

HELSE  SØR-ØST



KRIMINALOMSORGEN

 Oslo  
universitetssykehus

# **BASIS-PROSJEKTET**

2016-2019

BEHANDLING AV SEKSUALLOVBRUDDSDØMTE I SØR-ØST



# **BASIS-PROSJEKTET**

2016-2019

BEHANDLING AV SEKSUALLOVBRUDDSDØMTE I SØR-ØST

Rapporten er skrevet av:

**Sandbukt, Ingeborg J.**

**Dugstad, Sjur**

**Khazaeni, Saghi**

**Friestad, Christine**

Utgitt: 2019

Opptrykk: Juni 2019

ISBN 978-82-8227-200-1 (Trykt)

ISBN 978-82-8227-201-8 (Elektronisk)

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Postboks 4950 Nydalen, 0424 oslo

Besøksadresse: Bygg 7, Gaustad, Sognsvannsveien 21, 0372 Oslo

Tlf: 22 02 92 20

[www.sifer.no](http://www.sifer.no)

## Forord

BASIS-prosjektet har pågått i tre år og er finansiert av Helsedirektoratet. Prosjektet ville ikke blitt gjennomført uten initiativet fra kriminalomsorgen region sør og de ansatte ved Søndre Vestfold fengsel, Berg avdeling. Allerede i 2014 meldte de fra til sin regionledelse om et stort behov for bedre og mer systematiserte behandlingstilbud til seksuallovbruddsdømte som de fryktet ble løslatt med antatt høy tilbakefallsrisiko. Kriminalomsorgen henvendte seg deretter til Helse Sør-Øst RHF som tok initiativ til å realisere prosjektet gjennom innledende samarbeidsmøter med de involverte parter. Arbeidet ble organisert som et formelt prosjekt ledet av Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helse Sør-Øst. Styringsgruppen har bestått av relevante brukerorganisasjoner og alle involverte parter, og har lagt fundamentet for arbeidet, delt generøst av sin kunnskap og fulgt prosjektet gjennom tre intensive år.

Prosjektet kunne heller ikke vært gjennomført uten et dedikert behandlersteam rekruttert fra Fengeselspsykiatrisk poliklinikk. Deres erfaring fra fengeselspsykiatri har vært avgjørende i arbeidet med en krevende pasientgruppe. Gjennom prosjektperioden har behandlerteamet daglig forflyttet seg mellom fengsler for å yte best mulig behandling til en gruppe som ofte faller utenfor eksisterende behandlingstilbud. Metodeopplæringen har vært omfattende, og arbeidsmengden har til tider vært stor. Likevel har de lyktes med å holde på pasientenes motivasjon og jobbet sammen med dem for å legge best mulig til rette for et godt liv uten lovbrudd.

Kriminalomsorgen har spilt en viktig rolle gjennom hele prosjektperioden. Dyktige koordinatorene har bidratt med rekruttering og motivering av potensielle pasienter, i samarbeid med kontaktbetjener og andre som kjenner de innsatte. Det har blitt lagt praktisk til rette for behandling både i fengslene og på Oslo friomsorgskontor. Samarbeidet med fengslenes helseavdelinger har også vært avgjørende for gjennomføringen av prosjektet.

Pasientene i BASIS har ønsket behandling, og de har vist både vilje og evne til endring. Takket være dem kan vi presentere resultater som viser hvilke utfordringer de har og hvordan vi bør tilnærme oss disse utfordringene. Pasientene har også bidratt med viktige tilbakemeldinger vedrørende sin opplevelse av behandlingen.

Det er bred enighet blant initiativtakerne til dette prosjektet om betydningen av arbeidet i BASIS. Det oppfattes som høyst nødvendig å fortsette arbeidet, øke kunnskapsgrunnlaget, tilby behandling og forebygge nye lovbrudd blant seksuallovbruddsdømte.

Tusen takk til alle involverte. God lesning!

Carl Fredrik Haaland  
Leder av styringsgruppen

Styringsgruppen i BASIS har bestått av følgende personer:

- Leder: Carl Fredrik Haaland, Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, OUS (Harald Aulie frem til jan-17)
- Anne Aasen, Helse Sør-Øst
- Martin Sjøly, Helsedirektoratet
- Anne Dahl/Hilde Lundebj, Kriminalomsorgsdirektoratet
- Erling Fæste, Kriminalomsorgen region sør
- Jon Sverre Bråthen/Knut Bjarkeid/Gøran Nilsson, Kriminalomsorgen region øst
- Johan Lothe, Wayback
- Kjersti Holden, For Fangers Pårørende
- Marianne Teigland, Fengselspsykiatrisk poliklinikk, OUS

Prosjektgruppen har bestått av:

- Leder: Ingeborg J. Sandbukt, Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, OUS (Pål Grøndahl frem til jan-17)
- Pål Grøndahl, Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, OUS
- Christine Friestad, Kriminalomsorgens Høgskole og Utdanningscenter KRUS og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, OUS
- Ann-Christin Alsvik/Vibeke Wangen Nielsen, helsetjenesten, Tønsberg kommune
- Knut Bjarkeid/Birthe Hagenes, Ila fengsel og forvaringsanstalt
- Tor Arne Markussen/Mariann Moberg, Søndre Vestfold fengsel, Berg avdeling
- Espen Rødsmoen, Halden fengsel
- Hilde Lundebj/Siri Gaarder Brock-Utne, Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt
- Åse-Bente Rustad, Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, OUS
- Marianne Teigland/Lars Stefan Østerholm/Kristoffer Høiland/Saghi Khazaeni, behandlerteam BASIS, Fengselspsykiatrisk poliklinikk, OUS

Der det har vært utskiftninger av betydning er medlemmene nevnt i den rekkefølgen de har vært representert i gruppen. Behandlerteamet i BASIS har vært representert ved flere personer i prosjektgruppen parallelt.

## Sammendrag

BASIS-prosjektet er et treårig pilotprosjekt basert på samarbeid mellom kriminalomsorgen og Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Formålet med prosjektet har vært å utvikle et helhetlig behandlingstilbud til personer dømt for seksuallovbrudd, samt å bidra til økt kunnskap om seksuallovbruddsdømte. Arbeidet har vært et viktig utviklingsprosjekt der tverretatlig samarbeid har vært et fundament.

Prosjektet har benyttet seg av en screeningutløst metode for pasientinkludering i stedet for ordinær henvisning. Risiko for tilbakefall hos mannlige seksuallovbruddsdømte ble innledningsvis kartlagt med STATIC-99R som baserer seg på statiske risikofaktorer. Prosjektet har hatt noen eksklusjonskriterier, som for eksempel annen pågående behandling, kort tid til løslatelse og alvorlig psykisk lidelse.

Blant 334 seksuallovbruddsdømte som ble screenet hadde 37 prosent en statistisk sett forhøyet tilbakefallsrisiko. Et utvalg av disse, basert på gjenstående soningstid og fengselstilthørighet, ble tilbudt videre kartleggingssamtaler. I tillegg ble to kvinner rekruttert ut fra eget ønske om behandling for å generere kunnskap om kvinnelige seksuallovbruddsdømte. Totalt 21 pasienter har gjennomgått individuell behandling i tråd med Good Lives-modellen (GLM), hvorav to kvinner og 19 menn.

GLM er en ressurs- og motivasjonsbasert behandlingstilnærming som kombinerer risikohåndtering med fokus på vekst og mellommenneskelige behov. Den individuelle behandlingen har gjort det mulig å tilpasse behandlingen til hver enkelt, selv om pasientgruppen har vist seg å ha både sammensatt og ulik problematikk. Pasientene har gitt uttrykk for en positiv opplevelse av behandlingen, og de aller fleste vil anbefale denne formen for behandling til andre i samme situasjon. De har ønsket å fortsette behandlingen over tid, noen også etter løslatelse og endt møteplikt. Behandlerteamet har inntrykk av at behandlingsmodellen har bidratt til nettopp dette.

BASIS-prosjektet har fulgt pasienter i overgangen fra fengsel til friomsorg. Tett samarbeid med friomsorgen har derfor vært viktig for gjennomføringen av prosjektet. Det samme gjelder samarbeidet med fengslenes helseavdelinger.

Gjennom utredning og behandling har det vist seg at pasientgruppen som har deltatt i BASIS samlet sett er en gruppe preget av sosioøkonomiske ressursmangler og oppvekstproblemer (mobbing, tap av foreldre etc.). Flere har hatt rusproblemer og størsteparten har tidligere vært i behandling i psykisk helsevern. Mange har svakt fungerende sosiale nettverk som i liten grad kan sies å være en positiv støtte for dem. Majoriteten har lite eller ingen kontakt med pårørende. Personlighetsforstyrrelser, atferds- og utviklingsforstyrrelser preger det diagnostiske bildet. Et fåtall har fått diagnosen pedofili. Den selekterte pasientgruppen i BASIS er således en mer belastet gruppe enn hva man tidligere har sett blant seksuallovbruddsdømte generelt.

Rapporten avsluttes med et kapittel som oppsummerer BASIS-prosjektets erfaringer. En overordnet anbefaling er fortsatt kunnskapsutvikling om seksuallovbruddsdømte, herunder å undersøke anvendeligheten og generaliserbarheten av kunnskap utviklet i andre kontekster enn den norske. Videre bør kompetansen på feltet styrkes både i helsetjeneste og kriminalomsorg, og det bør utvikles egne modulbaserte kurs for behandlere som skal tilby behandling til seksuallovbruddsdømte med antatt høy tilbakefallsrisiko. Å lykkes med å tilby et helhetlig behandlingstilbud til denne gruppen krever spesialisert kompetanse. Videre krever det tverrsektorielt samarbeid mellom Kriminalomsorg og helsetjeneste, basert på tydelig ansvars- og arbeidsdeling.



## Liste over forkortelser

ADHD – Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

ASAP – Advancing Sexual Abuse Prevention

ATSA – The Association for the Treatment of Sexual Abusers

BASIS – Behandling av seksuallovbruddsdømte i sør-øst

CoSA – Circles of Support and Accountability

CTQ – Childhood Trauma Questionnaire

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

FFP – For Fangers Pårørende

FPP – Fængselspsykiatrisk Poliklinikk

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

GLM – The Good Lives Model

HOD – Helse- og omsorgsdepartementet

HSØ – Helse Sør-Øst

IKST – Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi

KDI – Kriminalomsorgsdirektoratet

KOR – Klient- og resultatstyrt praksis

KRUS – Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter

MI – Motiverende intervju

MINI – Mini-International Neuropsychiatric Interview

NKVTS – Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

NSD – Norsk senter for forskningsdata

OUS – Oslo universitetssykehus

PHV – Psykisk helsevern

REP – Rettspsykiatrisk poliklinikk

RHF – Regionalt helseforetak

ROS – Relasjon og Samspill

RNR – Risk–Need–Responsivity

RP – Relapse Prevention

RVTS – Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

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

SCID-II – Structured Clinical Interview for DSM-IV

SR – Selvreguleringsmodellen (Self Regulation)

SSA – (Problematisk eller) skadelig seksuell atferd

SVR-20 – Sexual Violence Risk-20

WAIS – Wechsler Adult Intelligence Scale

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	4
Sammendrag .....	6
Liste over forkortelser .....	8
Innholdsfortegnelse .....	10
<b>1. Bakgrunn for utviklingen av BASIS .....</b>	<b>12</b>
1.1 Innledning.....	12
1.1.1 Bakgrunn.....	12
1.2 Oppdrag og bestilling fra Helsedirektoratet .....	13
1.2.1 Hensikt/overordnede målsettinger.....	13
1.2.2 Prosjektets faser.....	14
1.3 Rapportens organisering.....	14
<b>2. BASIS – Organisering og utforming av prosjektet.....</b>	<b>15</b>
2.1 Personvern og taushetsplikt.....	15
2.2 Organisering, ansvars- og arbeidsfordeling .....	15
2.2.1 Styringsgruppen.....	16
2.2.2 Prosjektgruppen.....	17
2.2.3 Koordinatorer/motivatorer.....	17
2.2.4 Behandlerteam .....	17
2.2.5 Eksterne veiledere.....	18
2.2.6 Prosjektinterne endringer.....	19
2.2.7 Sentrale forutsetninger for gjennomføring .....	20
2.3 Utforming – forberedelse til behandling .....	21
2.3.1 BASIS – Et screeningbasert tilbud.....	22
2.3.2 Resultater fra screening.....	25
2.3.3 Erfaringer med screening.....	32
<b>3. Individuell psykologisk behandling av seksuallovbruddsdømte med antatt høy tilbakefallsrisiko .....</b>	<b>35</b>
3.1 Kunnskapsgrunnet ved prosjektstart .....	35

3.1.1	Kort oppsummering av hovedtilnærminger i behandling av seksuallovbrudd	35
3.1.2	Good Lives-modellen	36
3.1.3	Konklusjoner av betydning for utviklingen av BASIS	37
3.2	Pasientkjennetegn	39
3.2.1	Det diagnostiske bildet	40
3.2.2	Relasjoner og sosiale nettverk	41
3.2.3	Pasientene sammenlignet med seksuallovbruddsdømte generelt	41
3.2.4	De kvinnelige pasientene	42
3.3	Behandlingens innhold og utforming	43
3.3.1	Somatisk avklaring	43
3.3.2	Samarbeid med pårørende	43
3.3.3	Behandlingsforberedelse og utredning	44
3.4	Erfaringer med BASIS-prosjektets behandling	45
3.4.1	Behandlernes erfaring	45
3.4.2	Kriminalomsorgens perspektiv	52
3.4.3	Pasientenes perspektiv	52
3.4.4	Samarbeid mellom etater	53
<b>4.</b>	<b>Kunnskapsutvikling, formidling og nettverksbygging</b>	<b>54</b>
4.1	Prosjektinterne kompetansehevende tiltak	54
4.2	Ekstern formidling	56
4.3	Nettverksbygging	58
4.4	Forskningsaktivitet i tilknytning til BASIS	58
<b>5.</b>	<b>Oppsummerende anbefalinger</b>	<b>61</b>
5.1	Etablering av et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud	61
5.2	Kunnskapsutvikling om seksuallovbruddsdømte	62
5.3	Kunnskapsformidling	64
5.4	Anbefalinger basert på prosjektets erfaringer	65
	<b>Referanser</b>	<b>68</b>
	<b>Vedlegg</b>	<b>72</b>

# 1. Bakgrunn for utviklingen av BASIS

## 1.1 Innledning

BASIS-prosjektet er primært et fagutviklingsprosjekt. Målsettingen er å øke kunnskap om seksuallovbruddsdømte og derved kunne utvikle gode og forebyggende behandlingstilbud. Prosjektet har et særlig fokus på å identifisere dømte med forhøyet tilbakefallsrisiko, gjennom screening og påfølgende utredning. Prosjektet vektlegger også undervisning og veiledning overfor både kriminalomsorgen, helsetjenesten i fengsel og spesialisthelsetjenesten.

Ved prosjektets oppstart var mulighetene for behandling til seksuallovbruddsdømte begrenset i Helse Sør-Øst. Prosjektgruppen startet arbeidet med BASIS med å oppsummere klinisk erfaring og forskningsbasert kunnskap om eksisterende tilbud til personer dømt for seksuallovbrudd. Internasjonalt konsentrerer den akademisk forankrede kunnskapsutviklingen om behandling av personer dømt for seksuallovbrudd seg om noen sentrale miljøer, i Storbritannia, Canada, Australia og New Zealand. I Norge er det særlig de canadiske tilnærmingene, dels også de britiske, som har hatt innflytelse på kriminalomsorgens tilbud (se også (Friestad, 2005)). Det psykiske helsevernet har i langt mindre grad hatt kunnskapsutvikling rundt behandling av personer som utøver seksuelle overgrep som tema. Det gjenspeiles i manglende tilbud og ansattes opplevelse av mangelfull kompetanse (jfr. (I. Askeland, Jensen, & Moen, 2017)) og det opplevde behovet for konsentrert innsats fra spesialisthelsetjenesten, som dannet bakteppet for oppstarten av BASIS.

### 1.1.1 Bakgrunn

Utarbeidelsen av BASIS-prosjektet begynte allerede i 2014. Bakgrunnen var opprinnelig et initiativ fra fengselsledelsen og fengselshelsetjenesten ved Søndre Vestfold fengsel, Berg avdeling. Fengselet har tradisjon for å motivere, følge opp og formidle seksuallovbruddsdømte til behandling utenfor fengselet, både under og etter soning. Da planleggingen av BASIS begynte representerte innsatsen fra Berg avdeling den eneste systematiske tilnærmingen til problematikken i Kriminalomsorgen region sør. Tilgangen på behandling utenfor fengselet hadde imidlertid blitt kraftig redusert den siste tiden, noe som innebar at kjernen i behandlingstilbudet på Berg nærmest var bortfalt. Berg avdeling henvendte seg derfor til sin regionledelse og ba om bistand til å bygge opp et tilbud igjen.

Etter henvendelsen fra Berg og videre kartlegging henvendte kriminalomsorgen region sør seg til Helse Sør-Øst RHF (HSØ) (brev av 27.06.14, vedlegg 1). Kriminalomsorgen ytret bekymring for behandlingstilbudet til seksuallovbruddsdømte i fengsel og beskrev denne gruppens situasjon som vanskelig. Videre ble behandling og tiltak for å forebygge

tilbakefall blant seksuallovbruddsdømte beskrevet som begrenset og lite samordnet i norsk kriminalomsorg og helsevesen:

«Det er potensial for bedre tilrettelegging for denne gruppen i fengslene, men kriminalomsorgen er også avhengig av behandlingsressurser og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Domfelte bør kunne gis et behandlingstilbud både individuelt og i gruppe. Behandlingen bør påbegynnes mens domfelte er under straffegjennomføring, og må kunne videreføres etter løslatelse.» (brev av 27.06.14).

Kriminalomsorgen region sør ba med dette HSØ om å iverksette tiltak slik at differensierte behandlingstilbud for denne gruppen kunne realiseres snarest mulig.

## **1.2 Oppdrag og bestilling fra Helsedirektoratet**

Etter henvendelsen fra kriminalomsorgen tok HSØ initiativ til et felles møte med Helsedirektoratet, kriminalomsorgen og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i HSØ (KPS Oslo). Møtet fant sted 17.10.14, og bekreftet et behov for videre felles samarbeid med planlegging av mulige tiltak, slik at differensierte behandlingstilbud for denne gruppen innsatte kunne realiseres. På bakgrunn av dette møtet og senere kommunikasjon i saken (se vedlegg 2) ba HSØ og Helsedirektoratet KPS Oslo om å utarbeide forslag til et treårig prosjekt.

Den 19.11.14 sendte KPS Oslo en søknad til Helsedirektoratet om midler til et fagutviklingsprosjekt med temaet behandling av seksuallovbruddsdømte i HSØ. Søknaden inneholdt et forslag til hvordan et fagutviklingsprosjekt kunne utformes, og dannet bakgrunn for Helsedirektoratets bevilgning til BASIS som et treårig pilotprosjekt. Oppdraget var forankret i Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2015 (jfr. pkt. 2.2.2.4, post 72, kap. 765).

### **1.2.1 Hensikt/overordnede målsettinger**

BASIS-prosjektet er primært et fagutviklings- og behandlingsprosjekt med to overordnede målsettinger:

- a) Tilrettelegge for et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud til personer dømt for seksuallovbrudd, og
- b) bidra til økt kunnskap om seksuallovbruddsdømte gjennom systematisk kartlegging av kjente statiske risikofaktorer, og formidling av erfaringer med den valgte behandlingstilnærmingen

## 1.2.2 Prosjektets faser



Forberedelsene til prosjektet startet i november 2014. Medio 2016 gikk prosjektet inn i aktiv driftsfase med screening og motivasjonsarbeid. Utredning og behandling av de første pasientene startet opp i juli 2016 og har pågått i nærmere tre år. Første halvdel av 2019 startet arbeidet med avslutning og evaluering av prosjektet.

## 1.3 Rapportens organisering

**Kapittel 1** gir en beskrivelse av bakgrunnen for utviklingen av BASIS-prosjektet og målsettingene. Rapporten er deretter inndelt i tre hovedkapitler.

**Kapittel 2** beskriver organisering, ansvars- og arbeidsfordeling innad i prosjektet. Kapitlet beskriver videre hvordan prosjektgruppen gikk frem for å utforme egnede metoder for utvelgelse av deltagere tilpasset norske forhold. Kapitlet inneholder et flytdiagram over pasientinkluderingen, begrunnelser for eksklusjons- og inklusjonskriterier, samt praktiske og faglige erfaringer knyttet til pasientinkludering.

**Kapittel 3** tar for seg prosjektets hovedformål, nemlig erfaringer med å yte individuell psykologisk behandling til seksuallovbruddsdømte med antatt høyere tilbakefallsrisiko enn gjennomsnittet. Kapitlet innledes med en oppsummering av kunnskapsgrunnlaget ved prosjektstart, og gir gjennom et teoretisk rammeverk en begrunnelse for den valgte behandlingstilnærmingen i BASIS. Videre beskrives pasientkjennetegn og særtrekk ved denne gruppen sammenlignet med andre pasientpopulasjoner. Behandlingens innhold og utforming beskrives, og erfaring med individuell tilpasning formidles.

**Kapittel 4** redegjør for kunnskapsinnhenting og prosjektinterne kompetansehevende tiltak som har vært nødvendige i prosjektet. Deretter redegjøres det for ekstern formidling, herunder de årlige fagseminarene som prosjektet har arrangert. Kapitlet inneholder også en oversikt over forskningsprosjekter BASIS-prosjektet har generert.

**Kapittel 5** inneholder overordnede anbefalinger basert på det totale arbeidet med BASIS-prosjektet. Anbefalingene bygger på praktiske og faglige erfaringer med pasientgruppen og implementeringen av prosjektet, og er ment som veiledning til både helsevesenet og kriminalomsorgen i videre arbeid med å utvikle behandlingstilbud til seksuallovbruddsdømte.

