplæring og sørger for at personalet får de nødvendige ressursene til å benytte seg av dette. Realisering av slike strukturer forutsetter en tydelig ledelsesforankring både overordnet og på lokalt ledelsesnivå.

3.3 Kvalitet og form på BASIS-tilbudet i de forskjellige helseregionene

Det er et uttalt mål med implementeringsarbeidet å motvirke uønsket variasjon. Samtidig er det en forutsetning for et godt tjenestetilbud at det er tilstrekkelig tilpasset sentrale regionale og lokale forutsetninger.

3.3.1 BASIS Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har gitt Oslo universitetssykehus HF det ledende og koordinerende ansvaret for implementering av BASIS-behandlingstilbudet i hele Helse Sør-Øst. BASIS Sør-Øst driftes med

utgangspunkt i tre ulike helseforetak med spredt geografisk plassering, og tilbudet skal samlet sett betjene tre kriminalomsorgsregioner (sør, øst og sørvest). Samarbeidet med kriminalomsorgens regioner har vært tett, og det er en forutsetning for å nå hele målgruppen for behandlingstilbudet med etablering av et behandlingstilbud i et gitt utvalg fengsler. Oslo universitetssykehus har et særlig oppfølgingsansvar for BASIS i Halden fengsel og i Agder fengsel avdeling Froland, og har derfor en stor regional prosjektgruppe bestående av 15 deltakere. BASIS startet på ulike tidspunkt i henholdsvis Oslo, Halden og Agder og presenteres derfor atskilt i avsnittene nedenfor.

Oslo universitetssykehus, Gaustad: OUS betjener følgende fengsler/avdelinger med ambulant virksomhet tre dager i uken: Ila fengsel og forvaringsanstalt (40 min t/r), Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt (40 min t/r), Søndre Vestfold fengsel avdeling Berg (3 t 15 min t/r) og avdeling Larvik (3 t 30 min t/r) og Romerike fengsel avdeling Ullersmo (1 t 20 min t/r) og avdeling Kroksrud (møter poliklinisk på Gaustad).

Bemanningsplanen legger opp til seks psykologer i 100 prosent fast stilling. Det har vært vanskelig å rekruttere og beholde behandlere. Samarbeidet med kriminalomsorgens screenere har vært godt, men de har møtt på lokale utfordringer i ulike fengsler/helseavdelinger. Ambulant virksomhet til mange enheter betyr mange motivatorer og helseavdelinger. Det har vært utfordrende å skape gode kommunikasjonskanaler med alle involverte.

Basert på erfaringene fra BASIS-pilotprosjektet, hvor behandlerne var mye på reise alene, legger BASIS Sør-Øst vekt på å bygge opp et arbeidsmiljø der de ansatte føler tilhørighet og fellesskap til enheten og kollegaene. Derfor prioriterer de to dager i uken til fagmøter, veiledning og personalmøter. Arbeidet med å utvikle et robust og hyggelig fagmiljø anses som viktig både for å styrke fagligheten og forebygge «compassion fatigue» og turnover.

BASIS Sør-Øst har hatt utfordringer med at det kommer henvisninger fra fengsler som ikke er blant de utpekte BASIS-lokasjonene. Dette er spesielt krevende når den innsatte som henvises, er i målgruppen, og derfor må gis rett til utredning. Kriminalomsorgen har forsøkt å fremstille de aktuelle pasientene, men dette har vist seg å være vanskelig og uforutsigbart og ikke til det beste for pasientbehandlingen.

BASIS Sør-Øst har også mottatt henvisninger som gjelder pasienter med kort tid igjen til løslatelse. Alle disse utredningsforløpene har endt med at pasienten ikke møter til time etter løslatelse. Dette understreker betydningen av å ha lang nok tid til alliansebygging før løslatelse.

Majoriteten av pasientene har til nå vært innsatte på Ila fengsel- og forvaringsanstalt, og OUS har nytt godt av helseavdelingens behandlingskontorer der. Det er besluttet at bygningsmassen skal rehabiliteres, og de innsatte overføres derfor fra Ila til Romerike fengsel avdeling Ullersmo i juni 2021. Slike endringer påvirker selvsagt institusjonen det gjelder, både ansatte og innsatte. For OUS medfører dette et økt behov for behandlingskontorer på Ullersmo, som allerede er preget av plassmangel. Man står derfor nå i en situasjon hvor behandling av pasientene styres etter hvorvidt det gis tilgang til mange nok og egnede behandlingskontorer. Dette er foreløpig ikke helt avklart, og det foreligger ingen umiddelbar god løsning på problemet.

Sykehuset Østfold: Behandlerteamet er lokalisert i Halden fengsel. Pasienter fra Halden fengsels overgangsbolig og Ravneberget fengsel tas også imot poliklinisk ved Haldenklinikken. Det er ansatt tre

behandlere (psykologspesialister) til arbeidet med BASIS høsten 2020. Alle har fullført nødvendig opplæring og mottar GLM-veiledning.

Det har vært krevende å få på plass gode henvisningsrutiner. En del av de henviste pasientene har vært utenfor målgruppen, ved at de enten har for lav Static-skår, ikke har rettskraftig dom eller er overført til et annet fengsel før de har blitt innkalt til samtale. Totalt er seks pasienter henvist, hvorav fire nylig har fått rett til utredning, og to allerede har fått rett til behandling og mottar behandling per i dag. Alle henviste gis i utgangspunktet rett til utredning og blir innkalt til en innledende vurderingssamtale. Behandlerteamet bistår kriminalomsorgen og helsetjenesten med informasjon rundt behandlingstilbudet og deltar i motivasjonssamtalene sammen med motivatorene når dette er ønskelig. Det er etablert samarbeid med motivatorene i Ravneberget og Eidsberg fengsel.

Implementeringen av BASIS har krevd tett dialog mellom spesialisthelsetjenesten, kriminalomsorgen og fengselhelsetjenesten. Det har vært utfordrende å gjennomføre jevnlig møter under covid-19pandemien på grunn av utstrakt bruk av hjemmekontor og ulike digitale møteplattformer, begrenset tilgang på video/PC i helseavdelingen og tidvis nedstenging av fengselet. Det har da vært vanskelig å ha oversikt over aktuelle kandidater og hvor de er i henvisningsprosessen. Det har også gjort at henvisningsprosessen for enkelte har tatt lang tid.

Sørlandet sykehus: Det er ansatt en psykolog i 100 prosent stilling ved SSHF, DPS Østre Agder, poliklinikk Arendal. Psykologen startet i april 2021, og bemanningsplanen legger opp til totalt to medarbeidere i BASIS ved Sørlandet sykehus. Psykologen har knyttet kontakt med kriminalomsorgen ved Agder fengsel avdeling Froland. Screeningarbeidet er påbegynt, og kriminalomsorgen har rapportert flere kandidater med en Static-skår på 4 eller høyere.

Psykologen har knyttet seg til OUS via deltakelse i digitale møter og en ukes hospitering ved Spesialpoliklinisk enhet på Gaustad. Psykologen venter på tilsetting av en BASIS-medarbeider til, men rekrutteringssituasjonen til BASIS er krevende. Dette gjør situasjonen utfordrende med hensyn til opplæring og veiledning i utredningsverktøy og behandlingsrammeverk for den allerede tilsatte psykologen, som på det nåværende tidspunktet trenger slik grunnleggende opplæring for å kunne tilby BASIS.

Videre mangler psykologen teamforankring og faglige rammer i fengselet. Foreløpig er det ikke etablert et eget BASIS-team eller et eget allmennpsykiatrisk behandlingsteam i fengselet. Dette henger sammen med organiseringen i Agder fengsel og relevante samarbeidspartnere i fengselet. Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling ved SSHF er nå i prosess med å etablere et team som omforener BASIS-behandlere og allmennpsykiatriske behandlere i fengselet.

Det oppleves svært sårbart at psykologen er alene som behandler i BASIS. Tett samarbeid med BASISbehandlere andre steder vurderes som særlig viktig for å kvalitetssikre det faglige og kliniske arbeidet, spesielt i en innledende fase.

3.3.2 BASIS Vest

Både i Stavanger og Bergen eksisterte etablerte samhandlingsstrukturer for behandlingstilbud til personer dømt for seksuallovbrudd. Dette ga mange fordeler i implementeringen av BASIS og førte til at behandlingen kom tidlig i gang. Utfordringene var imidlertid knyttet til å finne gode rammer for

sameksistens med eksisterende tilbud. BASIS ble lagt til de samme enhetene som hadde eksisterende tilbud, og flere ansatte fikk oppgaver med begge tilbudene. Dermed er det erfarne behandlere og ansatte i kriminalomsorgen (både fengsel og friomsorg) som har vært med i etableringen i BASIS.

Helse Stavanger og Helse Bergen har hatt lokale prosjektgrupper for BASIS, med tidvis samordning i regionale møter. Dette har gjort at den allerede etablerte styringsstrukturen for tilbudene til personer dømt for seksuallovbrudd er beholdt lokalt, oversikten har vært god, og det er et nært og godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen.

BASIS Vest har initiert diskusjoner i Nasjonal prosjektstøtte knyttet til format og samtidighet i BASIS (se punkt 3.3.6), behandling utenfor valgte BASIS-fengsler (se punkt 3.6.1) og valgfrihet knyttet til utredningspakken (se punkt 3.4.1). Disse temaene berører viktige forutsetninger for implementeringen og kan ha konsekvenser for alle regionenes arbeid, og er derfor viet egne avsnitt.

3.3.3 BASIS Midt

Tilbudet er lokalisert ved Trondheim fengsel avdeling Nermarka og avdeling Leira og ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri / regional sikkerhetsavdeling for dem som soner ved avdeling Kongensgate (frigangshjemmet). Ved alle lokasjonene er det utfordringer knyttet til egnede behandlerkontor. Behandlerteamet har siden 1. mai 2021 bestått av fire psykologer i 50 prosent stilling i kombinasjon med 50 prosent stilling ved regional sikkerhetsavdeling eller fengselspoliklinikk.

Trondheim fengsel og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri / regional sikkerhetsavdeling har lang erfaring med samarbeid om kriminalomsorgens tidligere behandlingsprogram for personer dømt for seksuallovbrudd, noe som har vært en fordel for opprettelse av en regional prosjektgruppe med engasjerte deltakere og oppstart av behandlingstilbudet. Historikken som fengsel med tilbud til denne gruppen og programbetjenter med engasjement for fagfeltet bidro også til rask rekruttering av pasienter.

Trondheim fengsel har siden januar 2020 vært under rehabilitering og hatt cirka 60 færre plasser enn normalt. Dette har gitt kriminalomsorgen utfordringer med å få effektivt straffegjennomføring til innsatte i målgruppen i Trondheim og medførte flere henvendelser til BASIS fra Verdal fengsel om å gi innsatte i målgruppen her et poliklinisk tilbud. Henvendelsene har i prosjektperioden blitt avslått, også på grunn av manglende ressurser etter økonomisk tildelingsmodell for 2019/2020 med telling av antall seksuallovbruddsdømte per region på en dato etter flytting av 60 innsatte. Budsjettet for 2020 måtte av den grunn nedskaleres, og behandlerteamet ble redusert med en halv stilling.

BASIS Midt samarbeider med både Kriminalomsorgen region nord (innsatte fra Trøndelag) og Kriminalomsorgen region vest (innsatte fra Møre og Romsdal). Region nord og vest har samarbeid om at alle i målgruppen skal få tilbud om behandling. Trondheim fengsel forsøker å ta kontakt før innsettelse for å informere om behandlingstilbudet og motivere til behandling. Så langt har ingen fra Møre og Romsdal startet opp med behandling i BASIS. Dette skyldes enten for korte dommer eller at kriminalomsorgen ikke har kommet i kontakt med domfelte for å undersøke motivasjon eller ønske om behandling før innsettelse. Etter innsettelse kan det være vanskelig å motivere til et behandlingstilbud som krever forflytning til Trondheim fengsel (som nærmere beskrevet under punkt

3.4.3).

BASIS Midt har erfart at pasientgruppen trenger lang tid på tillits- og alliansebygging, at utredningspakken har tatt lang tid, og at utredning og behandling ofte har gått «hånd i hånd» over en lengre tidsperiode. Fordelene med mindre skille på disse fasene har vært at få har droppet ut av behandlingen. Flere påstartede pasientforløp har imidlertid blitt avbrutt på grunn av overflyttinger, både fra kriminalomsorgens side og etter innsattes egne ønsker om større nærhet til familie og nettverk.

Prosjektet har også avdekket en problemstilling knyttet til sikkerhetsbehov i forbindelse med BASISbehandlingen. Kriminalomsorgens vurdering av at innsatte kan gjennomføre soning på lavere sikkerhetsnivå, er ikke ensbetydende med at innsatte har en lavere risiko for utagering i behandlingssamtaler. Samtaleterapien i BASIS må nødvendigvis adressere tema av særlig alvorlig karakter, som potensielt kan utløse negative følelser. Dette kan igjen utløse uønskede hendelser i samtaleterapien. Her vil det være viktig at partene har en kontinuerlig dialog om risiko i ulike settinger og hvilke tiltak som må iverksettes.

Trondheim fengsel sitt program for personer dømt for seksuallovbrudd ble nedlagt i 2019, og det er et stort behov for flere samtale- og behandlingstilbud til denne gruppen. Kriminalomsorgen ønsker nå å reetablere et samtaletilbud i samsvar med BASIS, og har bedt avdeling for regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (avdeling Brøset) om bistand, opplæring og veiledning.

3.3.4 BASIS Nord

I helseregion Nord fantes det ingen seksuallovbruddsspesifikke behandlingstilbud fra før, hverken i spesialisthelsetjenesten eller som programvirksomhet i kriminalomsorgen. Regionen har heller ikke hatt private behandlingstilbud av betydelig omfang til personer med seksuallovbruddsproblematikk. Implementering av BASIS måtte derfor gjøres fra bunnen av.

Hovedutfordringen for spesialisthelsetjenesten lå i forankring og organisering av den kliniske virksomheten: Oppdraget med etablering av BASIS ble gitt til SIFER Nord, som er et kompetansesenter uten klinisk virksomhet, samt at Klinik for psykisk helse og rusbehandling i UNN HF ikke har en egen spesialpoliklinisk enhet. Det er heller ingen egen fengselspoliklinikk i den valgte BASIS-enheten, Tromsø fengsel. Den kliniske virksomheten ble etter en grundig prosess besluttet lagt inn under Poliklinikk for psykisk helse og rusbehandling for voksne, ved Senter for psykisk helse og rusbehandling i Tromsø, i samme klinikk. Egnede lokaler for kontor og samtalerom samt utvikling av rutiner for BASIS som importert tjeneste måtte deretter etableres i Tromsø fengsel. Dette løste fengselsledelsen på raskt og smidig vis.