## **2. BASIS – Organisering og utforming av prosjektet**

Det å utvikle et spesialisert tilbud til seksuallovbruddsdømte i fengsel krever i praksis tverrsektorielt samarbeid. Helsepersonell og kriminalomsorgsansatte har ulike oppgaver overfor innsatte, og kobling av erfaringsbasert kunnskap fra disse to feltene er nødvendig.

### **2.1 Personvern og taushetsplikt**

Tilliten til et prosjekt som BASIS er avhengig av at informasjonsutveksling og samarbeid ivaretar den enkelte pasients personvern. Innsatte befinner seg i en sårbar posisjon som krever særlig årvåkenhet ved håndtering av deres personopplysninger. Formidling av taushetsbelagt informasjon må baseres på samtykke fra den informasjonen gjelder. Erfaringsmessig viser det seg at mange innsatte samtykker til deling av helseopplysninger dersom man spør og forklarer hvorfor det er hensiktsmessig (Rosenqvist, 2019). BASIS-prosjektet er utformet som et samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen, hvor alle pasienter samtykker til slik deling av helseopplysninger. Pasientene samtykker også til at kriminalomsorgen gir spesialisthelsetjenesten innsyn i dommer som foreligger i tidligere og nåværende saker. Dette samarbeidet har vært grunnlaget for å lykkes med å gi et spesialisert tilbud til gruppen seksuallovbruddsdømte mens de er i fengsel.

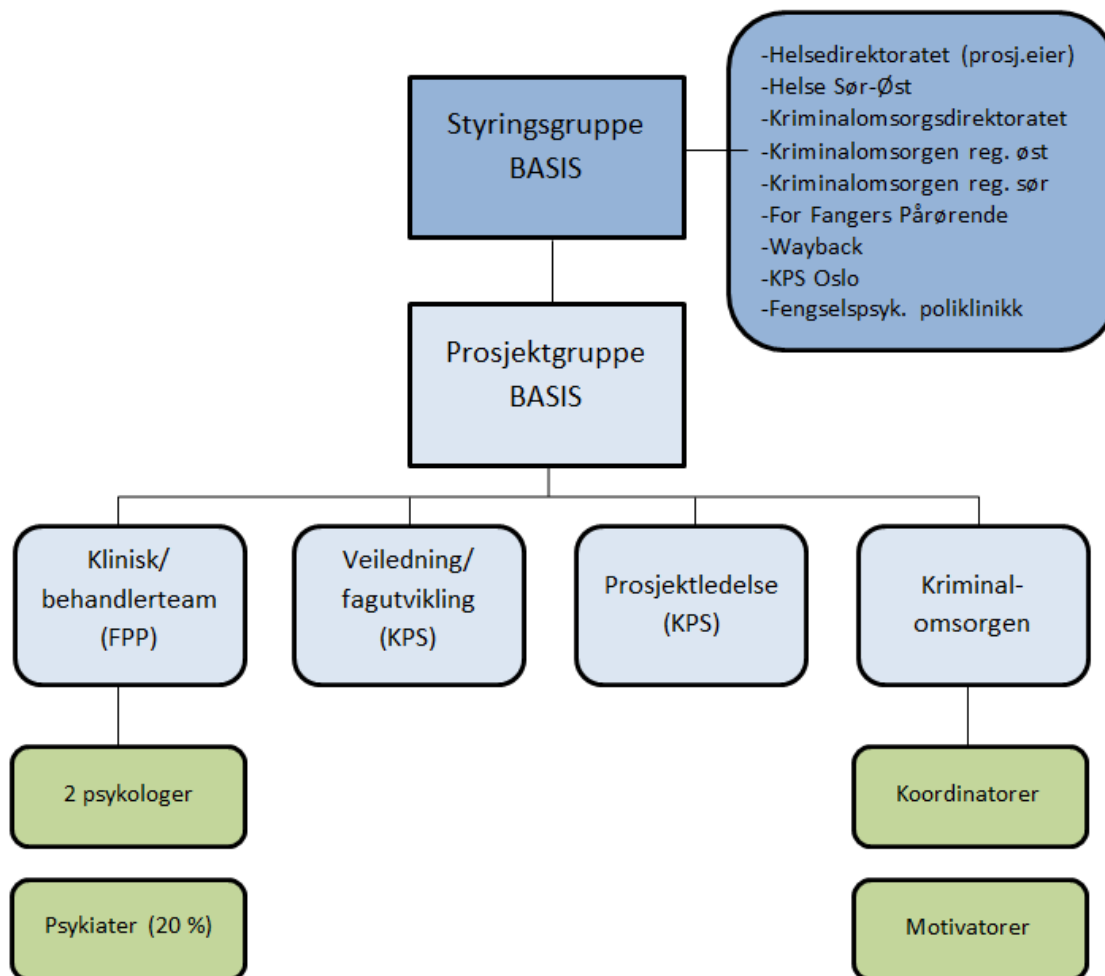
For å oppfylle BASIS-prosjektets målsetting knyttet til kunnskapsutvikling, er prosjektet registrert med publisering som delmål, og innsamling og behandling av personopplysninger er tilrådd av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus, med hjemmel i personopplysningsloven, §9 bokstav a), jfr §8. 20 av 21 BASIS-pasienter samtykket til at informasjon samlet inn i prosjektet kunne publiseres som del av kvalitetssikringen av behandlingen. Resultatene som presenteres i kapittel 3 i denne rapporten er basert på disse 20.

### **2.2 Organisering, ansvars- og arbeidsfordeling**

I BASIS-prosjektet er Helsedirektoratet prosjekteier, mens KPS Oslo har prosjektledelsen. OUS v/KPS Oslo er ansvarlig for prosjektets budsjett. OUS v/Fengselspsykiatrisk poliklinikk (FPP) har personal- og fagansvar for behandlerteamet. Prosjektet har vært organisert med en styringsgruppe, samt en prosjektgruppe som har hovedansvaret for driften (figur 1, nedenfor). I tillegg er det utnevnt koordinatorene i hvert av de involverte fengslene, som fungerer som bindeledd mellom helse og kriminalomsorg. BASIS-prosjektets budsjett har vært ca. 3,6 millioner kroner pr. år.



I det innledende arbeidet med BASIS ble fire av kriminalomsorgens anstalter valgt ut til å delta i pilotprosjektet: Ila fengsel og forvaringsanstalt, Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, Halden fengsel og Søndre Vestfold fengsel, Berg avdeling.



Figur 1 - organisasjonsoversikt

### 2.2.1 Styringsgruppen

Prosjektets styringsgruppe har bestått av representanter fra Helsedirektoratet, HSØ, Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI), ledere i kriminalomsorgens regioner sør og øst samt brukerrepresentanter fra stiftelsen Wayback og organisasjonen For Fangers Pårørende (FFP). Brukerrepresentantene har vært aktive medlemmer av gruppen og kommet med innspill som sikrer ivaretagelse av pasientenes behov. KPS Oslo v/seksjonsleder har ledet styringsgruppen. Styringsgruppen la innledningsvis et viktig fundament for prosjektet og har siden planleggingsfasen og gjennom hele prosjektperioden avholdt jevnlig møter, ca. hver tredje måned.

### **2.2.2 Prosjektgruppen**

Prosjektgruppens sammensetning har endret seg i takt med prosjektets ulike faser. Behandlerteamet har vært en viktig del av gruppen gjennom hele den treårige driftsfasen. Det samme gjelder fagpersoner fra Kriminalomsorgens høgskole og utdanningscenter (KRUS) og KPS Oslo som har bidratt med fagutvikling og veiledning i arbeidet. Representanter fra de involverte fengslene, herunder fengselshelsetjenesten, programbetjenter og sosialfaglige rådgivere har vært viktige bidragsyttere i implementeringen av prosjektet og i spørsmål vedrørende målgruppens behov. I prosjektets utrednings- og behandlingsfase har koordinatorene i de respektive fengsler vært faste medlemmer av prosjektgruppen.

### **2.2.3 Koordinatorer/motivatorer**

Hvert fengsel som inngår i BASIS har utnevnt en *koordinator*. Koordinatoren har fungert som bindeledd mellom kriminalomsorg og spesialisthelsetjeneste, og hatt hovedansvaret for å motivere potensielle pasienter til behandling etter screening. Koordinatorene har samarbeidet med fengselsledelsen om hensiktsmessig organisering av motivasjonsarbeidet, basert på lokale forutsetninger. I enkelte fengsler har det i praksis vært flere personer som har hatt ansvar for motivasjonsarbeidet, disse har blitt kalt motivatorer. Koordinatorene/motivatorene i BASIS-prosjektet har ulike fagbakgrunn. Flere er/har vært programledere, eller på annen måte involvert i arbeidet med programvirksomhet i fengsel.

### **2.2.4 Behandlerteam**

Behandlerteamet har bestått av to psykologer, samt psykiater i 20 % stilling, til sammen 2,2 årsverk. Behandlerteamet har vært tilknyttet fagmiljøet ved FPP i Oslo fengsel/OUS, og har i prosjektperioden drevet ambulant virksomhet i BASIS-fengslene. Sammen har de vært ansvarlig for 21 pasienter som har gjennomgått behandling i BASIS.

#### ***Rekruttering av behandlere***

Psykisk helsevernlov og pasientrettighetsloven regulerer krav til spesialistkompetanse i pasientforløp i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Pasientrettigheter må vurderes av spesialist, bare psykolog eller lege kan være pasientansvarlig og spesialist må signere epikrise. Diagnostisk utredning og vurdering må skje av lege eller psykolog, og det er et krav at suicidrisiko vurderes av lege eller psykolog. På denne bakgrunn fant man det nødvendig å rekruttere personer med profesjonsbakgrunn som psykologer og psykiatere til BASIS-prosjektet. Man kunne ha valgt å ansette psykiatrisk sykepleier i tillegg til psykolog og psykiater. I en større sammenheng kunne man ha hatt en

arbeidsfordeling som hadde ivaretatt ovenstående hensyn i et tverrfaglig samarbeid. I et så lite prosjekt som dette fant man imidlertid ikke å kunne innfri kravene uten at det var to psykologer.

Pasientgruppen dette prosjektet har generert kan være krevende å jobbe med, det er flere forhold ved behandling av seksuallovbruddsdømte med forhøyet residivrisiko som krever spesialisert kompetanse. Det dreier seg blant annet om kunnskap om behandlingsmetodikk for denne gruppen, kunnskap/erfaring med behandling og utredning av alvorlig personlighetspatologi og utviklingsforstyrrelser, residivrisikorisikovurdering, seksualitet, kunnskap om fengsler som institusjon, og om helsearbeideres rolleforvaltning innen rammen av et fengsel. Videre kreves kjennskap til straffeloven og til straffegjennomføring. I prosjektet så man en klar fordel ved å rekruttere psykologer og psykiatere med erfaring fra fengselspsykiatri, idet opplærings- og veiledningsbehovet dermed ble betydelig mindre enn hos psykologer og psykiatere uten denne erfaringsbakgrunnen. Samtidig er det få eller ingen psykologer og psykiatere i Norge som har denne kompetansen fullstendig fra før, det er derfor nødvendig med opplæring og veiledning. Feltet blir således sårbart for «turnover». Samtidig vil nettopp mulighet for kompetanseheving i form av kurs og veiledning kunne virke attraktivt. For å få til det vil tilknytning til kompetansesentrene være nødvendig. Å beholde behandlere over tid vil være enda viktigere her enn ellers.

For å rekruttere og beholde psykologer og psykiatere til dette feltet, har erfaringer fra prosjektet gjort det tydelig at det er helt avgjørende å sikre rimelige rammevilkår for arbeidshverdagen til behandlere. Behovet for kollegafelleskap må dekkes og veiledning bør gis systematisk. Det å kunne bidra til kunnskapsutvikling gjennom systematisk evaluering og undervisning kan sikre en kontinuerlig bevissthet om behandlingsmetodikk, og det vil kunne motvirke utbrenthet. Behandlerne bør ha egne kontorer i kontorfellesskap med andre. Reisetid bør reduseres ved at man har faste dager i fengsler, og behandling under prøveløslatelse bør skje i egne lokaler pasientene kan reise til. Der det er lange avstander vil behandlingen i noen grad kunne skje via nettbaserte løsninger.

### **2.2.5 Eksterne veiledere**

Behovet for å knytte internasjonale kontakter meldte seg tidlig i BASIS-prosjektet. Helt siden oppstarten har Gwenda M. Willis og David Prescott hatt en veiledende rolle i prosjektet, både med hensyn til grunnleggende opplæring i Good Lives-modellen (GLM) og for å sikre en metodestringent behandlingstilnærming.

*Gwenda M. Willis* er psykologspesialist og ansatt ved University of Auckland, New Zealand. Hennes forskning og kliniske arbeid fokuserer på ressursorienterte tilnærminger i arbeid med personer som har begått seksuelle overgrep, samt

forebygging av seksuelle overgrep. For tiden er hun involvert i en rekke forskningsprosjekter, blant annet med fokus på GLM, SAPROF/-SO (Structured Assessment of Protective Factors for violence risk/-Sexual Offending version), tilbakeføring av seksuallovbruddsdømte og samfunnets holdninger til denne gruppen.

*David Prescott* er utviklingsdirektør ved Becket Family of Services i Maine, USA. Han har master i sosialt arbeid og har spesialisert seg innenfor utredning og behandling av personer som har begått seksuelle overgrep. Prescott har undervist innenfor dette feltet i flere land, og har blant annet skrevet flere artikler og bøker om GLM. Prescott er også tidligere president for den internasjonale organisasjonen ATSA (The Association for the Treatment of Sexual Abusers).

Willis og Prescott bisto prosjektgruppen med innledende opplæring i GLM (se punkt 4.1) og har gjennom hele prosjektperioden bistått behandlerteamet med regelmessig klinisk veiledning. Veiledningen har foregått individuelt for hver behandler, i all hovedsak som Skype-samtaler (hver måned, oftere ved behov), men også som personlige møter i forbindelse med felles deltakelse på konferanser.

## **2.2.6 Prosjektinterne endringer**

Utover justeringer i prosjektgruppens sammensetning i forbindelse med overgang fra planleggingsfase til aktiv driftsfase, er det verdt å nevne noen prosjektinterne endringer.

### ***Endringer i prosjektledelse og administrasjon***

Fra start var prosjektet organisert med prosjektleder og nestleder, som var tiltenkt oppgavene med BASIS ved siden av sine ordinære arbeidsoppgaver. Sommeren 2015 ble det utarbeidet en bemanningsplan basert på behov og budsjett, og utlyst 2,2 behandlerstillinger og en 100 % administrasjonskonsulentstilling for en periode på tre år. Ved årsskiftet 2016/2017, da driften var på sitt mest intense, så prosjektorganisasjonen behovet for en prosjektleder med tilstrekkelig tid og anledning til å følge prosjektet tettere. Prosjektet valgte derfor å omgjøre administrasjonskonsulentstillingen til en 100 % prosjektlederstilling tilknyttet BASIS. Daværende prosjektleder ble ordinært medlem av prosjektgruppen, og nestlederrollen ble ikke erstattet da daværende nestleder gikk over i ny jobb (mars 2017).

### ***Fra fire til tre BASIS-fengsler***

Ved årsskiftet 2016/2017 ble det gjort en vurdering av pasientantall og tidsbruk knyttet opp mot de tilgjengelige ressursene i prosjektet. Screeningene som ble gjort initialt viste at det var færre seksuallovbruddsdømte i målgruppen ved Halden fengsel enn først antatt, samt at få av de som var i målgruppen var motiverte for et slikt

behandlingstilbud. Ventetiden mellom screening, informasjon om tilbudet og påfølgende motivasjonssamtale og behandlingsoppstart kan ha bidratt til å påvirke de aktuelle pasientenes motivasjon (mer om dette i punkt 2.3.3). En liten pasientgruppe gjorde at ambulerende arbeid og tiden som gikk med til å pendle mellom Halden og Oslo ikke lenger kunne rettferdiggjøres. Det ble derfor besluttet i prosjektgruppemøte 10.01.17 å avslutte utredning og behandling ved Halden fengsel.

### ***Endringer i behandlerteamet***

Behandlerteamet i BASIS var på plass fra 01.06.16. Et så lite behandlerteam er sårbart for endringer som jobbskifte, permisjoner, sykdomsfravær, etc. I løpet av de tre år prosjektet har vært har det vært utskiftning av psykologspesialist og psykiater. Det har vært rekruttert personale fra Fengselspsykiatrisk poliklinikk, noe som har bidratt til rask innkjøring, idet opplæringsbehovet har vært mindre enn hvis man skulle ha rekruttert lege og psykolog med mindre direkte relevant kunnskap og erfaring. Det har i prosjektperioden vært avviklet spesialistpermisjon, foreldrepermisjon og det har vært sykdom. Det har i perioder med fravær ikke vært mulig å sette inn vikar, da kunnskapen som kreves i prosjektet er så spesialisert. Fra juli 2018 har ikke prosjektet hatt egen psykiater tilknyttet prosjektet, men prosjektet har hatt anledning til å benytte seg av den til enhver tid ansvarlige lege ved FPP.

### **2.2.7 Sentrale forutsetninger for gjennomføring**

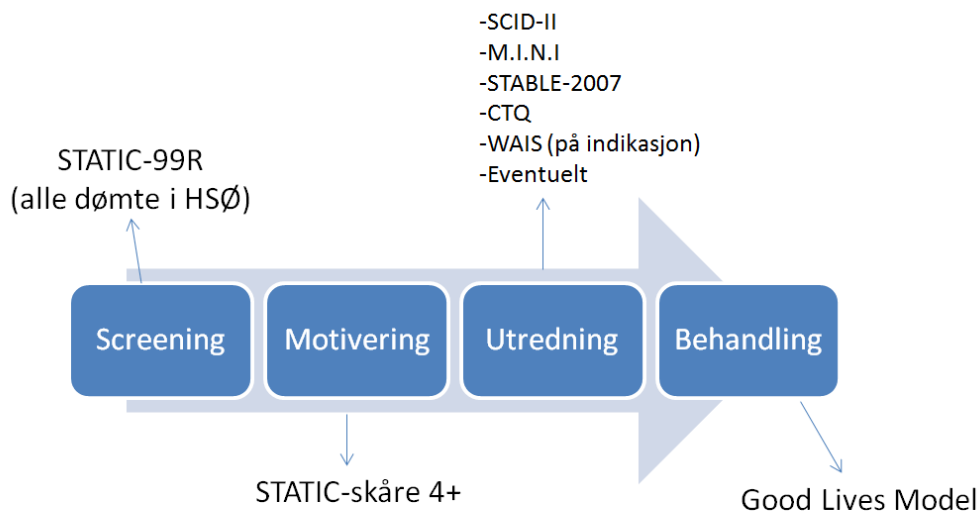
Samarbeid mellom ulike instanser utover de som inngår i prosjektstrukturen, har vært en helt sentral forutsetning for gjennomføring. BASIS-fengslenes helseavdelinger har vært viktige samarbeidspartnere for behandlerteamet, særlig i fengsler med høyere sikkerhetsnivå, der helseavdelingene har vært behjelpelige med utlån av kontorer, samt logistikk rundt koordinering av pasienter. Helseavdelingene har i flere tilfeller sørget for at pasienter bookes inn til riktig tid, og vært behjelpelige med å varsle den ene eller andre parten om eventuelle avlysninger. Samarbeid rundt oppfølging av pasientene i etterkant av ansvarsgruppemøter har også vært svært nyttig. Helseavdelingene kjenner ofte pasientene fra før og er involvert i somatisk eller annen behandling, og er derfor en viktig samarbeidspartner i oppfølging av behandling.

I BASIS-prosjektets siste år har samarbeid med friomsorgen vært en viktig forutsetning for å lykkes med å tilby behandling også etter løslatelse fra fengsel. I de tilfellene der behandling er satt som vilkår for prøveløslatelse har behandlerteamet og saksbehandlere ved friomsorgskontorene hatt jevnlig kontakt for å følge opp at avtalene overholdes. Samarbeidsmøter hvor både pasienten, saksbehandler i friomsorgen og behandler har deltatt har vært en viktig arena for utveksling av informasjon. Oslo friomsorgskontor har lånt ut kontorer til behandlerteamet i BASIS, og bistått med

videreformidling av avtaler ved behov. Det oppleves som viktig og nyttig at det legges til rette for jevnlige møtepunkter mellom disse partene i løslatelsesfasen.

## 2.3 Utforming – forberedelse til behandling

Ved prosjektstart var det mulig å trekke tre sentrale konklusjoner ut fra eksisterende kunnskapsgrunnlag, disse utdypes nærmere i punkt 3.1.3. For det første burde behandlingen rettes mot seksuallovbruddsdømte med antatt høyest tilbakefallsrisiko. For det andre var det grunn til å gå ut fra at denne gruppen ville trenge særlig tilrettelagt motivasjonsarbeid for å engasjeres i behandling. Og for det tredje var det grunn til å satse på individuell fremfor gruppebasert behandling. Disse tre konklusjonene ble innarbeidet i prosjektets ulike faser, som figur 2 illustrerer.



Figur 2

### **Kriterier for inklusjon**

BASIS har kun tilbudt behandling til seksuallovbruddsdømte med antatt forhøyet risiko for tilbakefall, og har utover dette hatt følgende kriterier for deltagelse:

- Potensielle pasienter må gjennomføre straff ved ett av de fire, senere tre, fengslene som inngår i BASIS
  - Grunnet et lite behandlersteam vil det ikke være mulig å tilby behandling i øvrige fengsler
- Potensielle pasienter må være villig til å delta i et spesialisert behandlingstilbud knyttet til seksuelle overgrep
  - BASIS er et frivillig behandlingstilbud, og den innsatte må derfor selv ønske å delta

- Potensielle pasienter må beherske norsk på et tilfredsstillende nivå slik at behandlingen kan foregå på norsk
  - Grunnet ressursituasjonen i BASIS vil det ikke være anledning til ukentlig bruk av tolk
- Personer med realitetsbrist gis ikke tilbud i BASIS
  - Ved mistanke om alvorlig psykisk lidelse vil ikke pasienten kunne nyttiggjøre seg behandling, og vil derfor henvises videre
- Personer som har en pågående ankesak gis ikke tilbud i BASIS
  - Personer som ikke er dømt for seksuallovbrudd kan ikke prioriteres for behandling i et slikt prosjekt
- Personer i annen pågående behandling for seksuallovbruddsproblematikk gis ikke tilbud i BASIS
  - Formålet med BASIS er å gi et tilbud om behandling til innsatte som pr. dags dato ikke har et slikt tilbud, ikke å erstatte allerede eksisterende tilbud
- Personer med endelig utvisningsvedtak gis ikke et tilbud i BASIS
  - BASIS-prosjektet har en intensjon om å følge opp pasienter også i forbindelse med og etter løslatelse, i tillegg til at vedtak om utvisning i mange tilfeller vil innebære for kort tid til å nyttiggjøre seg behandling

Resten av dette kapitlet utdyper planlegging, gjennomføring og resultater/erfaringer fra screening og pasientinkludering. Behandlingen er viet et eget kapittel (kapittel 3).

### **2.3.1 BASIS – Et screeningbasert tilbud**

Ved prosjektstart var det nærmere 300 seksuallovbruddsdømte innsatte i fengsler tilhørende HSØs opptaksområde. Det nødvendiggjorde en prioritering blant aktuelle kandidater. Prosjektet valgte en screeningbasert prioritering, der alle i målgruppen ble undersøkt ved hjelp av samme standardiserte metode (STATIC-99R). Formålet med screeningen var å identifisere innsatte med antatt høyest tilbakefallsrisiko, for å målrette videre motivasjonsarbeid, utredning og behandling mot denne gruppen.

#### ***Inklusjon av kvinner***

Majoriteten seksuallovbruddsdømte er menn, og forskningen er i all hovedsak basert på dem. Kvinner dømt for seksuallovbrudd utgjør en svært liten gruppe. I tidsrommet 2005-2016 ble det årlig straffedømt 13 kvinner (i gjennomsnitt) med seksuallovbrudd som hoveddom (Statistikkbanken, SSB, tabell 10625). Den internasjonale forskningen om kvinnelige utøvere av seksualisert kriminalitet er voksende, men er ikke nødvendigvis gyldig for norske forhold. Prosjektet valgte å inkludere kvinnelige

pasienter for å bidra til økt kunnskap om denne gruppen<sup>1</sup>. Alle seksuallovbruddsdømte kvinner som sonet på Bredtveit (<5) da screeningen ble innledet ble forespurt om de ønsket et tilbud i BASIS.

### ***Valg av screeninginstrument – STATIC-99R***

Det store antallet som skulle screenes gjorde det nødvendig å velge et screeningverktøy som begrenset seg til historisk informasjon om den enkelte som finnes tilgjengelig i kriminalomsorgens informasjonssystemer. Valget falt på STATIC-99R som er blant de mest brukte aktuariske<sup>2</sup> instrumentene for å vurdere tilbakefallsrisiko hos seksuallovbruddsdømte menn (R. K. Hanson & Thornton, 2000; Helmus, Hanson, Thornton, Babchishin, & Harris, 2012). Instrumentet baserer seg på informasjon om statiske, historiske variabler som har vist seg å ha en sammenheng med tilbakefall til nye seksuallovbrudd (R. K. Hanson & Thornton, 2000; Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003).

STATIC-99R består av 10 risikofaktorer for nye seksuallovbrudd, som skåres og summeres til en totalskåre på mellom -3 og 12 poeng. Skårene brukes til å sortere domfelte i ulike forhåndsdefinerte risikonivåer: lav, moderat-lav, moderat-høy og høy. Betegnelsene «høy» og «lav» er relative angivelser som forholder seg til gruppens gjennomsnitt: høy betyr betydelig over gjennomsnittet for gruppen, og lav betydelig under gjennomsnittet. Det har senere kommet en ny versjon av STATIC-99R-kodemanualen (Phenix et al., 2016), se [www.static99.org](http://www.static99.org) for mer informasjon.

STATIC-99R kan skåres uten dialog med den enkelte domfelte, fordi opplysningene som trengs baserer seg på eksisterende straffesakshistorikk. Tilgang til denne informasjonen administreres via Kriminalomsorgen, og utvalgte prosjektmedarbeidere ble gitt begrenset tilgang til informasjon nødvendig for screeningformål, under vilkår spesifisert i en skriftlig avtale mellom KRUS og OUS (se vedlegg 5). Alle som var involvert i skåringen var på forhånd sertifisert for bruk av STATIC-99R.

### ***Praktisk gjennomføring av screeningen***

Screeningen ble gjennomført i tre omganger, basert på uttrekk av innsatte som på følgende tidspunkt gjennomførte straff for seksuallovbrudd i fengsler i HSØ: juni 2016, desember 2016 og november 2017. Skåringen med STATIC-99R ble gjort så raskt som mulig etter at de seksuallovbruddsdømte var identifisert med tilhørighet i HSØs fengsler.

---

<sup>1</sup> STATIC-99R er ikke validert for kvinner, og det fins pt heller ikke andre screeningsinstrument beregnet på kvinnelige seksuallovbruddsdømte. De kvinnelige pasientene i prosjektet ble derfor inkludert uten systematisk screening

<sup>2</sup> Aktuariske risikovurderingsinstrumenter har til hensikt å predikere risiko basert på statistiske sammenhenger, og inkluderer ikke kliniske vurderinger.



Trinnene i screening/utvelgelse:

1. Kriminalomsorgen utarbeider oversikt over hvilke innsatte som gjennomfører fengselsstraff for seksuallovbrudd (som hovedlovbrudd) i de ulike anstaltene i HSØ (heretter kalt uttrekk).
2. Uttrekket bearbeides og anonymiseres og overleveres til BASIS
3. Prosjektmedarbeidere i BASIS med spesiell tillatelse til formålet søker opp de innsatte i DocuLive<sup>3</sup> og skårer STATIC-99R
4. Informasjon om seksuallovbruddsdømte som har STATIC-skåre 4+ viderefremmes til koordinator i aktuell anstalt
5. Koordinator/kriminalomsorgen gjør en vurdering hvorvidt den seksuallovbruddsdømte er aktuell for et tilbud i BASIS. Kriminalomsorgen gir informasjonsskriv om tilbudet som gis i BASIS til aktuelle seksuallovbruddsdømte, og motiverer til deltagelse
6. Det avtales motivasjonssamtale med behandlerteamet for aktuelle og interesserte seksuallovbruddsdømte

### ***Ekksklusjon før screening***

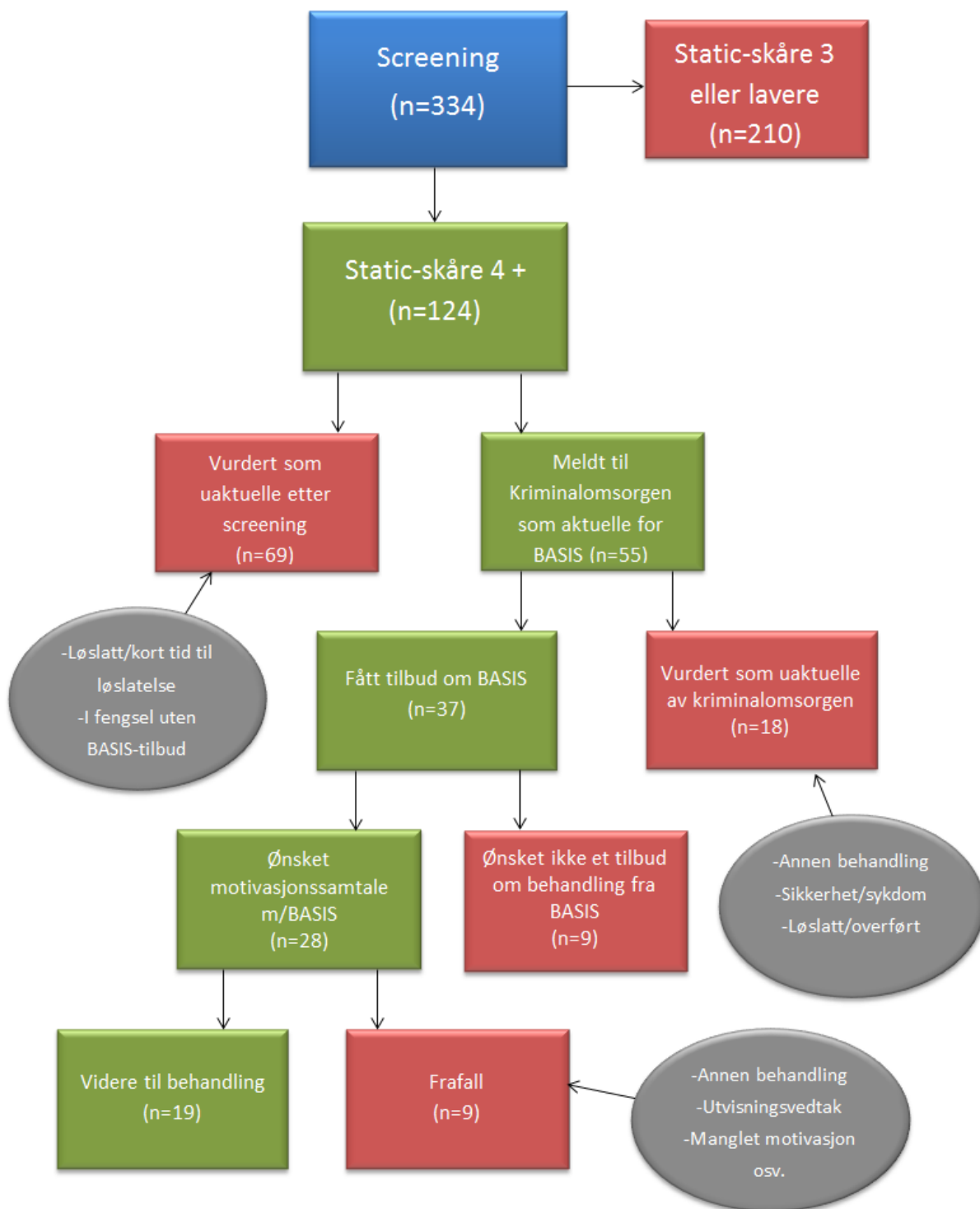
Dersom det på tidspunktet for screening kom frem at den innsatte hadde rømt uten å returnere eller var død, ble vedkommende utelukket fra screeningen. Det samme gjaldt hvis en innsatt i et uttrekk allerede var overført til overgangsbolig, løslatt eller utvist fra Norge. Det å sone i overgangsbolig innebærer som regel kort tid til løslatelse, noe som ikke vil gi tid til å nyttiggjøre seg utredning og behandling.

I noen få saker var det ingenting som tydet på at den innsatte hadde blitt dømt for et seksuallovbrudd, noe som sannsynligvis var et resultat av feilregistrering. Slike saker ble også utelukket fra screening. Videre har innsatte seksuallovbruddsdømte med kun Category B-lovbrudd blitt utelukket fra screeningen, i tråd med anbefalingene i STATIC-99R brukermanual (Harris et al., 2003). Category B-lovbrudd omfatter atferd som er ulovlig, men hvor i) begge parter er samtykkekompetente og samtykker eller ii) ingen bestemte personofre er involvert (Harris et al., 2003). Eksempler kan være kjøp av seksuelle tjenester eller nedlasting av overgrepsmateriale (uten involvering i produksjon, distribusjon eller lignende). Det totale antallet seksuallovbruddsdømte som ble screenet reflekterer derfor ikke det totale antallet seksuallovbruddsdømte i HSØ.

Gangen i screeningprosessen illustreres i figur 3 på neste side.

---

<sup>3</sup> Kriminalomsorgens elektroniske arkiv



Figur 3 – oversikt screening (alle menn)

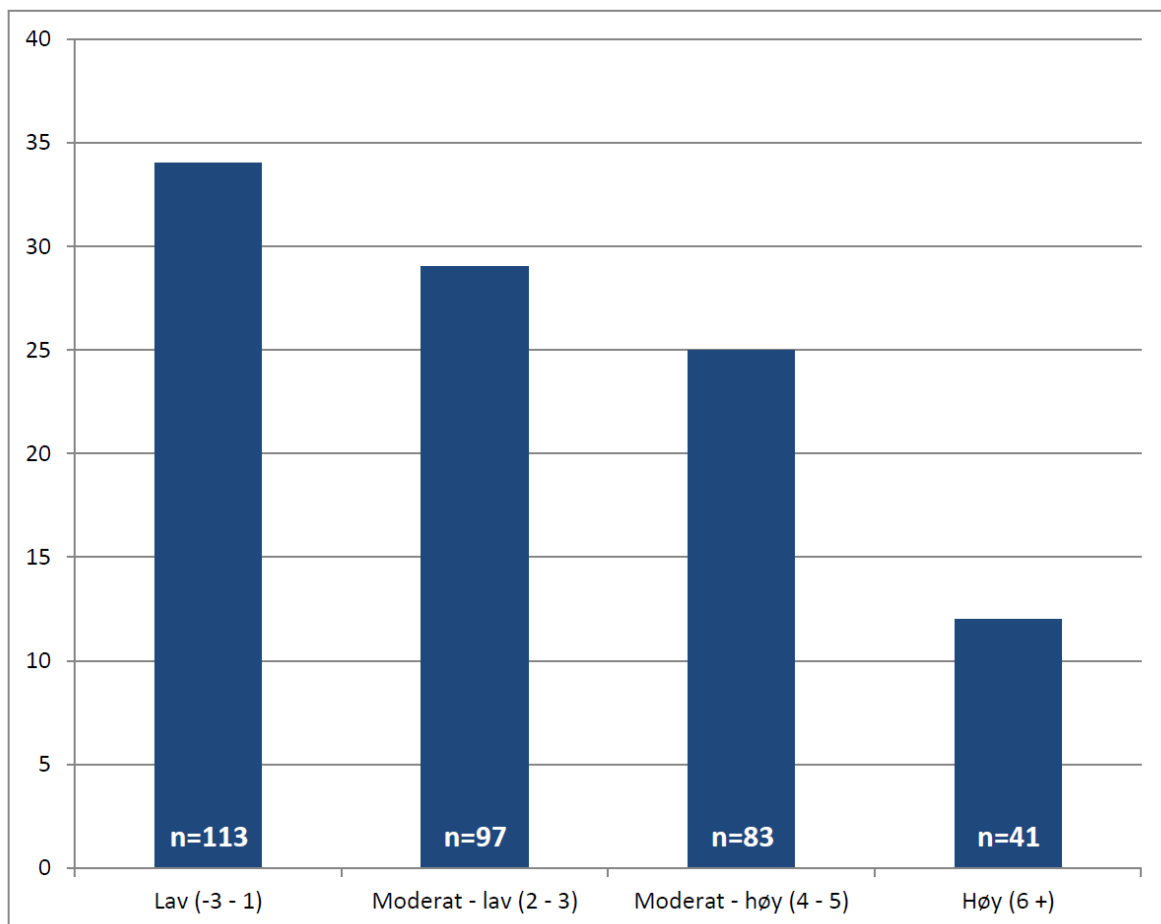
### 2.3.2 Resultater fra screening

Det første uttrekket var det største, med 224 innsatte som ble gjenstand for screening. Etter neste uttrekk ble 54 nye innsatte screenet. De 54 var innsatte som hadde påbegynt soning mellom første og andre uttrekk, eller som hadde blitt flyttet til en anstalt i HSØ

fra et annet sted i landet i dette tidsrommet. Etter det tredje uttrekket ble ytterligere 56 innsatte screenet. Totalt har 334 personer med seksuallovbrudd som hovedlovbrudd blitt screenet med det formål å vurderes for tilbud i BASIS. Heretter presenteres resultater for disse 334 under ett dersom ikke annet spesifiseres.

De 334 som har blitt screenet har blitt gitt en totalskåre mellom -3 og 9. Ingen oppnådde høyere skåre.

Den prosentvise fordelingen mellom de fire risikonivåene (n=334) vises i stolpediagram 1 nedenfor. 124 seksuallovbruddsdømte havnet i de to høyeste risikogruppene. Dette tilsvarer 37 prosent, en litt høyere prosentandel enn i internasjonale studier (R. K. Hanson, Lloyd, Helmus, & Thornton, 2012). Dette er å forvente i og med at HSØ er den helseregionen som har høyest andel forvaringsdømte. Denne gruppen vil ofte skåre høyere på STATIC-99R på grunn av omfattende og alvorlig straffehistorikk.



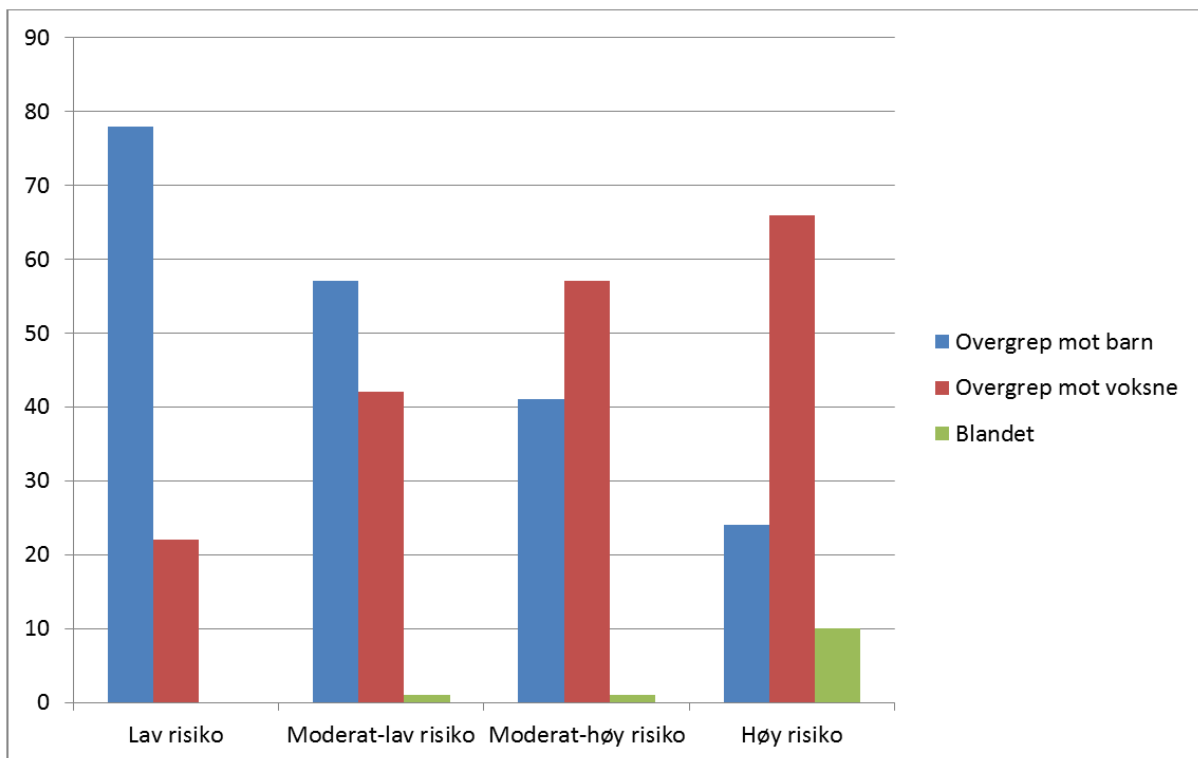
Stolpediagram 1 (n=334)

## Overgrepstype

Seksuallovbrudd er en bred kategori som inneholder flere former for overgrep. Etter første screening (n=224) ble indeks-dommene<sup>4</sup> sortert ut fra om de i hovedsak omhandlet overgrep mot barn eller overgrep mot voksne. Dette er ikke gjort etter senere screeningrunder, men det er ingen grunn til å tro at type lovbrudd vil fordele seg annerledes. Lovbruddskategoriseringen er gjort for å gi et bilde av hva som kjennetegner overgrepene i de ulike risikogruppene.

Den totale fordelingen var relativt jevn, 55 prosent av sakene omhandlet overgrep mot barn, mens 43 prosent av sakene omhandlet overgrep mot voksne. I ca. 2 prosent av sakene inneholdt indeks-dommen domfellelser i begge kategorier.

Overgrepstype ble deretter sett i sammenheng med STATIC-99R-risikonivåene (stolpediagram 2 – prosentvis fordeling overgrepstype). I lavrisikogruppen var 78 prosent dømt for overgrep mot barn og 22 prosent dømt for overgrep mot voksne. I høyrisikogruppen var derimot kun 24 prosent dømt for overgrep mot barn, mens 66 prosent var dømt for overgrep mot voksne og 10 prosent var domfelt for overgrep i begge kategorier. Dette indikerer en mer kompleks og omfattende problematikk hos høyrisikogruppen.



Stolpediagram 2 (n=224)

<sup>4</sup> Her: Dommen den seksuallovbruddsdømte sonet på tidspunktet for screeningen. Jfr. STATIC-99R brukermanualen kan «index offence» være et annet lovbrudd (av nyere tid), men her er det tatt utgangspunkt i dommen som har ført til at den innsatte soner i fengsel.

### ***Inntak av pasienter***

BASIS-prosjektet har kun tilbudt behandling til de to høyeste risikogruppene (moderat-høy og høy), det vil si til seksuallovbruddsdømte med STATIC-skåre 4 eller høyere. Initialt var det usikkert hvor mange innsatte som ville takke ja til et slikt tilbud, og hvor mange pasienter som således ville genereres. Tatt i betraktning de tilgjengelige ressursene på behandlersiden (kun to behandlere) startet pasientrekrutteringen etter første uttrekk med å gi et tilbud til en liten gruppe seksuallovbruddsdømte i august 2016. Gruppen besto av seksuallovbruddsdømte med antatt aller høyest tilbakefallsrisiko (STATIC-skåre 6+), samt innsatte som skåret 4-5 poeng (moderat-høy risiko) og var under 24 år på gjerningstidspunktet. På Berg fengsel var det syv innsatte som tilfredsstilte disse kriteriene, på Ila var det 17 og i Halden fengsel var det fire.