Nyetableringen medførte utfordringer med å gjøre tilbudet kjent i alle de fire fengselsenhetene i opptaksområdet, samt å få på plass godt motiveringsarbeid og forflytningsrutiner til den utvalgte BASIS-lokasjonen. Tromsø fengsel er i antall plasser ikke veldig mye større enn de øvrige fengslene i Nord-Norge, noe som har betydning for prioritering og sammensetningen av innsattpopulasjonen. Store geografiske avstander i landsdelen er også en særskilt utfordring. Det er 1600 kilometer mellom Mosjøen i sør og Vadsø i nord-øst, og Tromsø ligger omtrent i midten. Innsatte i målgruppen kan

oppleve det utfordrende med forflytning til et BASIS-fengsel dersom de er under straffegjennomføring i et fengsel nær hjemkommune, og/eller er i en kritisk fase av annet tilbakeføringsarbeid.

Ulike tiltak for økt rekruttering ble utviklet og prøvd ut i tett samarbeid med BASIS-koordinator og kontakter i både BASIS-lokasjonen og de øvrige fengselsenheterne i regionen, representanten fra Helse Nord RHF og Kriminalomsorgen region nord samt de ulike fengselshelsetjenestene. Tiltakene omfattet tilbud til innsatte som befant seg i målgruppen, men som var usikre på om de ønsket behandling, om mulighetssamtaler med BASIS-behandlere. Mulighetssamtalene ble tilbudt både som fysiske møter og videomøter. BASIS-koordinatorer og -kontakter i alle fengselsenheterne fikk tilbud om kompetansestyrking på seksuallovbruddsproblematikk generelt, motivasjonsarbeid rettet mot en domfeltgruppe med antatt svak behandlingsmotivasjon samt kunnskap om BASIS-utredning og behandling spesielt. På grunn av covid-19-pandemien og kapasitetsutfordringer i kriminalomsorgen ble omfanget av slike tiltak noe begrenset i implementeringsperioden.

Mot slutten av prosjektperioden ble det diskutert mulighet for ambulante tjenester med base i Tromsø samt mulighet for digital leveranse av utredning og behandling. I samråd med Nasjonal prosjektstøtte ble disse avventet gjennomført av hensyn til premissene for implementeringsprosjektet.

3.3.5 Format og samtidighet i BASIS

I regioner med allerede etablerte behandlingstilbud til personer dømt for seksuallovbrudd har det vært ønske om å integrere BASIS i disse. I den forbindelse oppsto det spørsmål om hvorvidt det ville være mulig å kombinere flere tilbud, med BASIS som et støttende element i allerede etablerte tilbud om gruppebehandling. Problemstillingen ble omfattende diskutert i Nasjonal prosjektstøtte og løftet til styringsgruppen for endelig avklaring. Konklusjonen derfra var at formatet for BASIS er gitt i oppdraget fra Helsedirektoratet, og at dette innebærer at behandlingen skal gjennomføres individuelt. Det ble også presisert at pasienter i BASIS-behandling ikke samtidig skal være i andre behandlingstilbud rettet mot seksuallovbrudd. Pasientene vil etter endt behandling i BASIS kunne gå over i gruppebehandling eller andre tiltak. Den opprinnelige begrunnelsen for valget av individualbehandling som hovedformat for BASIS var at det ville gi et bedre utgangspunkt for å gi *individualisert* behandling, altså behandling personlig tilpasset den enkelte pasient i en særlig krevende målgruppe. Styringsgruppens beslutning om behandlingsformat er gjort gjeldende for implementeringsperioden, men ble anbefalt diskutert på nytt når prosjektgruppene har gjort seg mer erfaring med behandlingsformatet. Et av spørsmålene som må diskuteres i den forbindelse, er nettopp i hvilken grad behandlingsformatet oppleves å hemme/fremme muligheten for individuelt tilpasset behandling.

BASIS Vest har gjort unntak fra styringsgruppens beslutning om samtidighet for å imøtekomme særegne behov hos noen få BASIS-pasienter som ønsket samtidig deltakelse i gruppebehandling som drives ved samme enhet som BASIS, gjerne også med samme behandler. Argumentet for denne regionale tilpasningen var at det vil virke uforståelig for pasientene om de fratas mulighet til å delta i et tilbud i samme enhet fordi de har startet med BASIS-behandling. BASIS Vest praktiserer for alle pasientene i målgruppen en hovedregel om at BASIS er førstevalg, og at gruppetilbud er sekundært og kun aktuelt i tilfeller der det er forenlig med den enkeltes GLM-plan. Dette er en geografisk tilpasning, men det illustrerer også hvordan ulik organisering av BASIS-regionene imellom byr på

praktiske utfordringer som det er jobbet mye med både å diskutere og finne pragmatiske løsninger på.

3.4 Arbeidet med å sikre rekruttering av riktig målgruppe

Det har vært viktig å formidle at BASIS er noe annet enn det man har sett av behandlingstilbud i Norge tidligere, og tydeliggjøre at tilbudet retter seg mot en *selektert andel* blant personer dømt for seksuallovbrudd, nemlig dem med antatt høyest risiko for tilbakefall. Målet med behandlingen er å tilby helsehjelp til innsatte som antas å ha særlig behov for spesialisert seksuallovbruddsspesifikk behandling, og som ikke får dette behovet dekket av andre eksisterende tilbud. BASIS er altså ikke ment å erstatte eksisterende tilbud og vil derfor være en styrking av det samlede tilbudet også i de fengslene som har etablerte program eller behandlingstilbud. I regioner/fengsler som *ikke* har andre tilbud til personer med seksuallovbruddsdom, har BASIS indirekte medvirket til å synliggjøre et «tjenestetomrom» for innsatte som ikke har forhøyet risiko for tilbakefall og derfor faller utenfor målgruppen til BASIS, men som ønsker hjelp. Det har jevnlig vært behov for å presisere at det først og fremst er kriminalomsorgens ansvar å utvikle og iverksette relevante tilbud til denne gruppen.

3.4.1 Informasjon og kommunikasjon innad og mellom etater

En sentral del av arbeidet i Nasjonalt prosjektstøtte har vært å utvikle informasjonsmateriell og formidle dette til aktuelle parter. Det har kommet mange forespørsler om informasjon fra ulike hold, og erfaringen er at det har vært behov for mye informasjon og opplæring. Følgende informasjonsskriv er utarbeidet om BASIS og distribuert i linjen til henholdsvis helsetjenesten og kriminalomsorgen:

- generelt informasjonsskriv om BASIS
- informasjonsskriv til innsatte om BASIS (finnes på norsk, engelsk og nordsamisk)
- informasjonsskriv om fengselshelsetjenestens rolle i anstalter utpekt som lokasjon for BASIS, med mal for henvisning til BASIS som vedlegg (oversatt til nordsamisk)
- informasjonsskriv til pårørende om BASIS
- informasjonsskriv til innsatte om Good Lives-modellen
- informasjonsskriv til innsatte om screening og hva resultat på Static-99R brukes til (KDI)

I tillegg til disse informasjonsskrivene er det laget en felles PowerPoint-presentasjon om BASIS til bruk i fora hvor behandlingstilbudet skal presenteres. Alt dette informasjonsarbeidet har vært rettet inn mot å sikre en omforent tilnærming og færre misforståelser med tanke på målgruppe og innholdet i tilbudet.