Grunnet få innsatte i målgruppen i Halden fengsel, ble det besluttet å tilby deltagelse til hele moderat-høy-risikogruppen i Halden (fire innsatte) i september 2016. På grunn av fortsatt ledig behandlingsskapasitet, ble det i desember 2016 besluttet å inkludere moderat-høyrisikogruppen også på Ila og Berg. På Ila var det fortsatt ca. ti innsatte som var i målgruppen i henhold til STATIC-99R. På Berg var det ikke lenger flere aktuelle deltagere i moderat-høy-risikogruppen da samtlige allerede var løslatt eller overført til andre fengsler eller overgangsbolig.

### ***Straffegjennomføringsform og fengselstilhørighet***

I tillegg til tre kvinner som fikk tilbud om deltagelse i BASIS, viser figur 3 (side 25) at det totale rekrutteringsgrunnlaget for BASIS i den treårige perioden var 124 menn. Blant disse var 35 forvaringsdømte (28 %) og 89 (72 %) domsinnsatte. Til sammenligning var det to forvaringsdømte og 111 (98 %) domsinnsatte i gruppen med aller lavest risikonivå (STATIC-skåre -3 til 1). Dette er å forvente, gitt kriteriene for å idømme forvaring.

En oversikt over fengselstilhørighet gis i tabell 1. Tabellen gir en oversikt over fengslene de seksuallovbruddsdømte sonet på tidspunktet for gjennomført screening (det vil si det tidspunktet hvor aktuelle innsatte skulle meldes til koordinatorene). Flere sonet i et annet fengsel på uttrekksdatoen eller på det tidspunktet screeningen ble iverksatt. Ventetiden mellom uttrekk, screening og innmelding til koordinatorene (se punkt 2.3.3) gjør at tallene ikke bør brukes til annet enn et innblikk i hvordan fordelingen mellom fengsler *kan* se ut på et gitt tidspunkt. Dette er en viktig presisering som illustrerer hvordan fordelingen av innsatte med antatt høy tilbakefallsrisiko raskt endrer seg.

<b>Fengsel i Helse Sør-Øst</b>	<b>Antall m/STATIC-skåre 4+</b>
<i>Kriminalomsorgen region øst</i>	
*Ila fengsel og forvaringsanstalt	38
Romerike fengsel, Ullersmo avd.	15
**Halden fengsel	11
Romerike fengsel, Kroksrud avd.	8
Oslo fengsel	5
Vestoppland fengsel, Valdres avd.	<5
Hedmark fengsel, Bruvoll avd.	<5
Hedmark fengsel, Ilseng avd.	<5
Kongsvinger fengsel	<5
Romerike fengsel, Ungdomsenhet Øst (Eidsvoll)	<5
<i>Kriminalomsorgen region sør</i>	
*Søndre Vestfold fengsel, Berg avd.	14
Bastøy fengsel	13
Ringerike fengsel	7
Arendal fengsel (ukjent avd.)	<5
Nordre Vestfold fengsel, Horten avd.	<5
Nordre Vestfold fengsel, Hof avd.	<5
Søndre Vestfold fengsel, Larvik avd.	<5
Telemark fengsel, Skien avd.	<5
<i>Kriminalomsorgen region sørvest</i>	
Kristiansand fengsel	<5

\* BASIS-fengsel

\*\* BASIS-fengsel frem til januar 2017

Tabell 1

### ***Fra screening til behandling***

Screeningen viste at til sammen 124 menn ble vurdert å være i målgruppen for BASIS ut fra risikonivå. Av disse måtte 69 personer ekskluderes fordi de hadde kort tid igjen til løslatelse, eller befant seg i et fengsel som ikke var inkludert i prosjektet.

Resten av gruppen (55 innsatte) ble meldt inn til BASIS-koordinatorene, som deretter gjorde egne vurderinger av hvorvidt den innsatte skulle få et tilbud om BASIS.

Koordinatorne ekskluderte innsatte som allerede var i et behandlingsforløp knyttet til sin seksuallovbruddsproblematikk, for eksempel ved Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi (IKST). Dette var den hyppigste begrunnelsen bak at innsatte ikke fikk tilbud om BASIS. De ekskluderte også innsatte som ikke kunne nyttiggjøre seg behandlingen, for eksempel på grunn av dårlig psykisk helse og/eller sterk medisiner, og innsatte som hadde kort tid til løslatelse.

Etter at koordinatorene hadde gjort sine vurderinger, ble 37 av 55 innsatte i målgruppen gitt et tilbud om motivasjons- og kartleggingssamtale med BASIS-psykologene. De 37 fikk et informasjonsskriv (se vedlegg 3) og muntlig informasjon av en lokal motivator om hva prosjektet innebar, før de tok stilling til tilbudet. 28 innsatte ønsket en samtale med BASIS-psykologene (se figur 3, side 25).

### ***Årsaker til eksklusjon etter første kontakt med BASIS***

Av de 28 (menn) som ønsket motivasjonssamtale med behandler temaet i BASIS, var det 19 som gikk videre til mer omfattende utredning. De resterende ni trakk seg fra behandlingen eller falt fra av årsaker oppdaget under motivasjonssamtalen(e) knyttet til eksklusjonskriteriene i prosjektet. Samtlige av disse er henvist videre eller på annen måte ivaretatt gjennom eksisterende tilbud, men ikke nødvendigvis tilbud som adresserer problematikken knyttet til seksuallovbrudd. Nedenfor gis en redegjørelse for årsakene til frafall.

For 3 av de 9 ble det klart allerede under den første motivasjonssamtalen at de var uaktuelle for videre til utredning. To av disse gikk allerede til jevnlig behandling for seksuallovbruddsproblematikk hos DPS, og hadde således et fungerende tilbud tilgjengelig. Alle parter var derfor enige om at det ikke burde innledes et behandlingsforløp i BASIS. Den tredje hadde nylig mottatt endelig utvisningsvedtak. Han ble videre ivaretatt av eksisterende behandlingstilbud i det aktuelle fengselet han sonet ved.

En fjerde innsatt hadde ikke noe ønske om å starte et videre utredning- og behandlingsforløp. Han var i utgangspunktet skeptisk til behandling, men kunne tenke seg å prøve det en kort periode. Han satt imidlertid som krav at behandlingen måtte foregå utenfor fengselet, og kun på gitte ukedager slik at det ikke kolliderte med andre aktiviteter. Han trakk seg før det ble endelig avklart om det fantes en mulighet for at behandlingen kunne foregå utenfor fengselet. Hans motivasjon for behandling i BASIS syntes primært å være forankret i ytre omstendigheter som å bidra til fordeler i forbindelse med søknad om prøveløslatelse.

De øvrige fem som falt fra hadde mellom to og ni samtaler med behandler teamet før samarbeidet ble avsluttet. En av dem sa etter to timer at han ikke ønsket å fortsette. Lokal koordinator forsøkte å motivere ham til videre deltagelse uten hell. Det forelå opplysninger om at det tidligere har blitt vurdert som sannsynlig at denne innsatte oppfyller diagnosekriteriene for paranoid schizofreni. Han ble derfor henvist videre til psykiatrisk team for videre oppfølging og utredning. En annen innsatt ble avsluttet etter tre timer, hovedsakelig fordi det ble besluttet at BASIS-prosjektet skulle avvikles i Halden fengsel (hvor han gjennomførte straff). Han fikk tilbud om videre oppfølging i

ROS<sup>5</sup>-program (Relasjon og samspill) i fengselet, noe han ønsket. Han avsto tilbudet om en avslutningssamtale med behandlerteamet i BASIS. To pasienter ble avsluttet etter fire timer. Den ene ønsket selv å avslutte forløpet på grunn av redsel for stigmatisering etter drapet på en seksuallovbruddsdømt i Ringerike fengsel. Etter å ha formidlet denne beskjeden via koordinator takket han nei til avslutningssamtale med behandlerteamet. Den andre framsto ikke som motivert for eller interessert i behandling, og det ble vurdert dithen at han ikke ville kunne nyttiggjøre seg behandling i tråd med GLM. Det lyktes ikke å etablere behandlingsallianse, og han benektet at han trengte hjelp til sinnemestring eller voldsproblematikk. Ved avslutningen ble det bekreftet via den innsattes kontaktbetjent at det forelå en plan for oppfølging etter løslatelse, hvor han ville få oppfølgende rusbehandling. Den siste som falt fra hadde hele ni samtaler med behandlerteamet før forløpet ble avsluttet. De fem siste samtalene ble brukt til å jobbe med den innsattes motivasjon for behandling og å kartlegge om det fantes muligheter for å arbeide sammen med ham i tråd med GLM-modellen. Han ga tydelig uttrykk for at han ikke ønsket å jobbe på denne måten, og ønsket ikke å fortsette i BASIS under premissene som gjelder for prosjektet. Det ble derfor vurdert dithen at det ikke ville være mulig for pasienten å nyttiggjøre seg behandlingen, og forløpet ble avsluttet. Han fikk videre oppfølging av helseavdelingen i aktuelt fengsel.

### ***Om gruppen som umiddelbart avsto tilbudet om BASIS***

Jfr. figur 3 (side 25) er det er også en gruppe på totalt ni innsatte som oppfyller kriteriene for deltagelse, men som likevel ikke ønsker behandling. Koordinatorene opplevde altså at det var noen innsatte som fikk tilbudet, men som umiddelbart avsto.

De innsattes begrunnelser for å avslå tilbudet var i noen tilfeller opplevelse av uriktig dom og at de var uskyldig dømt. Andre avviste tilbudet fordi de hadde hatt nok erfaring med behandling tidligere og fått den hjelpen de mente de trengte. Enkelte uttrykte at de følte avstand til hendelsen de var dømt for. De opplevde at de allerede hadde tatt grep om årsaken til sine problemer, og vurderte at behovet for behandling ikke var til stede. Andre fortalte at de så slutten på soningen, og heller ville bruke den siste tiden på andre ting, for eksempel utdanning. Én innsatt ville ikke delta fordi han kjente en av psykologene fra tidligere behandling. Noen få innsatte i målgruppen fortalte også at de avsto tilbudet fordi de var redde for at det skulle bli kjent at de gikk i behandling for seksuallovbrudd, og at det ville få negative konsekvenser for dem i form av redsel og stigma.

---

<sup>5</sup> Et kognitivt-dynamisk program for seksuallovbruddsdømte som tilbys i kriminalomsorgen



### **2.3.3 Erfaringer med screening**

Systematisk screening basert på statiske risikofaktorer hos seksuallovbruddsdømte er, som nevnt, ikke tidligere gjort i Norge. BASIS-prosjektet sto derfor overfor flere utfordringer knyttet til screeningprosessen da prosjektet gikk inn i den aktive driftsfasen i 2016. Utfordringene omhandlet tilgang til nødvendige dokumenter og opplysninger, ressurser til selve screeningarbeidet samt andres naturlige skepsis til denne nye metoden.

#### ***Tid- og ressursbruk***

For å gjennomføre screeningen var prosjektet avhengig av tilgang til informasjon om de seksuallovbruddsdømte som gjennomførte straff i fengsel i HSØ. Informasjonen måtte hentes ut av kriminalomsorgen fra deres elektroniske systemer. En utfordring med denne tilnærmingen var ventetiden fra kriminalomsorgen gjorde et slikt uttrekk på en gitt dato, til prosjektet fikk tilgang på det. Et eksempel er det andre uttrekket som ble gjort 31.12.16. Prosjektet fikk tilgang på denne oversikten først i midten av juli 2017. Denne ventetiden mellom uttrekk og screening førte til at noen innsatte i BASIS-fengslene allerede var overført til andre fengsler før koordinator fikk beskjed om at de var aktuelle for BASIS. Det hendte også at koordinatorene stilte spørsmålsteget ved hvorfor nyinnsatte (som de antok ville fått en høy STATIC-skåre) ikke var blant de innsatte som de ble oppfordret til å motivere til deltagelse i BASIS. Disse innsatte var kommet til fengselet etter at forrige uttrekk ble gjort.

Screeningen var en tidkrevende prosess også etter at tilgang til uttrekk og DocuLive ble gitt. I DocuLive har hver sak et arkivsaksnummer som er søkbart. Den enkelte arkivsaks inneholder alle dokumenter knyttet til den aktuelle straffegjennomføringen og den aktuelle innsatte. Enkelte saker kan inneholde flere hundre dokumenter. Det ser ikke ut til å være standardiserte retningslinjer for hvor og hvordan ulike dokumenter skal lagres, og det varierer mellom fengslene hvilke overskrifter som benyttes for å beskrive hvert enkelt dokument. For å kunne bruke STATIC-99R må man ha tilgang på indeksdommen (dvs seksuallovbruddsdommen som innsatte nå soner) samt straffeattest eller andre dokumenter som gir informasjon om den enkeltes straffehistorikk. Ikke alle saker inneholdt straffeattest. Å lete gjennom dokumenter som for eksempel risikovurderinger, kjennelser fra retten, utførte personundersøkelser etc. for å forsøke å finne informasjonen som trengs for å skåre var tidkrevende. Dette arbeidet ble i all hovedsak utført av én person, med unntak av i det første uttrekket. Enkelte innsatte ble skåret på fem minutter, i andre saker var dokumentmengden så stor (og dokumentene så vilkårlig organisert) at det tok opp mot en halvtime å finne de nødvendige opplysningene. Den totale tidsbruken førte i noen tilfeller til at innsatte søkte om og/eller fikk innvilget overføring til andre fengsler eller overgangsbolig før resultatene fra screeningen var klare.

Forsinkelser i screeningprosessens trinn 2, 3, 4 har således vært punkter for forbedring i forbindelse med påfølgende screeningrunder. Det viste seg imidlertid vanskelig å effektivisere prosessen på grunn av lite personale og ikke innarbeidede rutiner for informasjonsutveksling. Av samme årsaker var det heller ikke alltid mulig å tilby behandlingsforberedende motivasjonssamtale raskt nok til innsatte som ønsket det. Med lange reiseavstander og et lite behandlersteam måtte enkelte innsatte vente flere uker på første timeavtale. Motivatorene opplevde det som vanskelig å holde på de innsattes motivasjon i denne ventetiden.

En anbefaling for slikt arbeid er at man minimerer tiden mellom uttreksdato og screening, samt tiden mellom screening og motivering av aktuelle innsatte. Tilgang til nødvendig informasjon må gis ved oppstart av screening, og resultater fra screeningen må formidles til aktuelle fengsler med en gang de foreligger. Slik unngår man at innsatte i målgruppen flyttes uten at kriminalomsorgen har kjennskap til den statistiske risikoen. Når en innsatt i målgruppen takker ja til en behandlingsforberedende samtale, bør denne finne sted så raskt som mulig. Slik unngår man at motivasjonen avtar.

### ***Om å tilby behandling basert på screening***

Hvilke kriterier som skal ligge til grunn for at en innsatt tilbys behandling i BASIS har blitt drøftet i prosjektgruppen. I forberedende fase brukte gruppen mye tid på å diskutere screening opp mot andre aktuelle prioriteringsmetoder, som henvisning og individuell hjelpsøking. Det siste ble tidlig definert som uaktuelt, all den tid fengslenes erfaring nettopp var at mange av de seksuallovbruddsdømte ikke selv søker helsehjelp for kriminalitetsrelatert problematikk. Selv om helsetjenesten har taushetsplikt kan innsatte vegre seg for å fortelle om dommen, idet de vil kunne ha forventninger om å bli møtt med fordømmelse. Videre erkjenner ikke alltid seksuallovbruddsdømte selv at atferden som brakte dem i fengsel er et problem eller de mangler kjennskap til at det finnes et behandlingstilbud.

Videre har primærhelsetjenesten vanligvis ikke fokus på hva den innsatte er dømt for, men på de helseplagene som den innsatte selv presenterer. Helsetjenesten kan mangle kunnskap om skadelig seksuell atferd og hvordan man kan bygge tillit til denne gruppen og motivere for behandling, og ser seg derfor ikke i stand til å tilby behandling. Videre kjenner ikke alltid helsetjenesten til behandlingstilbud og/eller de har erfaring med at henvisninger til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste avslås. Helsedirektoratets prioriteringsveileder for psykiatrisk spesialisthelsetjeneste omtaler ikke behandling av skadelig seksuell atferd (SSA) og seksuallovbruddsproblematikk. Henvisninger til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for behandling av slik problematikk blir derfor ofte vurdert til ikke å utløse rett til helsehjelp fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Kunnskapen om behandling av SSA og seksuallovbrudd er mangelfull også i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og man ser seg derfor ikke i stand til å tilby behandling.

Av ovennevnte grunner gjensto henvisning direkte fra kriminalomsorgen som eneste aktuelle alternativ til screening, og var det de utvalgte fengslene i utgangspunktet ønsket, et ønske som i flere tilfeller ble forsterket når screeningresultatene avvek fra fengslenes behovsvurdering av enkeltinnsatte. Til tross for uenighet i prosjektgruppen på dette punktet, har prosjektet lyktes med å fastholde den valgte metoden, der kriminalomsorgens henvisningsgrunnlag er screeningsresultatene, ikke andre former for behovsvurdering. Dette er en betydelig styrke fordi det gir systematisk informasjon om hele gruppen seksuallovbruddsdømte, basert på samme standardiserte metode. Slik informasjon har ikke vært tilgjengelig i Norge tidligere.

Fordi det i forkant var knyttet forventninger til hvilke innsatte som skulle/burde få et tilbud i BASIS, har prosjektet lært viktigheten av at formålet med en slik screening formidles tydelig. Uklar begrepsbruk innledningsvis i prosjektet bidro til noen misforståelser mellom de involverte samarbeidsfengslene og prosjektet for øvrig, om formålet med og anvendeligheten av STATIC-99R. Samarbeidsfengslene reagerte på at antallet seksuallovbruddsdømte i målgruppen etter screening var lavere enn de ut fra kunnskap om det kliniske bildet i sin enhet hadde forventet. Prosjektet fant det derfor nødvendig å avklare årsakene til diskrepansen mellom samarbeidsfengslenes risikovurderinger og screeningresultatene. Årsakene til uoverensstemmelsene har i all hovedsak vist seg å være at samarbeidsenhetene har lagt til grunn den til dels omfattende informasjonen (klinisk vurdert eller strukturert utredet) de har om *dynamiske* risikofaktorer, som gjør at det kliniske bildet omfatter flere med behandlingsbehov enn det som avdekkes gjennom screening basert på historisk informasjon. Slike diskrepanser mellom vurderinger basert på ulik informasjon er å forvente. Det sentrale for prosjektet har vært å sikre at den valgte utvelgelsesmetoden ikke systematisk bommer på målgruppen, ved at de som får høy STATIC-99R-skåre gjennomgående vurderes av samarbeidsenhetene å ha lavere risiko. Grundig gjennomgang har vist at det ikke er dette som er situasjonen, men at det kliniske bildet gir *flere* med antatt høy risiko, noe som er naturlig, gitt den mer omfattende informasjonen disse vurderingene er basert på.

Prosjektet har vært rigid med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriteriene gjennom prosjektperioden. På bakgrunn av dette er det mulig å si noe mer konkret om resultatene enn det ville vært dersom pasientene var rekruttert på bakgrunn av ulike vurderinger.

### **3. Individuell psykologisk behandling av seksuallovbruddsdømte med antatt høy tilbakefallsrisiko**

#### **3.1 Kunnskapsgrunnlaget ved prosjektstart**

Kunnskapsgrunnlaget for behandling av seksuallovbruddsdømte er betydelig utviklet de siste tiårene (se f. eks. L. E. Marshall (2017) for en oppsummering – kap. 56). De fleste av dagens strukturerte former for seksuallovbruddsbehandling, vektlegger arbeid med dynamiske risikofaktorer. Eksempler på slike dynamiske risikofaktorer er en generelt dyssosial livsstil og orientering (fiendtlighet, fravær av empati, negative følelser, svak evne til selvregulering og problemløsning) kombinert med ulike seksuelle avviksproblemer.

Dagens vektlegging av strukturert behandling, og tydeligere fokus på empirisk dokumenterte risikofaktorer, er resultat av den historiske utviklingen på feltet. Det teoretiske grunnlaget er videreutviklet og tiltakene er forsøkt plassert inn i mer omfattende rehabiliteringsmodeller. Det ligger utenfor formålet med denne rapporten å presentere utviklingen i sin fulle bredde. Vi begrenser oss derfor til to tradisjoner som har hatt mer direkte innvirkning på utviklingen av den modellen som BASIS benytter seg av, Good Lives-modellen.

##### **3.1.1 Kort oppsummering av hovedtilnærminger i behandling av seksuallovbrudd**

Den første generasjonen av strukturert seksuallovbruddsbehandling, hentet inspirasjon fra «relapse prevention» (RP)-tradisjonen fra rusfeltet, og ble tilpasset behandling av seksuallovbruddsdømte av Pithers, Marques, Gibat og Marlatt (1983). RP-modellen omfatter kartlegging av overgrepssprosessen, identifikasjon av risikosituasjoner, og trening i ferdigheter for å unngå slike situasjoner og derigjennom avverge tilbakefall. Modellen er kritisert på flere punkter, særlig fordi den ikke rommer kompleksiteten i overgrepsatferd, og fordi den nærmest utelukkende fokuserer på unngåelse (avoidance) som håndteringsstrategi. Ward, Hudson og Keenan (1998) utviklet en alternativ modell, kalt selvreguleringsmodellen (SR). I denne beskrives overgrepsatferd tydeligere som resultat av en dynamisk prosess mellom individet (gjerningsperson) og miljøet han lever i. Kontekstens betydning spiller en større rolle; modellen illustrerer ulike veier til overgrep, og synliggjør dermed at overgrep kan være resultat av *ulike* overgrepssprosesser. Både RP- og SR-modellen forsøker å anskueliggjøre dynamiske aspekter ved overgrepsatferd ved å beskrive *overgrepssprosesser*. Ingen av modellene er behandlingsmodeller, og gir derfor lite veiledning til hvordan det terapeutiske arbeidet bør legges opp rent praktisk. For å gi rammer til hvordan kriminalitetsreducerende tiltak bør utformes, syntetiserte canadiske forskere på begynnelsen av 2000-tallet

eksisterende forskning i tre prinsipper, Risk-Need-Responsivity (RNR) (Andrews & Bonta, 2006; Bonta & Andrews, 2017):

- *risiko* – omhandler intensiteten i tiltaket; jo høyere tilbakefallsrisiko, desto mer intensive tiltak
- *behov* – definerer at tiltaket skal rettes mot dynamiske risikofaktorer, altså forhold som utgjør en dokumentert risiko for tilbakefall og som det er mulig å endre på, og
- *responsivitet/mottakelighet* – omhandler tiltakets utforming; tilnærmingene man velger må være egnet for den gruppen man har i behandling og tilpasses til den enkelte. Generelle prinsipper for god behandling, uavhengig av målgruppens spesielle kjennetegn, omfatter en varm, empatisk og støttende stil, og evne til å modellere prososial atferd og gi tilbakemeldinger på en ikke-dømmende måte

Etterlevelse av disse prinsippene har vist seg å bidra til redusert tilbakefall i ulike grupper, og for ulike kriminalitetsutfall, inkludert seksuallovbrudd (Bonta & Andrews, 2017; Dowden & Andrews, 2000; R. K. Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009; Lowenkamp, Latessa, & Smith, 2006).