Det er også et behov for tilrettelegging for informasjonsdeling internt i BASIS. Derfor er det ved implementeringsperiodens slutt opprettet en lukket (passordbeskyttet) ressurside for behandlere og andre medarbeidere i tilknytning til informasjonssiden om BASIS på www.sifer.no (se nedenfor). Den lukkede siden vil inneholde interne BASIS-dokumenter og maler som brukes i behandling og rapportering. Den vil primært bidra til å forenkle deling av informasjon som angår alle som jobber med BASIS. Løsningen skal ikke brukes til å dele sensitiv informasjon. En slik plattform vil ikke ivareta

det løpende behovet for erfaringsutveksling på tvers av helseforetak, fordi den ikke gir mulighet for toveis kommunikasjon, og det gjenstår derfor et udekket behov.

Informasjon om BASIS utad

Det har i løpet av implementeringsperioden vært stor etterspørsel etter informasjon om BASIS spesielt, og om forebygging og behandling av seksuallovbruddsproblematikk generelt. Det har kommet flere mediehenvelsler fra både lokale og nasjonale medier spesifikt omkring BASIS, samt mer generelle henvendelser som følge av implementeringen. Prosjektstøttegruppen har valgt å la de regionale prosjektlederne håndtere henvendelser som kommer til deres enheter eller ansvarsområde. De regionale prosjektlederne har imidlertid oppdatert Nasjonal prosjektstøtte om mediekontakt i egen region. Nasjonal prosjektstøtte har ment at det å ivareta mediernes informasjonsbehov er viktig bidrag til god implementering.

Disse mange henvendelsene har imidlertid vist at vi trenger en overordnet plan for hvilke budskap BASIS formidler utad, og hvordan. I den forbindelse har Nasjonal prosjektstøtte diskutert å utvikle en overordnet kommunikasjonsstrategi for BASIS. Et slikt arbeid er ressurskrevende og omfattende, og det vil muligens kreve at man søker egne midler og innhenter konsulentbistand. Det har derfor ikke latt seg fullføre i implementeringsperioden. Noen områder relatert til kommunikasjon utad har imidlertid pekt seg ut som spesielt viktige allerede på dette stadiet, og Nasjonal prosjektstøtte har påbegynt kommunikasjonsarbeidet ved å:

a) *opprette en kanal for systematisk informasjonsdeling utad:*

I samarbeid med SIFER-nettverket er det opprettet en egen informasjonsside om BASIS på nettsiden www.sifer.no. Her vil man samle informasjonsskrivene og annen informasjon om BASIS som allerede er tilgjengelig, men som hittil ikke har vært organisert og samlet på ett sted. En slik side kan også benyttes til å publisere relevante nyhetsaker, formidle informasjon om kurs og fagdager samt dele ny og aktuell forskning på feltet. Kontaktinformasjon til nasjonale og regionale BASIS-kontakter vil også finnes der.

b) *utforme et skriv med språklige anbefalinger for å motvirke stigma:*

Med utgangspunkt i anbefalinger fra internasjonale fagmiljøer, blant annet ATSA's «Statement about terminology», har Nasjonal prosjektstøtte utformet anbefalinger om bruk av begreper på norsk knyttet til personer som er i målgruppen for BASIS og tilgrensende behandlingstilbud. Hovedanbefalingen er at man avstår fra å bruke atferdsbaserte merkelapper («overgriper», «seksualforbryter» osv.) for å beskrive personer som har begått eller står i fare for å begå seksuallovbrudd. Målgruppen for skrevet er først og fremst andre fagpersoner, myndigheter, lovgivere, politikere og media, men det er utformet på en slik måte at det skal være tilgjengelig og forståelig også for allmennheten. Hensikten er å oppfordre til mindre stigmatiserende språkbruk og på sikt bidra til å endre holdninger, slik at man bedre kan tilrettelegge for positiv endring hos pasienter.

Erfaringene fra implementeringsperioden tilsier at det er behov for en mer omfattende kommunikasjonsstrategi som sikrer en omforent tilnærming. Den bør omfatte både mediehåndtering, generell informasjon og kommunikasjon utad og kommunikasjon i undervisningsøyemed og til andre fagpersoner. Utvikling av en slik strategi bør derfor være høyt prioritert i videreføringen av BASIS.

Man må da ta stilling til a) om strategien skal gjelde kun for BASIS eller også omfatte seksuallovbruddsproblematikk generelt og de tilgrensende behandlingstilbudene (*Det finnes hjelp, STOP osv.*), b) hva hovedformålet og eventuelle underformål med en slik strategi skal være, c) hvilke budskap som skal sendes ut, og hvordan, og d) hvem som er primær- og eventuelt sekundærmålgruppene for budskapene.

3.4.2 Rekruttering, henvisning og inntak til behandling

Det er viktig at samarbeidet mellom behandlerne, fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen om utvelgelse, inntak og oppfølging av pasienter er basert på en avklart og omforent forståelse av oppgavefordelingen. Det kan bidra til å motvirke problemer i samhandlingen fra tidspunktet da personen er screenet, til behandlingsoppstart, og styrke flyten i rekrutteringsprosessen. Rekrutteringsprosessen påvirkes også i stor grad av hvordan kriminalomsorgen har organisert arbeidet med screening, og dette varierer mellom regionene. Eksempelvis har region sør løst det slik at screeneren også har oppgaven som motivator, noe som har vist å være en suksessfaktor. I region øst sitter screenerne på regionalt nivå. Denne løsningen har vist seg å være krevende og medføre mye arbeid for å sikre god kommunikasjon mellom screenerne og koordinatorene i de ulike fengslene.

BASIS følger ordinær henvisningsvei til spesialisthelsetjenesten for innsatte, altså via fengselshelsetjenesten. Noen regioner har oppfattet henvisning av BASIS-pasienter som en tilleggsoppgave. De har påpekt en allerede stor arbeidsbyrde og etterspurt økonomisk kompensasjon. I begynnelsen av implementeringsperioden ble det sendt et skriv fra HelseDirektoratet til primærhelsetjenesten i alle fengslene med informasjon om BASIS, men dette har ikke vært tilstrekkelig. Når førstelinjen oppfatter seg som svakt inkludert, blir det en følgefeil som hindrer effektiv implementering: henvisningene har uteblitt fullstendig fra noen fengsler, henvisningene blir mangelfulle, prosjektene må bruke tid på opplæring og informasjon i flere omganger og så videre. Det er et viktig læringspunkt for det videre arbeidet at informasjonen må komme ofte og tydelig og via de rette kanalene. Ettersom henvisningen gjøres på bakgrunn av kriminalitet og ikke helsefaglige vurderinger gjort av fengselshelsetjenesten, vil det bli nødvendig med utvidet og gjentakende informasjon om BASIS. Betydningen av dokumentert psykisk og somatisk status og overlappende helsetilbud bør repeteres for å skape en forståelse av tilbudets plass i det totale helsetjenestetilbudet.

3.4.3 utfordringer knyttet til straffegjennomføringssted og straffegjennomføringsmiljø i fengsel

Behandling i BASIS forutsetter at den innsatte befinner seg i eller forflyttes til en av de utvalgte BASIS-lokasjonene. Det er kriminalomsorgens regioner som skal fordele innkomne dommer til fengsel for soningsinnkalling. Det er flere hensyn som spiller inn når de vurderer plassering, blant annet nærhetsprinsippet (sone nært hjemsted), sikkerhetsmessige vurderinger (høyt eller lavt sikkerhetsnivå), kapasitet, individuelle behov med mer. De fleste av de utpekte BASIS-fengslene er enheter med høyere sikkerhetsnivå, og det er stilt spørsmål ved om dette er hensiktsmessig. Det er vanskelig å motivere innsatte til å flytte fra fengsler eller avdelinger med lavere sikkerhetsnivå, og det

har derfor kommet forslag om å vurdere muligheten for å etablere BASIS ved enheter og avdelinger med lavere sikkerhetsnivå og mulighet for direkte innsettelse.