### 3.1.2 Good Lives-modellen

RNR-baserte tilnærminger er kritisert for å være for lite orientert mot positive behandlingsmål, for lite opptatt av å bygge på den enkelte deltakers sterke sider og mestringserfaring, samt at den strukturerte formen ikke gir tilstrekkelig rom for nødvendige individuelle tilpasninger. Begrunnet blant annet i disse svakhetene, begynte utviklingen av alternative modeller, der GLM (Ward, 2002; Ward & Stewart, 2003) representerer det viktigste nyskapende bidraget (W. L. Marshall & Marshall, 2017).

GLM er en styrkebasert tilnærming, utviklet for å fremme pasientenes engasjement i kriminalitets-fokusert behandling (ivaretagelse av behovsprinsippet fra RNR). Økt engasjement forsøker man å oppnå ved å tilpasse intervensjonene og tiltakene til pasientens ressurser, fremtidige målsettinger, og grunnleggende verdier (ivaretagelse av responsivitetsprinsippet i RNR). Modellens utgangspunkt er at seksuallovbruddsdømte, som alle andre mennesker, er målrettede og orientert mot å tilfredsstille et sett grunnleggende, fellesmenneskelige behov. GLM-basert behandling har som to hovedmålsettinger: å redusere/håndtere risiko, og å bistå klienten/pasienten til å utvikle nødvendige kunnskaper, ferdigheter og ressurser for å oppnå personlig meningsfulle livsmål på måter som ikke skader andre. Behandlingen skal hele tiden balanseres slik at begge målsettinger nås.

Dysfunksjonelle strategier må erstattes av ferdigheter som kan brukes for å nå den enkeltes livsmål innenfor de konkrete rammene den enkelte skal løslates til, og integreres i den enkeltes identitet. Dynamiske risikofaktorer forstås som ytre eller indre hindringer mot å tilfredsstille grunnleggende behov, og representerer derfor helt sentrale behandlingstemaer. GLM gir konkrete føringer for hvilke prinsipper som ligger til grunn for behandlingen, og hvordan den konkret skal utformes, basert på en teoretisk forståelse av årsakssammenhengene bak seksuelle overgrep. GLM legger stor vekt på den terapeutiske alliansen og et fokusert samarbeid med pasienten om behandlingsmålene. Det er terapeutens oppgave å sørge for at behandlingsmålene etableres med utgangspunkt i en grundig utredning av den enkeltes dynamiske risikofaktorer, og en felles forståelse av deres individuelle relevans.

### **3.1.3 Konklusjoner av betydning for utviklingen av BASIS**

BASIS ble utviklet og planlagt høsten 2015, med utgangspunkt i følgende konklusjoner fra en grundig gjennomgang av eksisterende kunnskap på feltet (se også Høiland, 2018):

- a) det er solid empirisk støtte for tilbakefallsreducerende effekt av behandlingstiltak basert på anvendelse av (alle de tre) RNR-prinsippene.
  - samtidig viser det seg at etterlevelse av alle de tre prinsippene er mangelfull i praksis (Schmucker & Lösel, 2015). Det eksisterte altså ikke et praktisk eksempel på et «gullstandard» tilbud som ivaretok alle prinsippene og kunne implementeres i Norge.
  
- b) tilbakefallsrisikoen blant seksuallovbruddsdømte er generelt lav, men varierer betydelig innad i gruppen (R. K. Hanson, Thornton, Helmus, & Babchishin, 2016). Behandlingseffekten er størst for dem med høyest tilbakefallsrisiko (Schmucker & Lösel, 2015).
  - Det er en velkjent utfordring å få praksisfeltet til å akseptere at seksuallovbruddsdømte generelt har lav risiko for tilbakefall, men at risikoen varierer innad i gruppen (Yates & Kingston, 2016). Hva som er «tilstrekkelig intensitet» for et individualterapeutisk tilbud måtte beregnes på nytt, med hensyntagen til at eksisterende anbefalinger var beregnet for gruppebaserte tilbud. En generell definisjon på et tidsintensivt opplegg er at det legger beslag på 40 prosent av deltakernes tid mens det pågår, og varer i 3-9 måneder (Gendreau, Little, & Goggin, 1996). Olver og Wong foreslår følgende differensiering av intensitet: programmer med lav intensitet varer i 2-4 måneder (40-48 timer); programmer med moderat intensitet varer i 4-5 måneder (200-224 timer); og høyintensive programmer strekker seg over 7-9 måneder (420-480 timer) (Olver, 2017; Olver & Wong, 2017). På tidspunktet for

utvikling av BASIS forelå det ikke forskning som kunne omsettes til en entydig anbefaling av verken antall timer eller intensitet i individualbasert behandling av seksuallovbruddsdømte (R. K. Hanson & Yates, 2013).

- c) individuell behandling ser ut til å ha bedre effekt enn gruppebehandling (jfr. Schmucker & Lösel, 2015).
- de aller fleste tilbud til seksuallovbruddsdømte gjennomføres som gruppebaserte programmer i fengsel, unntaksvis med tilhørende individuell oppfølging. Dette gjelder både i Norge og internasjonalt, og har blant annet ressursmessige årsaker. Schmucker & Lösel's (2015) resultater viste at tilnærminger som var helt eller delvis individualisert, ga betydelig lavere tilbakefall. BASIS ble derfor planlagt som en individuelt tilrettelagt behandling, gjennomført individuelt, i tråd med eksisterende kunnskapsgrunnlag.
- d) GLM representerer en lovende videreutvikling av det teoretiske og praktiske kunnskapsgrunnlaget og et nødvendig tilskudd til den risikoorienterte tilnærmingen til behandling.
- Kunnskapsgrunnlaget på tidspunkt for planlegging av BASIS tilsa at det var behov for nye tilnærminger til behandling av seksuallovbruddsdømte, for å øke effekten utover det en kunne oppnå ved å etterleve RNR-prinsippene. GLM representerte en helhetlig og teoretisk velfundert modell, med potensiale til å kunne være en slik ønsket videreutvikling.
- e) GLM kan særlig være anvendelig overfor personer med liten motivasjon for å delta i behandling, slik vi må anta er tilfellet med mange personer i gruppen med høyest tilbakefallsrisiko.
- En del av utgangspunktet for kriminalomsorgens ønske om bistand fra helsetjenesten til arbeidet med seksuallovbruddsdømte, var utfordringene knyttet til innsatte som ikke ønsket å delta i kriminalomsorgens egne tiltak (der slike fantes), og heller ikke selv søkte helsehjelp. Det var med andre ord eksplisitte utfordringer knyttet til en gruppe seksuallovbruddsdømte som fremsto som lite motivert til å delta i eksisterende kriminalitetsspesifikke rehabiliteringstilbud. Kunnskapen rundt betydningen av systematisk motivasjonsarbeid fremsto som best utviklet innenfor et GLM-perspektiv (se f. eks. Prescott & Wilson, 2013).
- f) det er vanskelig å få til en fullverdig GLM-tilnærming ved tilpasning i eksisterende program-/behandlingstiltak (jfr. Willis, Ward og Levenson, 2014).
- GLM er en helhetlig, teoretisk fundert tilnærming, ikke en frittstående motivasjonsmodul som kan legges til i tiltak med et annet utgangspunkt.

For å sikre en optimal utnyttelse av det kvalitativt nye i GLM, ble det derfor bestemt å utvikle et nytt tilbud, med GLM som den sentrale bærebjelken helt fra starten.

### 3.2 Pasientkjennetegn

Det er viktig å presisere innledningsvis at pasientene i BASIS er få, og representerer et høyst selektert utvalg. Informasjonen som fremkommer om deres kjennetegn gir derfor ikke grunnlag for å trekke generelle konklusjoner med gyldighet utover denne gruppen.

Tabellen nedenfor (tabell 2) viser en forenklet fremstilling av hvordan de 18 mannlige pasientene skåret på de enkelte risikofaktorene i STATIC-99R. Tabellen viser at mange av pasientene har en omfattende kriminalitetshistorikk.

#### *Fordeling på de ulike STATIC-99R-risikofaktorene blant mannlige pasienter (n=18):*

Ledd	Risikofaktor	Ja	Nei
1*	Alder ved (antatt) løslatelse <35 år?	10	8
2	Levd i samboerforhold i minst 2 år?	6	12
3	Domfellelse for ikke-seksuell vold i indeks-dom?	10	8
4	Tidligere domfellelser for ikke-seksuell vold?	6	12
5*	Tidligere siktet eller domfelt for seksuallovbrudd?	10	8
6	Fire eller flere tidligere domfellelser (ekskl. indeks)?	6	12
7	Noen domfellelser for ikke-kontakt-seksuallovbrudd?	10	8
8	Noen ofre uten slektskap med domfelte?	17	1
9	Noen fremmede ofre?	9	9
10	Noen mannlige ofre?	7	11

\*Ledd 1 og 5 har fire skåringsalternativer, men er her forenklet og gjort dikotome

Tabell 2

Det overordnede bildet av pasientene som har deltatt i BASIS, er videre at de er en gruppe preget av sosioøkonomiske ressursmangler og oppvekstproblemer (kort skolegang, mobbing, tap av foreldre). De fleste hadde ikke hatt fast arbeid før fengsling, og kun en av pasientene var i et parforhold ved behandlingsstart. Et stort flertall av pasientene (16 av 20) hadde vært i behandling i psykisk helsevern. Flere av disse beskrev utrygg behandlingsallianse og korte behandlingsforløp.



### 3.2.1 Det diagnostiske bildet

Pasientene har vært utredet i henhold til ordinær prosedyre i psykisk helsevern, hvor kartlegging av eventuelle psykiatriske diagnoser inngår som et viktig element. Det er imidlertid viktig å understreke at psykiske lidelser ikke representerer årsaker til seksuallovbrudd. Når vi likevel presenterer det diagnostiske bildet i pasientgruppa, er det fordi de psykiatriske diagnosene i noen tilfeller representerer tilleggsbelastninger som er relevant for behandlingen og hvordan den tilpasses den enkelte pasient.

Personlighetsforstyrrelser (9 av 20) og ruslidelser (9 av 20) preger det diagnostiske bildet, men utviklings- og atferdsforstyrrelser (6 av 20) er også representert i pasientgruppen.

Dyssosial personlighetsforstyrrelse, som blant annet kjennetegnes av likegyldighet for andres følelser, er den hyppigst forekommende personlighetsforstyrrelsen blant fengselsinnsatte generelt (Cramer, 2014). Blant BASIS-pasientene var det imidlertid flere som oppfylte kriteriene for diagnosen emosjonelt ustabil enn dyssosial personlighetsforstyrrelse. Ytterligere to pasienter var tidligere diagnostisert med dyssosial personlighetsforstyrrelse, men oppfylte ikke lenger diagnosekriteriene, selv om de fortsatt hadde dyssosiale trekk. Dyssosial og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse tilhører samme gruppe («cluster B» i hht. DSM-IV), basert på likheter i symptomer og alvorlighetsgrad. Gruppe B (cluster B), som rommer seks av de ni BASIS-pasientene med personlighetsforstyrrelse, betegnes som alvorlige personlighetsforstyrrelser. At disse er hyppigst forekommende blant seksuallovbruddsdømte, er i tråd med internasjonale funn (Moulden & Marshall, 2017).

Pasientene var i liten grad plaget av symptomidelser, med unntak av gruppen med ruslidelser. Disse pasientene hadde vanskelig for å akseptere at deres forhold til rus skulle oppfylle kriteriene for en diagnose. De uttrykte allikevel at de ikke ville begått seksuelle lovbrudd hvis de ikke hadde vært ruset, og anså at rus hadde hindret dem fra å leve det livet de ønsket.

Seks av pasientene (30 %) hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten, og de fleste av disse hadde selv barn som ofre.

Av de 11 deltakerne som var domfelt for overgrep mot barn, var tre diagnostisert med pedofili og tre med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Blant de øvrige var det tre pasienter som oppfylte kriteriene for utviklingsforstyrrelse. Det er kjent i faglitteraturen at utviklingsforstyrrelser er overrepresentert i gruppen med høy risiko for tilbakefall til seksuallovbrudd (se f. eks. Lindsay, 2002). Til tross for at behandlerne i BASIS-prosjektet hadde bred fengselspsykiatrisk erfaring, var dette ny kunnskap for dem. Det er grunn til å tro at dersom pasientinkludering hadde vært basert på kliniske vurderinger av risiko, og ikke på statistiske faktorer, ville det vært fare for at pasienter

med utviklingsforstyrrelser ikke hadde blitt prioritert for behandling.

### **3.2.2 Relasjoner og sosiale nettverk**

Pasientene i BASIS-prosjektet hadde samlet sett svært begrensede sosiale nettverk. Mange hadde mistet sitt nettverk i forbindelse med at de ble dømt for seksuallovbrudd og de bekymret seg for hvordan de ville bli møtt av sine omgivelser når de ble løslatt. 13 av 20 pasienter hadde begått seksuallovbrudd overfor personer de kjente, og mange hadde mistet kontakten med dem som en gang stod dem nær. 5 av 20 pasienter hadde barn, hvorav én hadde voksne barn. Tre hadde mistet samværsretten med barna, og bare én av pasientene hadde jevnlig kontakt med sine barn. Videre hadde mange av pasientene sitt sosiale nettverk i det som må kunne beskrives som kriminelle miljøer. Ofte hadde de relasjonsmønstre som kunne gjøre det vanskelig å etablere trygge, gjensidige og positive sosiale relasjoner.

### **3.2.3 Pasientene sammenliknet med seksuallovbruddsdømte generelt**

Hvordan stemmer informasjon som fremkommer over om pasientene i prosjektet overens med vår kunnskap om kjennetegn ved seksuallovbruddsdømte generelt, slik den er beskrevet i en norsk kontekst? Det vi har av kunnskap om bakgrunnskjenntegn ved seksuallovbruddsdømte i Norge, gir ikke et entydig bilde.

I en analyse av levekårsundersøkelsen blant innsatte, sammenliknet Nøttestad, Bjørngaard og Rasmussen (2012) seksuallovbruddsdømte med resten av utvalget. Resultatene viste at seksuallovbruddsdømte hadde færre oppvekstproblemer, mindre problemer i arbeidslivet, og færre rusproblemer enn andre innsatte, altså en mindre ressurs svak bakgrunn. Jensen, Garbo, Kleive, Grov og Hysing (2016) undersøkte bakgrunnen til unge gutter henvist til spesialisthelsetjenesten på grunn av skadelig seksuell atferd, og fant at et flertall også hadde andre atferdsproblemer, sosiale vansker generelt, og levde i familier med omfattende vansker utover det overgrepsspesifikke. Jensen og kolleger rapporterte at andelen som selv hadde vært utsatt for (seksuelle) overgrep, var relativt lav (ca. 10 %). En betydelig andel hadde kognitiv fungering i nedre del av normalområdet. Friestad og Skardhamar (2016) undersøkte kriminalitetshistorikken til voldtekstdømte menn basert på registerdata. Resultatene viste at gruppen gjennomgående hadde en mer kriminelt belastet fortid og dårligere sosioøkonomiske ressurser enn gruppene de ble sammenliknet med. Ingen av undersøkelsene gir grunnlag for å trekke konklusjoner om hva som er den «vanligste» bakgrunnen til seksuallovbruddsdømte generelt. Resultatene understreker snarere

heterogeniteten i denne gruppen lovbruddsdømte. Det kan se ut som generelle utvalgsundersøkelser basert på frivillig deltakelse, rekrutterer en mer ressurssterk del av de seksuallovbruddsdømte, mens selekterte kliniske utvalg (som BASIS-pasientene) og undersøkelser som inkluderer alle i en gitt kohort (f. eks alle registrerte seksuallovbruddsdømte i en gitt periode), i større grad preges av personer med de samme ressurs svakhetene vi kjenner fra innsattpopulasjonen generelt. BASIS-pasientene fremstår generelt med lavt funksjonsnivå, og stemmer ikke overens med den allmenne oppfatningen av at seksuallovbrudd begås av den velfungerende naboen, som har familie og er i arbeid.

Tilstedeværelsen av alvorlig psykisk lidelse kan forvanske rehabiliteringen og påvirke risikoen for tilbakefall, uten at det nødvendigvis er noen årsaksmessig sammenheng mellom seksuallovbrudd og psykisk lidelse (jfr. Moulden & Marshall, 2017). Blant BASIS-pasientene viste det seg å være et bredt diagnostisk spekter, og det er derfor relevant å se på anvendeligheten av den valgte behandlingstilnærmingen for pasienter med psykiske lidelser. Ifølge Gannon, King, Miles, Lockerbie og Willis' (2011) kasusbaserte undersøkelse av et gruppebasert tilbud til dømte med psykiske lidelser, virket GLM-rammene motiverende for pasientene og førte til bedring, til tross for sammensatte og kompliserte behov. For pasientene med svakest kognitiv fungering og/eller der kriminaliteten ikke var direkte knyttet til oppnåelse av grunnleggende behov, var det imidlertid behov for ekstra innsats fra behandlerne for å synliggjøre koblingen mellom GLM-modellen og egne seksuallovbruddsrelaterte risikofaktorer. Undersøkelsen tydeliggjør behovet for individuell oppfølging, og kan slik indirekte gi støtte til at BASIS-prosjektets individuelt tilrettelagte og gjennomførte behandling også egner for seksuallovbruddsdømte med psykiatrisk tilleggsproblematikk.

### **3.2.4 De kvinnelige pasientene**

De to kvinnelige pasientene som har deltatt i prosjektet, ble inkludert uavhengig av risikonivå, fordi verken STATIC-99R eller andre liknende risikovurderingsinstrumenter er validert for kvinner. Kvinnene ble inkludert av kunnskapsutviklingshensyn. Det er få kvinnelige seksuallovbruddsdømte og kunnskapen på feltet er begrenset. Av tre aktuelle kvinnelige seksuallovbruddsdømte, takket to ja til utredning og behandling. Kvinnene ble på samme måte som mennene utredet for symptomlidelser og personlighetsproblematikk. Videre ble kvinnenes verdier og mål utredet i tråd med GLM.

STABLE-2007(se punkt 3.3.3) er heller ikke validert for kvinner. Prosjektet valgte likevel å bruke dette risikovurderingsverktøyet med de kvinnelige pasientene for å gi behandlere og pasienter et språk for å tilnærme seg lovbruddene og for å kartlegge hvordan pasientenes risikofaktorer kunne være hindringer i deres Good Lives-plan.

### **3.3 Behandlingens innhold og utforming**

Etter screening og kriminalomsorgens henvisning basert på screeningresultat har det som nevnt blitt gjennomført motivasjonssamtaler eller avklaringsamtaler med den innsatte. Deretter har psykolog i BASIS-prosjektet skrevet et notat som henvisning til behandling. Henvisningen har blitt rettighetsvurdert av spesialist i psykologi eller psykiatri ved Fængselspsykiatrisk Poliklinikk.

I BASIS-prosjektet har man tilstrebet å følge opp pasientene ukentlig. All utredning og behandling av pasienter har foregått individuelt.

#### **3.3.1 Somatisk avklaring**

Overlege/psykiater har hatt konsultasjon med alle pasienter i BASIS-prosjektet. Dette har sikret en medisinskfaglig vurdering i alle saker, i tillegg til en tverrfaglig vurdering av diagnose og behandling. Der det har vært indikasjon for utredning av genetisk betingede tilstander har psykiater henvist pasientene til utredning, mens somatiske problemstillinger har vært tatt opp med allmennlege i fængselshelsetjenesten. I de pasientsaker der det har vært behov for medikamentell behandling har medikasjonen vært forskrevet av lege i fængselshelsetjenesten.

#### **3.3.2 Samarbeid med pårørende**

Når noen dømmes for seksuallovbrudd, vil det ofte ha store konsekvenser også for familien. FFP har de siste årene hatt en betydelig økning i henvendelser fra pårørende til seksuallovbruddsdømte. Problemstillinger de tar opp er ofte knyttet til skyld og skam, lojalitet, hvem de skal tro på, hvordan snakke med barn i familien om saken, samvær med barn, problematiske familierelasjoner og lignende. Mange bekymrer seg for fremtiden og er opptatt av hvordan familiemedlemmet har det i fængsel og om han eller hun kan få behandling.

Det er viktig å tenke helhetlig i møte med pasienter, og pårørende bør få mulighet til å involveres dersom det kan være hensiktsmessig og pasienten ønsker det. GLM-modellen fokuserer på å redusere muligheten for tilbakefall gjennom å bidra til at den dømte kan få et godt og tilfredsstillende liv uten kriminalitet. Denne tilnærmingen sammenfaller ofte med pårørendes ønsker. Pårørende kan bidra til å gi håp – de kjenner personen fra

en annen side enn det som er knyttet til lovbruddet, og kan bidra til å hjelpe innsatte til å se egne ressurser og muligheter, og gi håp om at de har noe(n) å komme tilbake til etter soning.