Det er videre mulig å overføre domfelte fra et ikke-BASIS-fengsel til et BASIS-fengsel etter at soning er påstartet. Det er forankret i kriminalomsorgen at domfelte som er i målgruppen for BASIS og er motivert for behandling, skal prioriteres plass ved et BASIS-fengsel.

I de tilfellene der kriminalomsorgen kommer i kontakt med domfelte som har blitt screenet og er i målgruppen for BASIS før oppmøte til soning, er det mulig å tilrettelegge for direkte oppmøte i et BASIS-fengsel, dersom den domfelte er motivert for behandling. BASIS-fengselet vil i en del tilfeller være et fengsel som er geografisk lenger unna domfeltes hjemsted. Det er i denne forbindelse også kommet spørsmål om hvorvidt det skal tilbys nettbasert behandling til innsatte som ikke befinner seg i BASIS-fengsler. Både i Trondheim og Tromsø prøver de nå å bruke iPader til kommunikasjon mellom innsatte og spesialisthelsetjenesten. Dette vil være et viktig arbeid å følge med på. Oppsummert kan det være behov for en evaluering av de valgte BASIS-lokasjonene basert på de erfaringene som er gjort hittil.

Det er både fordeler og ulemper knyttet til å samle mange dømte for seksuallovbrudd på samme enhet eller avdeling, og BASIS har kun gjort noen spredte erfaringer med dette. Lite fleksibel kapasitet er en mulig ulempe, ettersom gruppen omfatter mange innsatte med lange dommer. Fordelen med en stabil innsattgruppe som hører til samme kriminalitetskategori, er at det gir rom for å arbeide mer systematisk med å bygge opp et trygt og rehabiliteringsfremmende miljø. Et slikt straffegjennomføringsmiljø er av stor betydning for at pasientene skal få best mulig nytte av behandlingen, og at den skal gi ønsket varig virkning. BASIS har erfart at straffegjennomføringsmiljøet ikke oppleves trygt alle steder, eller av alle innsatte, og at frykt for stigmatisering, negative holdninger og mobbing representerer en barriere for å søke seg til eller takke ja til behandling. Dette kan medføre manglende behandling av innsatte i målgruppen og øke sannsynligheten for frafall før oppstart. For å motvirke slike tendenser er det behov for å jobbe konkret og målrettet med kultur(-endring) blant innsatte og ansatte, med tiltak for å skape trygge innsattmiljøer. Dette punktet fremheves av kriminalomsorgens regioner som en risikofaktor av særlig betydning. De påpeker at tiltakene som utvikles for å håndtere dette, må stå i samsvar med planer og tiltak i kriminalomsorgens strategi for arbeidet med personer dømt for seksuallovbrudd.

3.4.4 utfordringer ved bruk av Static-99R og sikkerhetsventilen

Manglende overordnet forankring i kriminalomsorgen har hatt konsekvenser for flere av kriminalomsorgens oppgaver i BASIS, særlig screening og koordinering. Koordinatorrollen kan være en omfattende og krevende oppgave på grunn av problematikken som BASIS omhandler.

Kriminalomsorgen har ikke nok tid og ressurser til å drive BASIS-arbeid, noe som har vært et tema under implementeringen. Dette kan bidra til manglende oppfølging og motivering av innsatte i målgruppen og gjøre at ventetiden for behandling blir for lang. De ansatte i kriminalomsorgen som har utført screeningarbeidet, har i for stor grad blitt sittende alene med arbeidet, uten veiledning eller bistand til å kalibrere egne skåringer. Dette øker risikoen for feil i skåringer samt svikt i formidlingen av riktig informasjon til ansatte og innsatte om hvem som er i målgruppen. Først i siste fase av implementeringen ble det opprettet et nettverk for kriminalomsorgens screenere som skal kvalitetssikre systemet bedre og gjøre det mindre sårbart. Avslutningsvis er det viktig å poengtere at

screeningarbeidet har bidratt til at kriminalomsorgen har fått en mye bedre oversikt over målgruppen. Til tross for de utfordringene vi her har beskrevet, har arbeidet medført at kriminalomsorgen nå sitter med en detaljert oversikt over hvilke fengsler som har innsatte med antatt behandlingsbehov knyttet til seksuallovbruddsproblematikk.

Også spesialisthelsetjenesten har hatt problemer med å enes om en enhetlig praksis når det gjelder hvordan de håndterer henvisninger basert på screeningresultatene. Det har i flere sammenhenger kommet frem at dette praktiseres forskjellig i de ulike helseregionene. I noen regioner har behandlere opplevd det problematisk å avvise innsatte som ønsker behandling, basert på lavere skår på Static-99R enn den satte grenseverdien for inklusjon. Andre regioner har holdt fast på at hovedinnfallsporten til utredning i BASIS er en skår på 4 eller høyere. Slik ser vi at tilbudet i løpet av implementeringsperioden har utviklet uønsket geografisk variasjon: I noen regioner åpnes tilbudet for pasienter som ikke var tiltenkt målgruppe i BASIS, mens disse blir avvist i andre regioner. Det gjenstår som en viktig utfordring å sørge for enhetlig praksis på dette punktet når tiltaket går over i ordinær drift.

I begynnelsen av implementeringsperioden var det utstrakt usikkerhet rundt hvordan sikkerhetsventilen skulle brukes, hvilke vurderinger som bør inngå når punktet «annen bekymring» anvendes, og hvorvidt forvaringsdom automatisk åpner for bruk av sikkerhetsventilen. I enkelte regioner oppsto det utfordringer knyttet til potensielt omfattende bruk av sikkerhetsventilen ved henvisning til BASIS. Dette gjaldt særlig regioner med mange innsatte på forvaringsdom. For eksempel var det ved årsskiftet 2020/2021 på en forvaringsanstalt 26 forvaringsdømte med skår 4 eller høyere, og 33 forvaringsdømte med lavere skår enn 4. Brukes sikkerhetsventilen svært ofte, øker risikoen for å overbelaste utredningskapasiteten i BASIS, med uforholdsmessig lange ventetider som konsekvens. BASIS Sør-Øst har hatt de største utfordringene med denne problemstillingen grunnet den store andelen forvaringsdømte. De har i tett dialog med kriminalomsorgen funnet gode løsninger for hvordan de skal prioritere henvisninger av denne gruppen.

For pasienter som er henvist via sikkerhetsventilen, har det i enkelte tilfeller vist seg at samlet utredning indikerer lavere tilbakefallsrisiko enn først antatt. Det vil si at enkelte pasienter etter å ha blitt utredet, er funnet å ha gjennomsnittlig eller lavere risiko for tilbakefall til seksuallovbrudd, og derfor ikke er i målgruppen for BASIS-behandling. I noen tilfeller er det påvist psykiske lidelser som krever behandling, hos disse pasientene, men dette er ikke det primære kriteriet for BASISbehandling. Pasienter kan altså utredes «ut» av BASIS, samtidig som de fortsatt kan ha behov for annen behandling eller andre tiltak. Ikke alle regioner har slike alternative tilbud. Utfordringene understreker at BASIS ikke er tilstrekkelig for å dekke behovet for behandling og tilbud til alle personer dømt for seksuallovbrudd i kriminalomsorgen.

3.4.5 Vurderinger knyttet til domslengde, straffegjennomføringsforløp og behandlingsoppstart

Kriminalomsorgen anser det som en fordel om screening og rekruttering gjennomføres før oppstart av eller tidlig i straffegjennomføringsløpet. Samtidig er BASIS et behandlingsopplegg som tenkes lagt til siste faser av straffegjennomføringen, slik at pasienten kan følges ut i løslatelsesprosessen og få bistand i denne avgjørende overgangsfasen. I dette ligger det en mulig motsetning, i hvert fall for innsatte med lange dommer (som det er mange av i målgruppen til BASIS).

Det finnes ikke noe fasitsvar på *når* i straffegjennomføringsløpet BASIS bør starte. Sannsynligvis er det viktig at det gjøres en individuell vurdering, ettersom pasientene er forskjellige, forholder seg forskjellig til straffegjennomføringen og har varierende motivasjon for behandling. BASIS har gjort seg erfaringer både med å starte behandling tidlig og med å starte nærmere forventet løslatelse.

Tidlig oppstart gir anledning til å etablere en terapeutisk relasjon tidlig i et straffegjennomføringsforløp. Da kan pasienten være mer åpen og motivert for terapi. I perioder hvor det er få endringer i pasientens liv, kan intensiteten i behandlingen eventuelt reduseres eller opphøre. Man kan også prioritere andre miljøterapeutiske tiltak hos dem med lang tid igjen til (prøve)løslatelse, og deretter øke intensiteten ved viktige endringer og overganger i pasientens liv. Slike endringer kan for eksempel være flytting til nytt straffegjennomføringssted eller innvilgelse av ordinær permisjon, frigang og prøveløslatelse. Flere kontaktflater med livet utenfor fengselet gir mer materiale og flere muligheter i terapien. I overgangen til mer frihet kan man også arbeide aktivt med pågående risikofaktorer og beskyttende faktorer.

Samtidig er det en risiko forbundet med å starte behandling for tett opp mot løslatelse. Erfaringsmessig har dette i flere tilfeller endt med behandlingsavbrudd, et utfall det er viktig å unngå i denne pasientgruppen. Det er viktig å samle mer systematisk erfaring på dette punktet, slik at det er mulig å trekke noen konklusjoner knyttet til behandlingsintensitet. Målgruppen for BASIS har behov for intensiv behandling, og det er nødvendig å operasjonalisere hva dette konkret betyr, og hvordan det best kan innpasses i den enkeltes straffegjennomføringsforløp. Dette forutsetter et godt samarbeid mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen.

3.4.6 Behandling av pasienter utenfor de utpekte BASIS-fengslene

Spesialisthelsetjenesten kan vanskelig avslå henvisninger til BASIS på bakgrunn av hvilket fengsel den innsatte befinner seg i. Det oppstår derfor problemer når innsatte utenfor de etablerte BASISlokasjonene henvises til BASIS uten at det er klarlagt verken om de kan flyttes eller fremstilles. Valget av BASIS-fengsler er gjort av kriminalomsorgen og gjelder i hele implementeringsperioden, men det bør evalueres i forbindelse med overgang til ordinær drift (jf. punkt 3.4.3).

Et annet spørsmål prosjektgruppene har videreformidlet, gjelder inklusjon av friomsorgsklienter i BASIS. Flere av prosjektgruppene har meldt bekymring for friomsorgsklienter med antatt behov for BASIS. Styringsgruppen vedtok på sitt siste møte (juni 2021) å støtte forslaget fra region sør om å screene personer som soner seksuallovbruddsdom som samfunnsstraff. Når resultatene foreligger, vil man ha et tallmessig grunnlag for å vurdere om det er behov for å endre inklusjonskriteriene for å åpne tilgang til utredning/behandling i BASIS for personer med forhøyet risiko i denne straffegjennomføringsformen.

Det er viktig å understreke at BASIS ikke utelukker personer som har startet BASIS i fengsel og deretter løslates til friomsorgsoppfølging. Dette er tvert imot betraktet som et godt sammenfall mellom progresjon i straffegjennomføring og pasientforløp (jf. punkt 3.4.5). Det er viktig at det ved overgangen til ordinær drift er en omforent forståelse om dette mellom kriminalomsorg og helse, men også innad i spesialisthelsetjenesten. Dette er en forutsetning for at BASIS nasjonalt skal være basert på samkjørte inntakskriterier og rettighetsvurderinger for å hindre uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

3.5 Tilrettelegging for følgeevaluering av BASIS

3.5.1 Utredning i BASIS og pakkeforløpsorganisering

BASIS er en del av psykisk helsevern for voksne. Implementering av pakkeforløp har vært en viktig oppgave de siste årene. At BASIS også skal være del av pakkeforløp psykisk helse og rus (PPR), ble imidlertid slått fast etter at innholdet i den felles utredningspakken for BASIS-pasientene var utviklet. Utredningspakken er omfattende, og den er i utgangspunktet ikke tilpasset pakkeforløpets rammer for utredning og behandling. Det skal gjøres en standardutredning i tillegg til den kliniske utredningen som er spesifikk for BASIS. Den spesifikke BASIS-utredningen inkluderer utredning av seksuallovbruddsspesifikk risiko, beskyttelsesfaktorer og responsivitetsfaktorer. Disse utredningsområdene vil det ofte kreve lang tid å få et tilstrekkelig bilde av, ettersom de omfatter sensitive, komplekse og tabubelagte domener. Det har gitt store utfordringer for behandlerne, fordi utredningens omfang, intensitet og varighet har stått i motsetning til de grunnleggende prinsippene for ivaretagelse av responsivitetsprinsippet (særlig pasientens motivasjon) og etablering av en trygg allianse. Videre har vi sett at det i noen tilfeller har blitt særlig utfordrende å håndtere fristene i PPR, for eksempel på grunn av tilpasningsreaksjoner hos pasienter ved oppstart av straffegjennomføring (særlig yngre førstegangsdomte). Pasientens og behandlingstilbudets behov blir dermed motstridende, og for å ivareta pasienten kan det i praksis være utfordrende å fullføre utredningen innen fristen på maksimalt tolv uker i henhold til pakkeforløp.

I lys av dette har man erfart at noen helseforetak har benyttet alle de tolv tilgjengelige utredningsukene i PPR før det blir tatt en klinisk beslutning om at pasienten har behov for behandling, mens andre helseforetak mye tidligere i pasientforløpene har besluttet at pasienten har behov for behandling. Vi ser at begge løsningene byr på utfordringer når det gjelder tilpasning til PPR.

De ulike helseregionene har altså praktisert og kodet pakkeforløp noe ulikt. Forskjellene er særlig knyttet til kartleggingen som tilligger BASIS utredningspakke, og fortolkningen av hvor mye av denne som må gjennomføres før en klinisk beslutning kan tas. Den generelle standardkartleggingen som er gjeldende for det enkelte foretak, skal uansett gjennomføres. Spørsmålet er om den allerede indikerte forhøyede risikoen for tilbakefall til seksuallovbrudd som foreligger ved henvisning (screening ved Static-99R), samt en mer forenklet vurdering av dynamiske risikofaktorer, er tilstrekkelig for en klinisk beslutning, eller om hele utredningspakken som er ment å kartlegge risiko, behov og responsivitet, må gjøres for å kunne ta stilling til klinisk beslutning.