Helsetjenesten har plikter overfor pårørende. I BASIS har man vurdert om og på hvilken måte pårørende kan være en ressurs/ha en rolle. I Helsedirektoratets veiledere om pårørendes rettigheter og om barn som pårørende gis helsepersonell i den psykiske helsetjenesten et ansvar for å inkludere pårørende som aktører i behandlingen der pasientene samtykker til det. Krav til å undersøke om, og gjennom meldeplikten til barnevernet sikre at, pasienters barn er ivaretatt står sentralt.

### **3.3.3 Behandlingsforberedelse og utredning**

BASIS baserte seg på en begrunnet antakelse om at målgruppen, med en forhøyet risiko for tilbakefall til nye seksuallovbrudd, ville ha svak motivasjon for endring (Drapeau, Korner, Granger, Brunet, & Caspar, 2005; W. L. Marshall, Thornton, Marshall, Fernandez, & Mann, 2001). De innledningsvise avklaringsamtalene ble derfor brukt til å avstemme mål og motivasjon for endring. To psykologer var til stede under avklaringsamtalene.

Etter avklaringsamtalene gikk man over til innhenting av anamnese og utredning, før oppstart av behandling. Anamneseopptak, utredning og behandling ble gjennomført med en av to psykologer i prosjektet. BASIS-prosjektet har vært en del av spesialisthelsetjenesten og utredet pasientene i henhold til ordinær prosedyre for psykisk helsevern. Alle pasientene ble screenet for symptomlidelser med MINI<sup>6</sup>, og for personlighetsforstyrrelser med SCID-II<sup>7</sup>. Andre standardiserte utredningsverktøy er brukt ved behov.

Neste utredningsfase fokuserte på pasientens dynamiske risikofaktorer. Opprinnelig diskuterte prosjektgruppen muligheten for å bruke SVR-20 til dette formålet, men blant på grunn av forsinkelser i utviklingen av revidert versjon (SVR-20 V2) falt valget på risikovurderingsverktøyet STABLE-2007. Informasjonen som kommer frem ved bruk av STATIC-99R og STABLE-2007 er ment å kunne ses i sammenheng for en mer helhetlig risikoprofil. Kombinasjonen av den enkeltes skåre på STATIC-99R og STABLE-2007 gir en indikasjon på den enkeltes overordnede tilbakefallsrisiko (Eher, Matthes, Schilling, Haubner-Maclean, & Rettenberger, 2012), og dermed et utgangspunkt for videre prioritering. Samtidig er det slik at over halvparten av personene med høy og veldig høy risiko basert på kombinert skår med STATIC og STABLE ikke begår nye seksuallovbrudd innen 5 år (Fernandez, Harris, Hanson, & Sparks, 2014). En ledende hypotese har vært at beskyttelsesfaktorer kan være en vesentlig grunn til at personer i høyrisikogruppen ikke begår nye seksuallovbrudd (Willis, Thornton, Kelly, & de Vries Robbé, 2018). SAPROF er

---

<sup>6</sup> Screening-instrument utviklet for utredning av psykiske lidelser

<sup>7</sup> Diagnostisk intervju for utredning av personlighetsforstyrrelser

et verktøy som kartlegger beskyttende faktorer mot å begå voldskriminalitet, men ikke spesifikt seksuallovbrudd. Resultater tyder på bedre prediksjon hvis man kombinerer STATIC, STABLE og SAPROF. I BASIS-prosjektet begynte man å bruke dette verktøyet. Samtidig har det internasjonalt pågått arbeid for å utvikle en versjon som retter seg spesifikt mot beskyttende faktorer ved seksuallovbrudd, SAPROF-SO (Willis et al., 2018). BASIS-prosjektet begynte mot slutten av prosjektperioden å bruke SAPROF-SO, og prosjektmedarbeiderne er involvert i den internasjonale utprøvingen av dette instrumentet.

I utredningsfasen av GLM søker man å finne sammenhengen mellom hva pasienten anser som viktig i sitt liv og de seksuelle lovbruddene som ble begått. For noen kan lovbruddet ha vært et forsøk på å dekke behovet for relasjon og nærhet, mens andre kan ha søkt kontroll og autonomi. I GLM er utgangspunktet at seksuallovbruddene ble begått fordi personen ikke hadde muligheten eller evnen til å tilegne seg goder som var viktig for vedkommende på andre måter. Behandlingen i GLM retter seg mot hvordan pasienten kan få disse behovene dekket, slik at risiko for lovbrudd blir redusert. GLM-tilnærmingen har som nevnt integrert prinsipper fra RNR hvor risikoleddene i STABLE-2007 anses som hindringer for å oppnå det pasientene verdsetter i livet.

Et særtrekk ved behandlingen i BASIS-prosjektet har vært at behandlerne har fulgt pasientene der de måtte befinne seg. Det vil si at behandlingen ble kontinuert hvis pasientene flyttet fra lukket til åpent fengsel, videre til oppfølging i friomsorgen, og etter at vilkårene i dommen var avsluttet. Det styrende elementet for å avslutte behandling har vært vurdering av risiko for tilbakefall.

## **3.4 Erfaringer med BASIS-prosjektets behandling**

### **3.4.1 Behandlernes erfaring**

#### *Pasientenes motivasjon*

Prosjektet har ansett motivasjon for endring som noe som kunne bygges opp gjennom behandlingen, og avklaringsamtalene som et viktig første skritt i dette arbeidet. For majoriteten av pasientene var det tilstrekkelig med et par samtaler. En av pasientene ble det imidlertid gjennomført ni avklaringsamtaler med (se punkt 2.3.3). Han var den eneste som ble vurdert som «ikke motivert» i løpet av avklaringsamtalene, og han ble ikke tatt med videre inn i utredning og behandling.

Faglitteraturen har vedvarende pekt på at pasienter som faller ut av behandling har forhøyet risiko for tilbakefall (R. K. Hanson & Bussière, 1998). Det har derfor vært et viktig delmål å gi stor grad av individuell tilpasning for å holde de inkluderte pasientene i behandling. En pasient avslo for eksempel først behandling i avklaringsamtalene, men

ønsket senere behandling, og ble da tatt inn i prosjektet igjen. Utover i forløpet ble det klart for behandlerne at motivasjon for endring var en utfordring for mange av pasientene. Noen mente de kun hadde gjort deler av lovbruddene de var dømt for. Mange hadde tanker om at utredning av risikofaktorer ville bli brukt mot dem i forbindelse med søknad om løslatelse. Andre uttrykte at standardiserte verktøy for å kartlegge psykisk helse og risikofaktorer medførte et negativt fokus, som de ikke opplevde helsefremmende. Noen hadde generelt problemer med å stole på andre, og forventet at omgivelsene ikke ville dem godt. Samlet sett er prosjektets erfaringer i overensstemmelse med faglitteraturen som fremhever at motivasjon er en utfordring i gruppen med høyest tilbakefallsrisiko. Erfaringen i BASIS-prosjektet har allikevel vært at til tross for varierende motivasjon, har pasientene møtt til behandling, og ingen har avbrutt behandlingsforløpet. GLM har vært et godt rammeverk for å holde pasienten motivert for behandling og for å bygge allianse. Den positive tilnærmingen og fokuset på hva pasienten ønsket å oppnå i livet, har vært til vesentlig hjelp for behandlerne for å unngå å møte pasientenes sviktende motivasjon med irritasjon, emosjonell tilbaketrekning eller subtil avvisning. I en vanlig poliklinikk, med stort press for å ta inn nye pasienter, kan man se for seg at pasienter med en slik sviktende motivasjon lett kunne blitt avsluttet.

### ***Utredning***

Alle pasientene i prosjektet samarbeidet om utredningen, men mange uttalte frykt for å bli diagnostisert med en dyssosial personlighetsforstyrrelse. De viste til erfaring fra at en slik diagnose kunne skape problemer for dem i forbindelse med søknad om løslatelse.

Det diagnostiske bildet var som nevnt preget av høy forekomst av alvorlig personlighetsproblematikk. Tendensen var også at pasientene hadde flere psykososiale problemer enn hva man kan finne i normalbefolkningen. Selv om det av kunnskapsutviklingshensyn hadde vært ønskelig med et høyere antall pasienter enn 21, har behandlerne til tider opplevd pasientantallet som for høyt når de samtidig skulle lære behandlingsmodell og utredningsverktøy. Behandlerteamet har opplevd et særlig ansvar for å gjennomføre detaljert utredning i et prosjekt hvor bestillingen nettopp var å øke kunnskap gjennom systematisk kartlegging. Det var sannsynlig at utredningen ikke bare ville bli brukt i behandlingsøyemed og kunnskapsutvikling, men også i rettslig sammenheng, særlig for de elleve pasientene som sonet forvaringsdom. Seksten av pasientene hadde tidligere hatt behandling i psykisk helsevern, og det var ofte behov for å avklare og revurdere diagnostiske problemstillinger. Det gjorde utredning komplisert og til dels langvarig. Samtidig oppsto det ofte vanskelige hendelser i pasientenes liv, som måtte prioriteres foran strukturert utredning. Når man driver spesialisert behandling kun rettet mot pasienter med forhøyet tilbakefallrisiko for nye seksuallovbrudd, vil arbeidet med pasienten være så omfattende at man ikke kan forvente at hver behandler

kan ha like mange pasienter som på en vanlig allmennpsykiatrisk poliklinikk.

### ***Risikovurdering som del av utredningen***

De fleste pasientene var skeptiske til å gjennomgå risikovurdering, basert på tidligere erfaring (i forbindelse med spørsmål om forvaring eller søknad om prøveløslatelse). Denne delen av utredningen ble derfor gjennomført et stykke ut i behandlingen når alliansen var etablert. Behandlerne understreket at resultatene skulle brukes i behandlingsøyemed, for å identifisere faktorer som kunne hindre pasienten i å oppnå det som var viktig i deres liv. Til tross for innledende skepsis, samarbeidet pasientene godt om risikoutredningen, og erfaringen er at de opplevde det som nyttig med tilbakemelding på risikofaktorer når de ble presentert som hindringer for å oppnå goder de anså som viktige i eget liv. STABLE-manualen har vært til hjelp ved at den har gitt et språk som har lagt til rette for å reflektere og skape en dypere forståelse av den enkelte pasients risikofaktorer. Risikovurderingen har imidlertid tatt langt mer tid enn de 90 – 120 minuttene manualen stipulerer. Mengdetrening vil muligens medføre at man kan korte ned tidsbruken. Samtidig er det rimelig å anta at tidsbruken må og bør være lengre når man bruker verktøyet som ledd i behandling, og ikke kun for å vurdere risiko.

For å kunne skåre STABLE-2007 er man avhengig av tilgang til pasientens straffesakshistorikk. BASIS innhentet systematisk pasientenes samtykke til slik informasjonsinnhenting, men erfarte at det tok tid å bygge opp en rutine for samarbeid med kriminalomsorgen for å få tilgang på dommene. Samtidig er ikke slike dokumenter tilstrekkelig for å gjøre gode vurderinger. Erfaringen med bruken av STABLE-2007 har vært at inngående kunnskap om pasienten er nødvendig for å fange opp de individuelle risikofaktorene. Det ble tydeliggjort i ett tilfelle der koterapeut gjennomførte STABLE-2007 i primærbehandlers fravær. Pasienten svarte kort på spørsmålene og var stresset. Uten nødvendig bakgrunnskunnskap om pasienten, måtte koterapeut skåre ut fra pasientens umiddelbare svar, og det var vanskeligere å sette risikofaktorene opp mot aktuelle hendelser pasienten hadde tatt opp i behandlingen. Motsatt kan man se for seg at man som behandler får en allianse som kan gjøre det vanskelig å være objektiv når man skal vurdere risiko, og at man systematisk inntar en for positiv holdning (Fernandez et al., 2014). Manualen har vært til hjelp for ikke å undervurdere risiko eller innta en naiv og overdrevet positiv holdning til fremtiden.

Som nevnt gir STATIC-99R en totalskåre på mellom -3 og 12. Blant pasientene i BASIS var 8 den høyeste skåren som ble gitt. Kun én pasient skåret så høyt, de øvrige lå mellom 4 og 7. Pasienten med skåre 8 var den eneste som ble plassert i området «veldig høy risiko» etter at statiske og dynamiske risikofaktorer ble sett i sammenheng ved å kombinere skårene på STATIC og STABLE. Over halvparten av pasientene fikk en kombinert skåre i området «høy risiko», mens fire pasienter befant seg i området «moderat-høy risiko». Kun én pasient ble vurdert



til å ha «moderat-lav risiko» etter kombinasjon av STATIC og STABLE. Han var en av de første som ble avsluttet, da kriteriet om antatt høy tilbakefallsrisiko ikke lenger var til stede.

Prosjektet la i utgangspunktet opp til å bruke STABLE for å følge endring i risiko i løpet av behandlingen. Dette ble ikke gjennomført fordi det opplevdes som lite hensiktsmessig bruk av tid. Nyten av STABLE var størst med hensyn til å identifisere mål og holde fokus i behandling. Erfaringen med SAPROF-SO og dette verktøyets fokus på beskyttende faktorer ble godt tatt i mot av pasientene, og var mer i tråd med den positive tilnærmingen i GLM.

Det er viktig å understreke at STABLE-2007 er validert for innsatte som nærmer seg løslatelse. I BASIS-prosjektet har det vist seg at flere har fått forlenget forvaringsperioden, og at løslatelse således først vil kunne være aktuelt mange år frem i tid. Med utsikter til langvarig soning i lukket fengsel har det vært utfordrende å se for seg hvordan pasientene kan oppnå sine mål og verdier. Også til dette formålet har den eksterne veiledningen vært av avgjørende betydning for implementering av GLM, for hvordan man kunne gå videre for å hjelpe pasienten til å finne veier for å oppnå det de verdsatte på en prososial måte innenfor rammene av et lukket fengsel.

### ***Behandling***

GLM bygger som nevnt på en grunnantakelse om at seksuallovbruddsdømte, akkurat som andre mennesker, er målorienterte, og søker de samme grunnleggende verdiene i livet som andre. I første del av behandlingen i BASIS-prosjektet forsøkte behandlerne å utforske hva som har vært viktig i pasientens liv. Etter hvert som alliansen ble sterkere utforsket man hvordan de godene pasienten vektla i livet forholdt seg til lovbruddene vedkommende hadde begått. En pasient hadde for eksempel få eller ingen venner, men vektla relasjon høyt. Han følte velbehag da han fikk være med tenåringsgutter og -jenter, og innledet seksuelle forhold til mindreårige. Hans plan var i utgangspunktet ikke å begå lovbrudd, og han forsøkte å spøke bort seksuelle uttalelser fra mindreårige. Han visste at seksuell omgang med mindreårige var ulovlig, men klarte til slutt ikke stoppe seg selv fra å begå seksuelle lovbrudd. Dette indikerte at selvregulering var et problem for pasienten. Dynamisk risikovurdering viste at pasienten hadde problemer med selvregulering på mange områder i livet, som for eksempel økonomi. Han hadde latt sin nærmeste venn ta ansvar for økonomien. Vennen truet med å gi ham opp som venn, hvis pasienten igjen rotet det til økonomisk eller fortsatte å pleie kontakt med mindreårige. Med den aktuelle pasienten ble det jobbet med selvregulering. Pasienten reagerte ofte med sosial isolasjon når han opplevde at han ikke ble hørt eller sett. Han drev da gjerne med selvskading, i form av å dunke hodet i veggen eller stikke seg med spisse gjenstander. Det ble brukt teknikker fra Motiverende intervju (MI) for å utforske pasientens ambivalens mellom å vektlegge autonomi og relasjon, og samtidig reagere

med isolasjon og selvdestruktiv atferd. Sistnevnte ledet ofte til at andre tok kontrollen fra ham. Kognitive atferdsteknikker ble benyttet for å vise hvordan pasienten kunne håndtere situasjoner som ledet til selvskading. Den aktuelle pasienten hadde tidligere forsøkt behandling, men ikke opplevd seg sett, og hurtig avsluttet behandling. Han møtte derimot fast til behandling i BASIS-prosjektet, og uttalte ønske om behandling også etter løslatelse.

Sammen med hver enkelt pasient er det blitt utarbeidet en Good Lives-plan (GLM-plan) med oversikt over mål, midler for å nå dem, potensielle hindringer og strategier for å overvinne disse hindringene. I tråd med GLM har det samtidig vært fokus på å hjelpe pasientene med det som til enhver tid plager dem. Prinsipper fra andre behandlingsformer har blitt trukket inn ved behov. Behandlerne vurderer det dithen at GLM som overbyggende tilnærming har egnet seg for å møte spredningen i problematikk blant pasientene. Det har vært en fordel at GLM-tilnærmingen har et bredt perspektiv, da pasientene med høyere risiko for tilbakefall viste seg å ha lavt funksjonsnivå og problemer på mange områder i livet. Et fokus på kun dynamiske risikofaktorer og hvordan pasientene kunne unngå nye seksuelle lovbrudd ville vært et for snevert fokus til å kunne legge til rette for at de kunne oppnå de godene de søkte i livet. Behandlingens fokus på de tingene pasientene til enhver tid var plaget av har vært med på å styrke allianse og motivasjon, og hindret frafall. Den teoretiske overbygningen i GLM, med fokus på å identifisere verdier i pasientens liv og hvordan disse hang sammen med lovbruddene har lagt til rette for at behandlerne har kunnet opprettholde en faglig nysgjerrighet og emosjonell distanse, heller enn å vekke avsky eller hindre refleksjon.

### ***Samarbeid med pårørende og sosialt nettverk***

I BASIS prosjektet ble også pasientenes sosiale nettverk og relasjoner kartlagt ved hjelp av STABLE-2007. Her deles pasientens nettverk inn i negative, nøytrale og positive relasjoner. For at en person skal kunne ha en innvirkning på pasienten må de møtes ofte nok til at personen skal kunne påvirke. Negative relasjoner fremmer kriminalitetsstøttende holdninger og legger til rette for risikoatferd, samt svekker pasientens evne til selv å ta kontroll i sitt liv. Positive relasjoner, som ikke selv har rusproblematikk eller kriminell atferd, kan fremme prososiale holdninger og atferd.

I tråd med GLM ble behandlingen rettet mot hvordan pasientene kan oppnå sine mål blant annet med tanke på godene «relasjon/venner» og «tilhørighet til en gruppe». GLM er imidlertid i hovedsak individfokuseret og sier ikke noe om hvordan man skal arbeide med systemene omkring pasientene. Lovbruddene skjer dog alltid i en kontekst, og trolig vil man kunne redusere risiko for tilbakefall ytterligere ved også å arbeide med personer pasienten har rundt seg, inkludert pårørende og venner. Mot slutten av prosjektet brukte behandlerne SAPROF-SO for å kartlegge beskyttende faktorer.

Erfaringen var at pasientene opplevdes som mer motivert for arbeidet med GLM-planen når sosialt nettverk ble omtalt som en beskyttende faktor, snarere enn som en risikofaktor.

I de få tilfellene behandler var i kontakt med pasientenes pårørende var de positivt innstilt til behandlingen og ga nyttig informasjon i forbindelse med utredning. Samtidig er erfaringen fra BASIS at mange av pasientene ikke hadde pårørende de så det som naturlig å kontakte eller involvere. I de tilfellene det fantes slike, ønsket pasientene ofte ikke å involvere dem. Av disse årsakene forsøkte behandlerne kun i et fåtall saker å opprette kontakt og samarbeid med pårørende. I ett tilfelle avslø pårørende kontakt med behandler etter at pasienten hadde samtykket til å involvere dem. I et annet tilfelle trakk pasienten seg fra møtet som var planlagt med behandler og pårørende. Den begrensede kontakten mange hadde med sine pårørende er bekymringsfull, spesielt med tanke på at manglende sosialt nettverk er en risikofaktor for tilbakefall til nye seksuallovbrudd mens positiv sosial påvirkning kan ha en beskyttende effekt (W. L. Marshall et al., 2001; Willis & Grace, 2009).

### ***Veiledning***

Det brede perspektivet med å hjelpe pasientene til å oppnå det som måtte være viktig for dem og muligheten for å trekke inn ulike behandlingsprinsipper, medførte at behandlingsforløpene så forskjellige ut for hver pasient, og mellom behandlerne. Det gjorde tidvis psykologene i prosjektet usikre på om egen behandling var i tråd med GLM. Usikkerheten gjenspeilet seg i lange journalnotater, hvor for eksempel pasientenes hverdagslige aktiviteter ble nedtegnet for å belyse hvilke verdier pasienten anså som vesentlige. Den månedlige veiledningen har vært avgjørende for å sikre at behandlingen har vært tro mot prinsippene i GLM. Veiledernes lange erfaring med GLM var til stor hjelp for å identifisere hva den enkelte pasient verdsatte i livet, hva som hindret dem fra å oppnå det de ønsket, og hvordan man kunne forstå pasientens verdier i sammenheng med lovbruddene. De kunne tilby verktøy egnet til å lette prosessen, samt henviser til relevant litteratur som beskrev problemstillingene.

### ***Noen praktiske utfordringer***

De fleste av de praktiske utfordringene behandlerteamet har støtt på i prosjektperioden kan ses i sammenheng med den ambulerende arbeidsformen. Blant annet har rettsdokumenter og annen sensitiv informasjon om pasientene, som er viktig å ha tilgang på i deler av utredning og behandling, måttet være nedlåst i arkivskap på FPP eller KPS. Med flere reisedager i uken betyr det at disse dokumentene ikke har vært umiddelbart tilgjengelige, og det måtte planlegges og settes av tid til å få gjennomgått dem. I en travel hverdag ledet dette til at gjennomgang og planlagt kartlegging tidvis ble utsatt.

I løpet av den treårige prosjektperioden har tre pasienter blitt overført fra lukket til åpent fengsel og fortsatt behandling med samme psykolog. Seks pasienter har blitt løslatt fra fengsel og fulgt opp gjennom friomsorgen, enten som del av vilkår ved opphold i overgangsbolig eller som vilkår ilagt under møtepliktsperioden. Videre har en pasient blitt fulgt opp etter endt møteplikt, det vil si etter at vedkommende ikke lenger var underlagt kriminalomsorgens vilkår. Samme behandler har fulgt pasientene også i disse overgangene.