Ved å beslutte behandling umiddelbart og deretter utføre den mer omfattende BASIS-spesifikke utredningen, kan responsivetsbehovene ivaretas bedre. Det kan imidlertid innebære en risiko for svekket progresjon i utredningen. En annen utfordring med å beslutte behandlingsbehov uten full gjennomgang av utredningspakken i BASIS er at pasienter blir tatt inn uten at klinisk risikovurdering er gjennomført fullt ut, og den forhøyede statiske tilbakefallsrisikoen fra screening ikke er tilstrekkelig understøttet av dynamiske risikofaktorer. En kan da risikere at pasientene kommer inn i BASIS-forløp uten å være i målgruppen for intensiv og høyspesialisert behandling (jf. risikoprinsippet).

Man bør derfor se på utredningspakken i BASIS slik den er utformet i dag, og vurdere hvilke deler som må gjøres for i tilstrekkelig grad å kunne ta stilling til RNR-prinsippene som bør ligge til grunn for en klinisk beslutning.

En ytterligere utfordring med kartleggingen i BASIS knyttet til PPR er krav til evalueringspunkter. Evalueringspunktene i BASIS har ikke samme frekvens som i PPR. Noen helseregioner har løst dette ved å utføre koding av evalueringer ved alle gitte frister (både BASIS og pakkeforløp), mens andre helseforetak har forholdt seg kun til BASIS-evalueringspunktene og ført opp dette som kommentarer ved pakkeforløpets evalueringstidspunkter.

Implementeringen av pakkeforløp generelt har kanskje skjedd på ulike stadier i de ulike helseregionene og enkeltenhetene. Dette kan være en forklaring på forskjeller i praksis for prosedyrekoder og oppfølging gjennom pakkeforløpskoordinator. I sistnevnte tilfelle samt ved kommunikasjon med pasienter eller andre kan det være en ytterligere utfordring at begrepet *basis* har to forskjellige betydninger (basis-utredning jf. pakkeforløp og «BASIS» – seksuallovbruddspesifikk behandling og utredning).

3.5.2 Ikke-kompatible systemer for digital behandling og testportaler

BASIS er på sikt avhengig av gode løsninger for digital utredning og behandling. Dette kan løse noen av utfordringene som kan melde seg når innsatte i behandling løslates fra fengsel og potensielt bosetter seg langt fra et BASIS-behandlingssted. Det kan også være aktuelt i forbindelse med nedstenging av fengsler (jf. covid-19) eller i tilfeller der forflytning av innsatte til et BASIS-fengsel tar tid eller av ulike grunner ikke er mulig.

Per i dag finnes det ikke kompatible, gjensidig godkjente nasjonale løsninger for levering av digitale helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten til innsatte i fengsel. Fengselsenheter og helseforetak benytter ulike digitale løsninger for videokonferanser som det ikke er tillatt å bruke mellom disse av sikkerhets- og personvern hensyn, eller som av tekniske årsaker ikke er mulig å benytte. For eksempel er videomøteplattformen Whereby integrert i journalprogrammet DIPS ved flere helseforetak. Bruk av denne plattformen forutsetter at pasienten kan logge seg på virtuelt møterom via mobiltelefon eller nettstedet helsenorge.no, med Bank-ID eller kodebrikke. Det forutsetter også tilgang til nettilkoblet enhet og skjermet rom. Disse forutsetningene er stede i ulik grad i ulike fengselsenheter, og innsatte har følgelig ulik mulighet til å motta utredning og behandling digitalt.

St. Olavs hospital og Kriminalomsorgens region nord har i løpet av prosjektperioden samarbeidet om å prøve ut videokonferanseløsningen Atea Anywhere til bruk for helsesamtaler fra spesialisthelsetjenesten ved BASIS Midt. I dette systemet er det kriminalomsorgen som på vegne av den innsatte pasienten sender oppkoblingslenke til behandleren. Informasjonssikkerhetsansvarlig ved St. Olavs hospital og IKT-ansvarlig ved Kriminalomsorgen region nord har konkludert med at systemet er sikkert til denne bruken. På bakgrunn av dette har informasjonssikkerhetsansvarlig ved UNN HF (BASIS Nord) også vurdert at helsetjenester fra BASIS Nord kan gis over denne plattformen. Status på tilsvarende godkjenninger i andre helseforetak (les: BASIS Sør-Øst og BASIS Vest) er ikke kjent ved implementeringsprosjektets slutt. At kriminalomsorgens har investert i iPader med tilgang til Atea Anywhere til alle fengsler (kompensasjon for manglende besøk/permisjoner i forbindelse med covid-19), er derfor ikke å anse som en løsning for BASIS i andre regioner.

Mangel på tilgang til kompatible og gjensidig godkjente løsninger for fengselsinnsatte medfører også vanskeligheter med å benytte digitale testportaler (f.eks. Checkware) i spesialisthelsetjenesten. Utredning i form av selvrappotering fra pasientene må dermed samles inn via papirskjemaer og senere legges inn manuelt for nødvendig elektronisk bearbeiding og lagring. Det medfører økt ressursbruk og kan forsinke utredningsarbeidet. Dette er en utfordring som gjenstår ved overgang til ordinær drift, og som må løses i samarbeid mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen.

3.6 Ivaretagelse av personvern og taushetsplikt

Domspapirer er en viktig informasjonskilde når pasientene utredes, men spesialisthelsetjenesten mangler rutiner for oppbevaring av disse papirene. Uten slike rutiner må behandleren sitte fysisk i fengselet for å lese gjennom domspapirene. Det er et sårbart og ineffektivt system i de regionene der behandlerne driver ambulant i flere fengsler. I regioner der behandlerne har egne kontorer i fengselet, har de løst dette ved å oppbevare kopier i egne godkjente arkivskap. Man bør imidlertid i fortsettelsen utarbeide en nasjonal rutine for hvordan spesialisthelsetjenesten kan oppbevare domspapirer på en måte som sikrer ivaretagelse av taushetsplikten og personvernet. Dette kan muligens løses ved at domspapirer, inkludert eventuelle sakkyndighetsuttalelser, samt vilkår og andre rettslige dokumenter knyttet til straffegjennomføringen skannes inn i den elektroniske pasientjournalen dersom de vurderes som relevante for utformingen og gjennomføringen av behandlingen. Journaldokumentene kan skjermes enkeltvis for innsyn fra utenforstående helsepersonell. Dette gjelder for så vidt også andre utrednings- og behandlingsnotater, og det innebærer ikke en sperring av journalen, jamfør behov for øyeblikkelig hjelp eller annen nødvendig behandling i spesialisthelsetjenesten.

Også i kriminalomsorgen har det vært reist spørsmål rundt rutiner for oppbevaring av digitale opplysninger om personer dømt for seksuallovbrudd. Rutinene for hvordan opplysninger om innsatte skal lagres, og hvem som skal ha tilgang, blir nå revidert. Personvernombudet i KDI er koblet på dette arbeidet, og det vil snart komme nye nasjonale kvalitetssikrede rutiner for lagring og tilgangsstyring. Vi forventer at denne problemstillingen vil være godt ivaretatt når kriminalomsorgens nye digitale verktøy KODA tas i bruk.

3.7 Konsekvenser av covid-19 for implementeringen av BASIS

Covid-19-pandemien har påvirket implementeringen av BASIS på flere måter. Stort arbeidstrykk i alle tjenestefelt har gjort at arbeidet med implementering av BASIS i perioder har måttet vike for mer presserende behov. Samtidig er det viktig å fremheve at implementeringens tidsplan er overholdt. Kravet om at alle regioner skulle være i gang med utredning/behandling i BASIS i løpet av 2020, er oppfylt, til tross for problemene beskrevet nedenfor.

Smittevern hensyn har medført at det er færre innsatte per fengsel, med påfølgende straffegjennomføringskø som resultat. Dette kan ha påvirket rekrutteringen til BASIS. Det har vært restriksjoner på besøk i fengslene, og flere fengsler har vært stengt ned i perioder. Stengte fengsler kombinert med begrensede muligheter for videokonsultasjon gir forsinkelser i utredning, påvirker overholdelse av frister i pakkeforløp samt gir tapte inntekter. Det har i tillegg medført at det i perioder

har vært snevrere muligheter for utvikling og utprøving av pasientenes mål og ferdigheter i tråd med BASIS-behandlingen. Ulike læringsarenaer har vært stengt eller hatt begrenset tilgang, noe som har redusert mulighetene for utprøving av behandlingsmål.

Opplæring og kurs har foregått digitalt siden mars 2020. Flere planlagte samlinger og fagdager både i helsetjenesten og kriminalomsorgen har blitt avlyst eller utsatt av smittevernhensyn. I noen regioner har det vært utfordringer med å få gjennomført prosjektmøter, da pandemisituasjonen har krevd økt oppmerksomhet i kriminalomsorgen. Fra kriminalomsorgen meldes det imidlertid inn som en positiv erfaring at den økte bruken av digitale løsninger i denne perioden har gjort det lettere å samle medarbeidere til møter og lignende. Flere har hatt mulighet til å delta når møtene er digitale, og involveringen har derfor blitt bredere enn hva man ville forvente under normale omstendigheter. Det man mister i det digitale formatet, er muligheten til den viktige uformelle praten som gjør terskelen for å ta kontakt lavere. Både fra helsesiden og fra kriminalomsorgen meldes det også om at den oppsøkende aktiviteten de under normale omstendigheter ville ha drevet for å informere om BASIS, etablere kontakter og skape nettverk, har vært sterkt redusert som en følge av reiserestriksjoner og øvrige smitteverntiltak.

Det har vært utfordrende å ansette nye psykologer og etablere trygge behandlerteam når man har vært pålagt hjemmekontor og alle treffpunkter er digitale. Det er alltid krevende å bygge opp nye tilbud, men restriksjonene under den pågående covid-19-pandemien har gjort dette enda mer krevende, særlig for nyansatte.

4 Oppsummerende anbefalinger

Anbefalingene som listes opp under, er basert på temaer og diskusjoner som er belyst tidligere i rapporten. Hver anbefaling følges av en henvisning til det punktet i rapporten hvor det er skrevet mer utdypende om temaet.

Organisering

- For å sikre konsolidering av de regionale behandlingstilbudene etter at implementeringsprosjektperioden er over, er det avgjørende at man viderefører en nasjonal struktur for ivaretagelse av de viktigste felles støttefunksjonene. → **1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4**
- Det vil fortsatt være viktig med en tydelig ansvarsdeling og omforent oppdragsforståelse mellom kriminalomsorgen, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Når prosjektorganisasjonen rigges ned, er det behov for å finne nye fora hvor man kan diskutere og avklare dette. Det er nødvendig å tydeliggjøre og styrke primærhelsetjenestens rolle. → **1.2.1, 3.2**
- Utvalget av BASIS-fengsler bør evalueres og vurderes opp mot screeningresultatene. Når man vurderer utvalgte enheter, bør man også reflektere rundt fordeler og ulemper ved å tilby BASIS ambulant i ikke-BASIS-fengsler samt å tilby behandling for innsatte med kortere dommer og innsatte på lavere sikkerhetsnivå. → **3.4.3**

Tilrettelegging

- Kriminalomsorgen bør etablere et system for kontinuerlig kvalitetssikring av screeningarbeidet. → **2.1.1**
- Det bør lages en milepælsplan som spesifiserer når det skal gjøres erfaringsoppsummeringer fra henholdsvis screening, henvisning og inntak til behandling. → **2.1, 2.2**
- Det er et klart behov for en gjennomtenkt plan for kompetanseheving i kriminalomsorgen når det gjelder hvordan man ivaretar innsatte med seksuallovbruddsdom. Planen bør iverksettes så raskt som mulig. KRUS bør stå for opplæring av kriminalomsorgens ansatte. → **3.2.1**
- Alle behandlere må sikres tilgang til nødvendig opplæring og kontinuerlig veiledning. Det må legges en plan for hvordan vi skal bygge opp kompetansen i Norge for å bli mer selvforsynt med opplæringsressurser. → **2.3**
For at BASIS skal gi best mulige resultater, er det viktig at pasientene befinner seg i rehabiliteringsfremmende miljøer. Det er behov for å jobbe målrettet med kulturbygging blant innsatte og ansatte, med konkrete tiltak for å skape trygge innsattmiljøer. → **3.4.3**
- Spesialisthelsetjenesten bør utarbeide en nasjonal rutine for hvordan domspapirer kan oppbevares på en måte som sikrer at taushetsplikten og personvernet blir ivarettatt. → **3.6**

- Det bør legges en plan for oversettelse og eventuell tilpasning til norske forhold av utredningsverktøy og brukerveiledninger som foreløpig bare finnes på engelsk.

Hovedutfordringene

- Det er nødvendig å sikre enhetlig praksis i alle helseregioner slik at henvisninger basert på henholdsvis screeningresultater og sikkerhetsventilkriterier håndteres likt. → **3.4.2, 3.4.4**
- Utredningen i BASIS må harmoniseres med kravene til pakkeforløp. Det bør utarbeides en plan for systematisk innsamling av behandlernes erfaringer med BASIS' utredningspakke. → **3.5.1**
- Spørsmålene knyttet til behandlingsformat og samtidig deltakelse i flere behandlingstiltak for samme problematikk må avklares.
→ **3.3.5**
- Samarbeidsarenaene mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten må ivaretas, og det praktiske arbeidet må være tydelig forankret i ledelsen i de respektive linjene. Partene bør samkjøre rapporteringspunktene.
→ **3.2**
- Videre arbeid med kommunikasjons- og informasjonsarbeid må avklares og eventuelt planlegges.
→ **3.4.1**
- Covid-situasjonen har forsterket behovet for digitale helsetjenester. Dette omfatter digital utredning og behandling og bruk av digitale utredningsverktøy. Det må legges en konkret plan for hvordan kriminalomsorgen og helsetjenesten på nasjonalt nivå kan samarbeide om å etablere godkjente løsninger i alle helseregioner. → **3.5.2**

Referanser

Barne- og likestillingsdepartementet. (2018). *Kostnader knyttet til tiltak i Opptappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021* (Rapport Q-1244). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). *Samisk språk, kultur og samfunnsliv* (Meld. St. 31 (2018–2019)). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

Kriminalomsorgsdirektoratet. (2014). *Kriminalomsorgens tiltaksplan for god og likeverdig straffegjennomføring for samiske innsatte og domfelte*. Oslo: Kriminalomsorgsdirektoratet.

Sandbukt, I.J., Dugstad, S., Khazaeni, S. & Friestad, C. (2019). *BASIS-prosjektet 2016–2019. Behandling av seksuallovbruddsdømte i sør-øst* (Rapport). Oslo: Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Sandbukt, I.J., Skardhamar, T., Kristoffersen, R. & Friestad, C. (2020). Testing the Static-99R as a global screen for risk of sex crime recidivism in a Norwegian routine sample. *Sexual Abuse*.
<https://doi.org/10.1177/1079063220951194>

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
Postadresse: Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo Besøksadresse:
Bygg 14, Gaustad, Sognsvannsveien 21, 0372 Oslo www.sifer.no
ISBN 978-82-8227-203-2 (elektronisk)