Det var i perioder utfordrende å planlegge tider for behandling med pasienter i forbindelse med overføringene. Overflytting mellom fengsler kunne skje hurtig, eller bli utsatt og trekke ut i tid. Det var uforutsigbart for både behandler og pasient. Hvis en pasient ble flyttet, kunne det lede til at klokkeslett og dag for behandling måtte endres for en rekke pasienter. For eksempel måtte en av behandlerne gå fra å være to dager på Ila til å være to dager på Berg fengsel. Det ledet til kortvarige opphør av behandling for enkelte pasienter. Det rokket således ved tanken om at behandlingen skulle være en stabil faktor i sårbare overgangsperioder. En erfaring har vært at GLM-planen gjerne endret seg når pasienten flyttet til nye omgivelser.

I siste del av prosjektperioden ble internettbasert behandling utprøvd med noen få pasienter. Behandlingen foregikk i virtuelle møterom tilrettelagt av Norsk helsenett for å sikre anonymitet. Da nettbasert behandling ble introdusert for pasientene hadde de allerede hatt langvarig behandling og alliansen var bygd opp. Erfaringen var at behandlingssamtalene ble mer fokusert mot behandlingsmålene under den nettbaserte behandlingen. Det er usikkert om slik behandling hadde fungert like godt om alliansen ikke allerede var bygget opp gjennom et forløp. Ved å benytte seg av nettbasert behandling gikk det også mindre tid til transport mellom ulike steder og mer tid kunne benyttes til behandling. Det gjorde det enklere å planlegge møtetidspunkt, og det ble færre opphold i behandlingen. Erfaringen var at nettbasert behandling fungerte godt mens pasientene sonet i fengsel. Det ble fra kriminalomsorgens side lagt til rette for at pasientene kunne bruke Skype. Da pasientene ble løslatt og skulle bruke sitt eget digitale utstyr, var det i blant problemer med at pasientene ikke sikret seg at de var på et sted med tilstrekkelig nettilgang, eller at de hadde nok batterikapasitet. Erfaringsgrunnlaget med nettbasert behandling i BASIS er for lite for å konkludere, men det er mulig at pasientenes til dels manglende evne til problemløsning kombinert med sviktende motivasjon kan ha vært en medvirkende faktor til at det var vanskelig for dem å tilrettelegge for at samtalene teknisk sett kunne gjennomføres. En utfordring var også at behandlerteamet ikke hadde tilgang til nettbehandling fra sine bærbare arbeids-PC'er, og således måtte befinne seg på et sted med stasjonær PC eller bruke egen PC eller mobil.

### 3.4.2 Kriminalomsorgens perspektiv

Koordinatorerne har fått tilbakemeldinger fra innsatte som går i behandling i BASIS. De har spurt dem direkte om hvordan de har opplevd behandlingen og om de har lagt merke til endringer i seg selv og sitt tankesett. Tilbakemeldingene har vært svært positive. De innsatte har spesielt trukket frem behandlingsmodellen som nyttig og meningsfull, blant annet fordi den har fokus på fremtiden og hvordan man kan oppnå primære goder med nye strategier. Positive endringer som har blitt trukket frem er blant annet mindre skamfølelse og kaos, mindre destruktive tanker, nye strategier for å håndtere ulike problemer, mer tro på fremtiden og bedre selvbilde. Flere har også trukket frem at oppfølging etter løslatelse betyr mye for dem.

Koordinatorerne trekker også frem at relasjonen til behandlerne har vært avgjørende for behandlingen. De innsatte har beskrevet behandlerne som strukturerte og målbevisste, samt trygge og tillitsfulle. Koordinatorernes inntrykk er at de innsatte har følt seg sett og hørt, samtidig som de har blitt utfordret.

### 3.4.3 Pasientenes perspektiv

GLM vektlegger et respektfullt og utforskende samarbeid mellom pasient og behandler, og bidrar dermed til å implementere i seksuallovbruddsbehandling det vi kjenner fra generell psykoterapiforskning som betydningen av den terapeutiske alliansen for et optimalt behandlingsutfall (Gannon & Ward, 2014; Høiland, 2018; Norcross, 2011). Det å droppe ut av behandling kan som nevnt øke risikoen for tilbakefall (R. K. Hanson & Bussière, 1998), og BASIS har derfor lagt betydelig vekt på innledende motivasjon og alliansebygging fra første time.

Prosjektet ønsket å sikre aktiv brukermedvirkning og sørge for at pasient og behandler hele tiden var kalibrert med tanke på forventninger til behandlingsprosessen, progresjon, fokus, etc. Man la derfor opp til kontinuerlig brukertilbakemelding etter hver time, ad modum feedback-informerte tjenester (også omtalt som klient- og resultatstyrt praksis; KOR) (Duncan, Miller, & Sparks, 2004) ved bruk av timevurderingsskjemaet «session rating scale». Det ble imidlertid klart tidlig i prosjektet at systematisk bruk av skjemaet ikke ga nok informasjon til at det kunne prioriteres. Prosjektet besluttet derfor å avgrense seg til systematisk innhenting av brukererfaringer ved *avslutning* av behandlingen, og utformet et skjema for dette formålet. Skjemaet (se vedlegg 4) etterspør pasientens perspektiv på hhv. behandleren (opplever pasienten seg sett, hørt, og forstått?), behandlingen (opplever pasienten behandlingen som nyttig, bidrar den til endring?), samt selvvardert risiko for nye (seksual-)lovbrudd.

Til sammen 18 pasienter besvarte skjemaet. Jevnt over gir svarene inntrykk av at pasientene er godt fornøyd med tilbudet de har fått i BASIS; det store flertallet uttrykker stor tillit til behandlernes faglige dyktighet og formidlingsevne. De fleste opplevde det

som positivt å jobbe med behandlingsmodellen, en anledning til å se seg selv og fremtiden på en ny måte, og noe de vil anbefale til andre. Noen av fritekstkommentarene peker på viktige forbedringspunkter: betydningen av enkelt språk/unngå faguttrykk, tydelighet rundt håndtering av taushetsbelagt informasjon, samt at tiden til samtale av og til blir for liten når det skal hentes inn så mye informasjon som BASIS legger opp til.

### **3.4.4 Samarbeid mellom etater**

Å organisere og drifte et samarbeidsprosjekt som BASIS, hvor spesialisthelsetjenesten yter behandling i flere fengsler, har generert kunnskap på flere plan. To ulike systemer og lovverk møtes, og arbeidet som er gjort i BASIS krever en ny type organisering. I begynnelsen erfarte prosjektet hvilke utfordringer som oppstår når to ulike systemer skal samordnes, og når nye roller skal utvikles.

En erfaring er at det er avgjørende at det legges praktisk til rette for behandling i fengslene. Dette innebærer tilgjengelige kontorer, PC- og nettverkstilkoblinger osv. Det er viktig at slike ting er på plass i forkant av behandlingsoppstart. På områder hvor ulike fengsler har ulike regelverk er det viktig at gjeldende regler avklares.

Å ha koordinatorene i hvert fengsel som har tett kontakt med behandlerteamet har vært svært viktig. Videre har BASIS erfart at jo bedre forankret kunnskapen om prosjektet og behandlingen er blant de øvrige ansatte i fengslene, jo lettere blir det å legge til rette for god oppfølging av pasientene. Dette innebærer blant annet å få mulighet til å delta på ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter og lignende.

En utfordring i organiseringen av dette tilbudet har vært frykten for at det ville bli «for synlig» at innsatte gikk i behandling, og at det kunne medføre stigma og redsel. Brukerrepresentantene i styringsgruppen, samt fengslene, bidro innledningsvis med innspill til hvordan behandlingen burde foregå for at det ikke skulle legges merke til av andre innsatte. Kriminalomsorgen la deretter til rette for at behandlingen kunne foregå så diskret som mulig, og få innsatte takket nei til tilbudet utelukkende på grunn av redsel for stigmatisering.

## **4. Kunnskapsutvikling, formidling og nettverksbygging**

Jfr. BASIS-prosjektets målsetting b) ønsket man å bidra til økt kunnskap om seksuallovbruddsdømte og formidle erfaringer med den valgte behandlingstilnærmingen. En viktig forutsetning for å lykkes med dette har vært å innhente nasjonal og internasjonal kunnskap om behandling av seksuallovbruddsdømte, for deretter å kunne utvikle ny kunnskap basert på erfaringene som gjøres i prosjektet. Formidling av kunnskapen har vært en viktig prioritering. Videre ønsket BASIS-prosjektet å undersøke behovet for opprettelsen av et nasjonalt nettverk for behandlere og andre som jobber med seksuallovbruddsdømte.

### **4.1 Prosjektinterne kompetansehevende tiltak**

I februar 2016 etablerte prosjektgruppen kontakt med opphavsmannen til GLM, professor Tony Ward v/University of Wellington, New Zealand. Formålet var å diskutere mulighetene for å utvikle et individuelt behandlingsopplegg basert på GLM, forankret i spesialisthelsetjenesten og forenlig med dennes krav til ordinær utredning, dokumentasjon og prioriteringer.

Kontakten med Tony Ward avdekket umiddelbart at prosjektets behov ikke lot seg dekke av eksisterende kurstilbud, men forutsatte et skreddersydd opplegg for BASIS. Tony Ward anbefalte derfor å etablere kontakt med hans kollegaer Gwenda Willis (University of Auckland) og David Prescott (Utviklingsdirektør v/Becket Family of Services, Maine, USA). Vinteren 2016 samarbeidet prosjektgruppen tett med Willis og Prescott for å tydeliggjøre prosjektets behov, og utarbeide innholdet i en tilrettelagt opplæring i grunnlagstenkning og metode. Opplæringen ble gjennomført 22.-23. juni 2016 og kombinert med det første åpne BASIS-seminaret (21. juni 2016), der Willis og Prescott presenterte GLM-modellen i behandling av seksuallovbruddsdømte for første gang i Norge.

#### ***Kurs og konferanser***

Prosjektgruppen har vært på studieturer, deltatt på konferanser og på flere kurs for å tilegne seg nødvendig kunnskap om målgruppen. I april 2016 besøkte prosjektgruppen V27 (Betanien BUP) og Bergen fengsel som tilbyr behandling til henholdsvis barn og unge med skadelig seksuell atferd (SSA) og seksuallovbruddsdømte. I Bergen fengsel fikk prosjektgruppen undervisning om risikovurdering av seksuallovbruddsdømte v/David Thornton. Senere samme år deltok prosjektgruppen på kurs i risikovurderingsinstrumentene SVR-20 (Sexual Violence Risk), STATIC-99R, STABLE-2007 og ACUTE-2007. Deler av prosjektgruppen har også deltatt på kurs i fengselspsykiatri, CoSA (Circles of Support and Accountability) og SAPROF-SO

(Structured Assessment of Protective Factors for violence risk – Sexual Offence version). Prosjektgruppen har deltatt på flere nasjonale og internasjonale konferanser. Slike arenaer oppleves som svært viktig for å holde seg oppdatert på ny forskning og praksis i fagfeltet, og det bidrar til å unngå faglig isolasjon. For oversikt over kurs og konferanser, se vedlegg 6 og 7.

### ***Intern kunnskapsformidling om prosjektet***

Å lykkes med rekruttering, motivering og behandling av målgruppen for et slikt prosjekt krever at alle involverte parter har tilstrekkelig kunnskap om prosjektets metoder og målsettinger. Det har vært viktig for prosjektgruppen at også helseavdelingen, kontaktbetjenter og andre i BASIS-fengslene besitter denne kunnskapen. Erfaringen er at slik kunnskap er ferskvare, og at det krever tid og egnede arenaer for å sikre at den når alle nivåer i fengslene.

Sommer/høst 2016, i begynnelsen av aktiv driftsfase, var behandlerteamet og administrasjonskonsulent på informasjonsmøter i de involverte fengslene. Dette var hovedsakelig møter hvor ledelse, koordinatorene og/eller ansatte fra helseavdelinger var til stede. Hensikten var både å informere om prosjektets metode og målsettinger, samt praktisk tilrettelegging for psykologens arbeidshverdag i fengslene. På Berg fengsel ble det også arrangert et møte for alle fengselets ansatte hvor BASIS-prosjektet ble presentert. Behandlerteamet har senere hatt informasjonsmøter for avdelingsledere i enkelte fengsler, og benyttet ledig tid til å snakke med ansatte om prosjektet og svare på spørsmål.

Det ble i 2016/2017 avholdt jevnlig koordinatormøter med utnevnt veileder for disse, samt behandlerteam og administrasjonskonsulent. Møtene har vært en arena for å utveksle erfaringer og få svar på spørsmål om prosjektet og behandlingen. Det siste av disse møtene ble avholdt i januar 2017. Det var da enighet om at det ikke var behov for veiledning blant koordinatorene/motivatorene, men at en halvårlig eller årlig erfaringsamling vil være tilstrekkelig. Koordinatorer, prosjektleder og behandlerteam har hatt jevnlig kontakt om pasienter og drift.

Det viste seg at behovet for informasjon var stort også blant kontaktbetjenter og andre fengselsansatte, og prosjektet har erfart at det er nødvendig å sette av enda mer tid til dette enn hva som har vært mulig i BASIS i den aktive driftsfasen. Noen misforståelser oppsto underveis, og prosjektet fikk tilbakemeldinger om at kontaktbetjenter og andre som har vært del av rekrutteringen hadde for lite kunnskap om inklusjons-/eksklusjonskriteriene eller behandlingsmodellen. Det førte i enkelte tilfeller til at potensielle pasienter fikk ufullstendig informasjon om vilkårene for behandlingen.

En viktig forutsetning for at et tilbud som BASIS skal lykkes er at alle involverte er kjent med tilbudet og vet hva det innebærer. De innsatte har aller mest kontakt med betjenter,



verksbetjenter og lignende i løpet av sin hverdag, og det er derfor viktig at forståelsen er forankret også hos dem. Det samme gjelder saksbehandlere i friomsorgen. BASIS-prosjektet har erfart at det er utfordrende å nå ut til alle involverte med informasjon, og at man ikke kan regne med at det er tilstrekkelig å informere ledelsen eller koordinatorene som har direkte kontakt med prosjektgruppen. En klar anbefaling dersom lignende tilbud skal implementeres er derfor at man tilstreber å nå ut til alle som arbeider med potensielle pasienter i kriminalomsorgen med informasjon, og at informasjonen gjentas ved anledning. Dette kan bidra til at de ansatte i kriminalomsorgen føler eierskap til behandlingstilbudet, og at det oppleves som en implementert del av det totale tilbudet som gis til seksuallovbruddsdømte.

## **4.2 Ekstern formidling**

Ekstern kunnskapsformidling har vært en viktig prioritering. Gjennom prosjektperioden mottok BASIS en rekke henvendelser fra ulike aktører som ønsket informasjon om prosjektet og/eller undervisning knyttet til seksuallovbruddsdømte. Prosjektet har hatt en ambisjon om at denne kunnskapsoverføringen også skal nå andre grupper enn helsepersonell. Prosjektet mottok flere henvendelser fra fengsler og friomsorgskontorer i HSØ som etterlyste et tilbud til denne gruppen. Den innledende screeningen i BASIS viste at innsatte med høyere tilbakefallsrisiko var spredt på langt flere fengsler enn de tre utvalgte BASIS-fengslene (se tabell 1, side 29). Dette bidro til økt oppmerksomhet blant fengsels- og friomsorgsansatte rettet mot denne gruppen innsatte.

BASIS-prosjektet har tatt på seg slike undervisningsoppdrag når det har vært mulig. For en oversikt, se vedlegg 8. Prosjektet har imidlertid måttet takke nei til enkelte henvendelser om undervisning grunnet begrensede ressurser. De mange henvendelsene vitner om at det er et umettet behov for slik kunnskap flere steder. Dette har vært en bekreftelse på behovet for å utvikle og organisere et tilfredsstillende kurstilbud for helsepersonell og andre som jobber med seksuallovbruddsdømte, både i kriminalomsorgen og i ulike behandlingsmiljøer.

### ***BASIS-prosjektet i media***

BASIS har med jevne mellomrom mottatt henvendelser fra ulike medier. Ut fra en samlet vurdering hvor man blant annet har tatt hensyn til ressurssituasjonen og skjerming av pasientene, har prosjektet avslått flere av disse henvendelsene. Man har imidlertid ansett det som viktig å formidle grunnleggende informasjon om prosjektet, og har derfor stilt opp til intervju i enkelte aviser. Blant annet ble det skrevet en omfattende sak om prosjektet i VG Helg 11.11.17 hvor også anonymiserte pasienter delte sine erfaringer.

### ***BASIS' årlige fagseminarer***

Som nevnt har en av målsettingene til prosjektet vært å drive med kunnskapsformidling. Årlige fagseminarer om problematikk knyttet til seksuallovbrudd har blitt avviklet gjennom prosjektperioden. Fagseminarene har vært rettet mot helsepersonell, ansatte i kriminalomsorgen og andre som arbeider innenfor dette fagfeltet. På fagseminarene har prosjektgruppen formidlet erfaringer fra arbeidet med BASIS, i tillegg til at eksterne bidragsyttere har bidratt med kunnskapsformidling. Tabell 3, nedenfor, gir en oversikt over gjennomførte seminarer i løpet av prosjektperioden:

<b>Dato</b>	<b>Tittel/tema</b>	<b>Foredragsholdere</b>	<b>Antall deltagere</b>
<b>21.06.16</b>	«The Good Lives Model – from Theory to Practice»	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dr. Gwenda M. Willis</li><li>▪ David Prescott</li><li>▪ Helle Kleive og Øystein Grov, Ressursenhet V27, Betanien BUP</li><li>▪ Trond Ueland og Lise Amundal, Bergen fengsel/SOTP</li></ul>	60
<b>01.06.17</b>	«Arbeid med seksuelle overgrep»	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ BASIS-prosjektet</li><li>▪ Kristian Mjåland og Julie Laursen, University of Cambridge</li><li>▪ Linda Holen Moen, NKVTS</li><li>▪ Monica Jensen, V27/Betanien BUP</li><li>▪ Leif Waage, kriminalomsorgen region vest</li><li>▪ Marita Sandvik, SIFER v/Brøset</li><li>▪ Siv Strømmen Pedersen og Ørjan Hansen, Trondheim fengsel/SOTP</li><li>▪ Geir Borgen, NKVTS/dinutvei.no</li><li>▪ Avslutning v/Kjersti Holden, For Fangers Pårørende (FFP)</li></ul>	120
<b>30.05.18</b>	«Straffegjennomføring for seksuallovbruddsdømte»	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ BASIS-prosjektet</li><li>▪ Thomas Ugelvik, Universitetet i Oslo</li><li>▪ Alice Ievins, University of Cambridge</li><li>▪ Bengt Hasselrot, Kriminalvården Sverige</li><li>▪ Avslutning v/Erling Fæste, kriminalomsorgen region sør</li></ul>	100

*Tabell 3*

Med disse seminarne synes prosjektet å ha lyktes med og nå et bredt publikum, blant annet behandlingsmiljøer, kriminalomsorgen og organisasjoner som arbeider med denne problematikken.

I juni 2019 er det planlagt en konferanse som markerer slutten på BASIS-prosjektet.

### **4.3 Nettverksbygging**

I løpet av prosjektperioden ga NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress) ut to rapporter som redegjør for hvilke miljøer som tilbyr behandling til personer som har begått, eller står i fare for å begå, seksuelle overgrep. I rapporten «Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd» (I. Askeland et al., 2017) gis en oversikt over ulike behandlingstilbud rettet mot unge. Rapporten konkluderer med at de kartlagte tilbudene mangler kompetanse og kunnskap om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Videre gjorde NKVTS en nasjonal kartleggingsundersøkelse av behandlingstilbudet til voksne som utøver vold. Rapporten oppsummerer tilbudene, men konkluderer med at behandlingen av voksne som utøver seksuell vold ser ut til å havne i en særstilling. Bare halvparten av enhetene rapporten omhandler oppga at de tilbyr behandling for denne problemtypen. Flere enheter rapporterte at seksuell vold er et eksklusjonskriterium ved deres enhet (I. R. Askeland et al., 2016). Dette vitner om et behov for kunnskapsformidling og nettverksbygging på feltet, og begge rapporter anbefaler at kompetansen bygges ut og heves.

Å bidra til nettverksbygging har vært et mål for BASIS-prosjektet, og prosjektet ville også undersøke behovet for å opprette et nasjonalt fagnettverk. En kartlegging viste at det finnes en rekke nettverk som består fortrinnsvis av behandlere, til tross for at nettverkens status og målsettinger i noen tilfeller er uklare. Enkelte av nettverkene er regionale, men det finnes også minst fire slike nasjonale nettverk. Ett er knyttet til voksen seksualitet - Nettverk for forskning om voldtekt, seksuelle overgrep og gråsonekrenkelser. I tillegg finnes det to nasjonale nettverk knyttet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, herunder ett klinisk nettverk og ett kompetansenettverk. Videre finnes et nasjonalt kompetansenettverk for behandling av personer som har begått seksuelle overgrep.

Basert på kunnskapen om allerede eksisterende nasjonale nettverk har ikke opprettelse av et slikt lenger vært en prioritert oppgave for BASIS-prosjektet. Det gjøres mye godt arbeid i allerede eksisterende nettverk, og oppgaven vurderes som ivaretatt. BASIS-prosjektet har hatt kontakt med fagmiljøene i de eksisterende nettverkene, og er blant annet representert i Nasjonalt kompetansenettverk for behandling av personer som har begått seksuelle overgrep. Deltagelse på nettverksmøter og konferanser har vært en arena for nyttig kunnskapsutveksling.

### **4.4 Forskningsaktivitet i tilknytning til BASIS**

I løpet av prosjektperioden har det oppstått flere spørsmål som det har vært behov for å undersøke mer systematisk. Dette har hittil generert følgende selvstendige forskningsprosjekter:

- “Testing the Static-99R as a screen for risk of recidivism after release from prison in Norway – a retrospective follow-up study”. Prosjektet er en valideringsstudie av screeningsinstrumentet som BASIS har benyttet, STATIC-99R. Målsettingen med prosjektet er å undersøke hvor anvendelig STATIC-99R er til å skille mellom personer som begår nye seksuallovbrudd etter løslatelse fra fengsel og de som ikke gjør det. Datagrunnlaget er alle seksuallovbruddsdømte løslatt fra fengsel i perioden 2010-2014, med påfølgende oppfølgingstid i minimum 2 år, maksimum 6 år. Prosjektet er forankret på KRUS, og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

### **Resultater:**

Sandbukt, Kristoffersen, Grøndahl & Friestad (2018). Testing the Static-99R as a risk screen in Norway. Poster presentert på den 37. konferansen for The Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA), Vancouver, Canada, 17.-20. oktober.

Sandbukt, Skardhamar, Kristoffersen & Friestad (in prep). Testing the Static-99R as a screen for risk of sex crime recidivism – a retrospective follow-up study. To be submitted.

- Medieprosjektet – Hvordan rapporterer norske aviser om personer som har begått/er mistenkt for seksuallovbrudd? Norske data er hentet via Retriever (et overvåkningssystem i kombinasjon med mediearkiv) og skal sammenlignes med tilsvarende materiale fra New Zealand, Australia og USA. Datainnsamling og skåring er ferdig og et påbegynt artikkelutkast er oversendt Gwenda Willis som koordinerer den internasjonale studien. Dataanalyse og ferdigstillelse av manuskript gjenstår.

### **Resultater:**

Grøndahl, Sandbukt, Friestad, Kristoffersen, Willis, (in prep.) Portrayals of sexual offenders in the media - pouring gasoline on the fire?

- “Bringing balance to sexual reoffending risk assessments: Prospective validation of the SAPROF-SO”. Hensikten med prosjektet er å validere SAPROF-SO, og BASIS vil bidra med norske data inn i den internasjonale valideringen. Forskningen er finansiert av Rutherford Discovery Fellowship og ledes av Gwenda Willis. Et sammendrag av funn vil publiseres på websidene til forskningsgruppen Advancing Sexual Abuse Prevention (ASAP).
- En internasjonal vitenskapelig artikkel om BASIS og illustrasjon av den individualiserte behandlingsformen basert på kasusbeskrivelser, er under utarbeidelse. Publisering av kasusbeskrivelsene er basert på egne samtykker fra

pasientene som inngår, samt enhetsleders samtykke til publisering av de involverte arbeidsprosessene.

Arbeidet med å systematisere og presentere erfaringene fra BASIS i vitenskapelige fora vil fortsette i tiden fremover.

## 5. Oppsummerende anbefalinger

Arbeidet i BASIS har vært innrettet mot to overordnede målsettinger. Dette kapittelet innleder med en oppsummering av prosjektets viktigste erfaringer knyttet til hver av målsettingene. Erfaringene danner grunnlaget for den avsluttende presentasjonen av prosjektets hovedanbefalinger (punkt 5.4).

### 5.1 Etablering av et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud

Seksuallovbrudd fører med seg store kostnader, tap, skader og belastninger for både samfunn og individ. I tillegg til målbare kostnader som for eksempel utgifter til fengsling av utøver, domstolsbehandling av straffesaker og medisinsk hjelp til utsatte, innebærer seksuallovbrudd og andre voldshandlinger en rekke ikke-målbare kostnader. De immaterielle skadene og kostnadene vil ofte være større enn de materielle ved slike lovbrudd. Disse er knyttet til for eksempel tapt livskvalitet eller tapt human-kapital (Justisdepartementet, 2005), og det er godt dokumentert at personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep har en økt risiko for et bredt spekter av psykiske og somatiske problemer (se f. eks Steine et al., 2012).

I 2017 var 16 % av innsatte i norske fengsler seksuallovbruddsdømte (Kriminalomsorgsdirektoratet, 2017). Årlig løslates ca. 300 innsatte etter å ha gjennomført fengselsstraff for seksuallovbrudd. Selv om tilbakefallsprosenten blant seksuallovbruddsdømte generelt er lav er det en liten gruppe blant dem som har forhøyet risiko for å begå nye seksuallovbrudd. Screeningene i BASIS viste at blant 334 seksuallovbruddsdømte hadde 124 (37 %) en statistisk forhøyet risiko for tilbakefall. I BASIS-prosjektet fant man at denne gruppen med antatt høy risiko for tilbakefall er en sårbar og belastet gruppe som trenger hjelp på mange områder. Mange av dem blir løslatt uten å ha hatt et tilfredsstillende behandlingstilbud rettet mot områder som kan påvirke tilbakefallsrisikoen.

Tilbakemeldingene på behandlingen fra pasientene i BASIS har vært positive. De har trukket frem endringer ved seg selv som blant annet mindre skamfølelse og kaos, mindre destruktive tanker, nye strategier for å håndtere ulike problemer, mer tro på fremtiden og bedre selvbilde. Behandlerteamet i BASIS har opplevd at behandlingstilnærmingen med Good Lives-modellen har bidratt til å opprettholde pasientenes motivasjon, samt at den har gitt rom for å tilpasse behandlingen til hver enkelt. Med et lite pasientgrunnlag er det imidlertid på nåværende tidspunkt ikke mulig å si noe om *effekt* av behandlingen, dersom man bruker tilbakefall som effektmål. Likevel, gitt at slik behandling *har* en forebyggende effekt og forhindrer nye seksuallovbrudd, vil man ved å sette inn riktige tiltak kunne oppnå en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst. Gevinsten vil gi seg utslag i reduserte kostnader knyttet til

både straffegjennomføring og behandling for utøvere, samt reduserte kostnader til behandling og oppfølging av utsatte.

Bakgrunnen for BASIS-prosjektet var manglende og lite systematiserte tilbud til seksuallovbruddsdømte. Prosjektet fikk derfor i oppdrag å utvikle et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud. Overordnet anbefales det at et slikt tilbud videreutvikles og gjøres permanent. Det anbefales at behandlingen påbegynnes i fengsel og kontinueres etter løslatelse. Samtidig bør man legge til rette for å optimalisere tilbudet gjennom fortsatt kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling. Mange kriminalitetsforebyggende tiltak iverksettes uten at forholdene på et tidlig tidspunkt legges til rette for å måle effekten av tiltakene. En klar anbefaling er at det i større grad legges til rette for evaluering av fremtidige behandlingstilbud til seksuallovbruddsdømte for å øke kunnskapen om verdien av slik kriminalitetsforebygging.

## **5.2 Kunnskapsutvikling om seksuallovbruddsdømte**

Den faglige debatten om behandlingstilbudet til seksuallovbruddsdømte ender fort i en diskusjon om hvorvidt og hvorfor dokumentasjonen av behandlingseffekt er mangelfull. Det er liten tvil om at det er flere sentrale mangler ved mange av studiene av behandlingseffekt (Grønnerød, Grønnerød, & Grøndahl, 2015), men faglitteraturen gir ikke grunnlag for å konkludere med at behandling ikke virker. Det fins omfattende dokumentasjon av hvilke prinsipper som generelt bør styre tiltaksutforming for å sikre optimal tilbakefallsreducerende effekt, de såkalte RNR-prinsippene (jfr J. Bonta og D.A. Andrews, 2017). Disse er også relevante og anvendelige på seksuallovbruddsfeltet (R. K. Hanson et al., 2009). Til tross for at denne kunnskapen har vært tilgjengelig lenge, er det fortsatt få tiltak som klarer å etterleve alle disse prinsippene i praksis (Schmucker & Lösel, 2015).

BASIS-prosjektet er bygget opp for å sikre at alle de tre RNR-prinsippene etterleves gjennom hele prosjektet, og er slik sett unikt i sin tilnærming både i norsk og internasjonal sammenheng. Deltakerne i prosjektet er i all hovedsak fortsatt under straffegjennomføring når prosjektet avsluttes, og har dessuten i antall vært altfor få til at det er mulig å se kvantitative resultater i form av redusert tilbakefall på lengre sikt. Ved utvidelse av tilbudet er det imidlertid viktig å sørge for å samle inn informasjon som gjør det mulig å etterprøve resultatene av behandlingen. Redusert tilbakefall til nye seksuallovbrudd er et åpenbart mål, men bør suppleres med målsettinger som lar seg etterprøve på kort sikt. Eksempler på slike er de dynamiske risikofaktorene som den enkelte jobber med i behandlingen. Hvilke endringer ses på individnivå på de områdene som er relevante for den enkelte pasients tilbakefall? Det er de individuelt relevante endringene det er viktig å belyse. Samlet vil dette kunne gi et bilde av endringer på

gruppenivå for pasientene som går i behandling: hvem blir bedre, hvem blir verre, og hvem ser det ikke ut til at behandlingen bidrar til endring for i det hele tatt?

Fremtidige resultatvurderinger bør også sikte mot å samle inn informasjon som gjør det mulig å belyse følgende spørsmål (jfr. Jones og Neal, 2019):

- Hvordan er motivasjonsarbeidet lagt opp for å øke rekrutteringen av deltakere?
- Hva kjennetegner de som velger å delta, de som ikke deltar, og de som dropper ut av behandlingen? Drop-out er et klart varsel om at behandlingen må justeres, og noe som ethvert tiltak må følge systematisk med på fordi det er grunn til å frykte at risikoen for tilbakefall øker blant de som dropper ut av behandling (K. R. Hanson et al., 2002).
- Hvor «mye» behandling trenger ulike grupper av deltakere? Hva er «nok»? Hva påvirker behandlingens intensitet? Hvilke utenforliggende forhold kan påvirke behandlingsintensitet?
- Når i straffegjennomføringen er det mest hensiktsmessig å starte opp behandling; hvor lang gjenværende soningstid er optimalt?
- Hvilke minimumskrav må settes til språklige og kognitive ferdigheter blant deltakerne? Hvem utelukkes av slike minimumskrav og er det behov for særlige tiltak for dem?
- Hvordan påvirkes behandlingsresultatene av samtidig forekomst av psykisk lidelse (jfr. Moulden og Marshall, 2017)?
- Hvordan påvirkes behandlingen og resultatene av den, av soningsmiljøet den enkelte deltakeren befinner seg i (jfr Blagden, Perrin, Smith, Gleeson og Gillies, 2017)? Hvordan kan man tilrettelegge omgivelsene for å styrke behandlingsresultatet?
- Hvordan bidrar miljøet til å øke intensiteten i et behandlingsopplegg – er det å samle innsatte på en avdeling med på å øke intensiteten i behandlingen, og er det i så fall bra for dem som ikke er i høyrisikogruppen?

Selv om det er viktig å benytte seg av den omfattende *internasjonale* faglitteraturen, gjenstår det å undersøke anvendeligheten og generaliserbarheten av kunnskap utviklet i andre kontekster enn den norske. Hva er det som virker best i våre lokale kontekster; hvilke tilleggshensyn må tas i seksuallovbruddsbehandling i Norge, gitt våre lokale vilkår og betingelser? Kunnskap må utvikles der den skal brukes (jfr. L. E. Marshall, 2017).

Videre kunnskapsutvikling bør også fokusere på hvordan man best kan følge opp seksuallovbruddsdømte med forhøyet tilbakefallsrisiko etter løslatelse. Fagfeltet har de siste årene beveget seg mer mot en psyko-sosial tilnærming, hvor tilbakeføringsplaner blir mer systematisert og det etableres støttende nettverk omkring pasienten. Circles of Support and Accountability (CoSA) er et eksempel på en slik systembasert tilnærming som har vist lovende resultater (Wilson, E. Picheca, McWhinnie, & Cortoni, 2011). En



utprøving av denne tilnærmingen i Norge vil være en naturlig vei videre i arbeidet med å redusere risiko for tilbakefall til seksuallovbrudd. Erfaringen fra BASIS med svakt fungerende nettverk og brutte bånd til pårørende for mange av pasientene, understøtter behovet for dette.

### 5.3 Kunnskapsformidling

Det er en betydelig utfordring at kunnskapsgrunnlaget på feltet forebygging av seksuallovbrudd er omfattende og i stadig vekst. Det kan virke paradoksalt å fremheve omfattende kunnskap som en utfordring - mangel på kunnskap er vanligvis et større problem. Når vi likevel velger å beskrive den omfattende litteraturen som en utfordring, er det fordi vi ser at det kan være svært krevende for klinikere å holde seg kontinuerlig oppdatert, og tilpasse praksis til ny kunnskap. Samtidig er det av avgjørende betydning for kvaliteten på det kliniske arbeidet – og også for muligheten til å forske på det – at tilbudet til enhver tid er faglig oppdatert. En rekke feiloppfatninger preger den generelle befolkningens kunnskap om seksuallovbrudd og personene dømt for slike, og flere av dem gjelder også fagfolk som faktisk jobber i feltet (Fortney, Baker, & Levenson, 2009).

For å bidra til å motvirke spredning av feiloppfatninger og ubegrunnet pessimisme knyttet til behandlingspotensiale for seksuallovbruddsdømte, må klinikere og forskere på feltet ha møteplasser til å diskutere, og jobbe sammen om praksisutvikling og fagformidling. Vi må korte ned avstanden mellom forskning og klinikk for å redusere tiden det tar å omsette forskningsbasert kunnskap til bedre behandling for pasientene. BASIS har lagt vekt på tett dialog mellom forskere og behandlere, tett oppfølging og systematisk klinisk metodeveiledning for behandlerne, og formidling av kunnskap og erfaringer ut til fagfeltet, men også til et bredere publikum. Alle disse punktene inngår som viktige momenter for å sikre implementering av forskningsbasert kunnskap (jfr. Fixsen, Naoom, Blase, Friedman og Wallace, 2005).

BASIS-prosjektets erfaring er at det er behov for mer kunnskap om seksuallovbruddsdømte som gruppe, samt om hvilke tilnærminger som gir best utgangspunkt for å redusere tilbakefall, både i behandlingsmiljøene og i kriminalomsorgen. Basert på erfaringene beskrevet i kapittel 4 og for øvrig anbefales derfor følgende:

- Helsepersonell som skal tilby behandling til seksuallovbruddsdømte må gjennomgå grunnleggende opplæring og metodeveiledning
- Kompetansen bør styrkes blant behandlere i primær- og spesialisthelsetjeneste, DPS osv.
- Kompetansen om seksuallovbruddsdømte bør styrkes blant ansatte i kriminalomsorgen

- Det bør utarbeides et modulbasert kurstilbud som også bør kunne tilpasses andre målgrupper enn helsepersonell – slik som for eksempel fengsels- eller friomsorgsansatte. Kurset bør være obligatorisk for behandlere som skal jobbe spesifikt med personer som har begått seksuelle overgrep. Følgende temaer bør dekkes av et slikt kurstilbud:
  - risikovurdering knyttet til utøvelse av seksuell vold
  - Good Lives-modellens empiriske bakgrunn og rammeverk
  - psykiske lidelser blant utøvere av seksuell vold
  - behandlingstilbud til overgrepsoffer som selv har vært utsatt for seksuelle overgrep
  - barn og unge med overgrepssatferd
  - oppfølging av seksuallovbruddsoffer etter løslatelse

## 5.4 Anbefalinger basert på prosjektets erfaringer

- Det er en betydelig gruppe blant de seksuallovbruddsoffer som per i dag ikke nås av eksisterende tilbud, og som på grunn av sin forhøyede tilbakefallsrisiko trenger særlig tilrettelagt motivasjons- og behandlingsinnsats. BASIS har lyktes med å rekruttere denne målgruppen, og det anbefales derfor at tilsvarende tilbud videreutvikles og gjøres permanent. Det anbefales at behandlingen påbegynnes i fengsel og kontinueres etter løslatelse.
- Screeningutløst pasientinkludering har vært en kontinuerlig pedagogisk utfordring i prosjektet og det anbefales at formålet med slik screening avklares blant alle involverte parter før implementering. Hensikten med screeningen i BASIS har vært å prioritere behandlingsressursene inn mot den gruppen som har forhøyet tilbakefallsrisiko.
- Ved bruk av screening som metode er det viktig å minimere tiden mellom uttrekksdato og gjennomføring av screening, samt tiden mellom screening og motivering av aktuelle innsatte.
- Tydelighet rundt det faglige grunnlaget for inkludering- og ekskluderingskriterier er avgjørende.
- BASIS har bestått av et lite behandlersteam som har drevet ambulant behandling i flere fengsler. Dette har vært en sårbar modell. Anbefalingen for fremtiden er å utvikle et større og mer robust behandlersteam som kobles til et sterkt fagmiljø. Kontinuerlig faglig veiledning på metode og innhold er avgjørende, både for å

sikre metodestringens og for å motvirke utbredthet.

- Den innledende screeningen viste at innsatte i høyrisikogruppene var spredt på mange av fengslene i Helse Sør-Øst, og det anbefales at kriminalomsorgen vurderer hvorvidt det kan være hensiktsmessig å redusere antallet fengsler hvor seksuallovbruddsdømte i høyrisikogruppen soner. Majoriteten av de seksuallovbruddsdømte har imidlertid ikke forhøyet tilbakefallrisiko, og det anbefales at kriminalomsorgen videreutvikler gode tilbud til denne gruppen som faller utenfor spesialisthelsetjenestens (hoved)ansvarsområde.
- Utvikling og gjennomføring av et spesialisert behandlingstilbud til seksuallovbruddsdømte forutsetter tverrsektorielt samarbeid mellom Kriminalomsorg og helsetjeneste, basert på tydelig ansvars- og arbeidsdeling. Koordinatorrollen i fengslene har vært avgjørende som bindeledd mellom fengsel og behandlerteam.
- Det er avgjørende at det legges praktisk til rette for behandlingen der den skal foregå med tilfredsstillende kontor- og PC-løsninger for behandlerteamet.
- Fengslenes helseavdelinger har vært viktige samarbeidspartnere, og ansvarsgruppemøtene en viktig arena for informasjonsutveksling.
- Aktiv brukermedvirkning er viktig for å forstå og ivareta innsattes behov.
- Samarbeid mellom alle ledd, herunder behandlere, fengsel og friomsorg, er nødvendig for å få til en sammenhengende behandling og sømløse overganger ved flytting av innsatte.
- BASIS-pasientene har bestått av seksuallovbruddsdømte med en omfattende og blandet overgrepssproblematikk, omfattende ressursmangler, til dels alvorlig personlighetsproblematikk, og flere med svakere kognitiv fungering. Individuell behandling med Good Lives-modellen har gjort det mulig å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient uavhengig av diagnose og problemområder, og behandlingstilnærmingen tilbyr et godt rammeverk for å holde på pasientenes motivasjon.
- Pasientene i BASIS har opplevd behandlingsmodellen som nyttig og meningsfull og majoriteten har ønsket å kontinuere behandlingen etter løslatelse fra fengsel.
- Pasientene har ofte hatt svakt fungerende sosiale nettverk, og brutte relasjoner til familie og pårørende. For fremtiden anbefales det å utrede muligheten for å

etablere nye, støttende nettverk rundt seksuallovbruddsdømte i forbindelse med løslatelse.

- Tilbudet i BASIS har ivaretatt RNR-prinsippene gjennom innledende screening, utredning og behovstilpasset behandling til hver enkelt, og slik ivaretagelse av RNR-prinsippene anbefales for fremtidige behandlingstilbud til seksuallovbruddsdømte.

## Referanser

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (4 ed.). Newark, New Jersey: LexisNexis.
- Askeland, I., Jensen, M., & Moen, L. H. (2017). *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd* (1/2017). Retrieved from <https://www.nkvts.no/>
- Askeland, I. R., Moen, L. H., Nilsen, L. G., Kruse, A. E., Hjemdal, O. K., & Holt, T. (2016). *Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse* (10/2016). Retrieved from <https://www.nkvts.no/>
- Blagden, N., Perrin, C., Smith, S., Gleeson, F., & Gillies, L. (2017). "A different world" exploring and understanding the climate of a recently re-rolled sexual offender prison. *Journal of Sexual Aggression*, 23(2), 151-166. doi:10.1080/13552600.2016.1264633
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (6 ed.). New York: Routledge.
- Cramer, V. (2014) Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Oslo: Oslo universitetssykehus HF.
- Dowden, C., & Andrews, D. A. (2000). Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, 42(4), 449-467.
- Drapeau, M., Korner, A., Granger, L., Brunet, L., & Caspar, F. (2005). A plan analysis of pedophile sexual abusers' motivations for treatment: a qualitative pilot study. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 49(3), 308-324. doi:10.1177/0306624X04272853
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*, Rev. ed. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Eher, R., Matthes, A., Schilling, F., Haubner-Maclean, T., & Rettenberger, M. (2012). Dynamic risk assessment in sexual offenders using STABLE-2000 and the STABLE-2007: an investigation of predictive and incremental validity. *Sex Abuse*, 24(1), 5-28. doi:10.1177/1079063211403164
- Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. (2014). *STABLE-2007 Coding Manual Revised 2014*.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A synthesis of the literature* (231). Retrieved from Tampa, Florida:
- Fortney, T., Baker, J. N., & Levenson, J. (2009). A Look in the Mirror: Sexual Abuse Professionals' Perceptions about Sex Offenders. *Victims & Offenders*, 4(1), 42-57. doi:10.1080/15564880802561754
- Friestad, C. (2005). *Tilbudet til volds-og sedelighetsdømte - En gjennomgang av fem tiltak* (Fafo-rapport 488). Retrieved from <https://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/tilbudet-til-volds-og-sedelighetsdomte>
- Friestad, C., & Skardhamar, T. (2016). The criminal career of men convicted of rape: evidence from a Norwegian national cohort. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 17(2), 150-165. doi:10.1080/14043858.2016.1262595
- Gannon, T. A., King, T., Miles, H., Lockerbie, L., & Willis, G. M. (2011). Good Lives sexual offender treatment for mentally disordered offenders. *The British Journal of Forensic Practice*, 13(3), 153-168. doi:doi:10.1108/14636641111157805

- Gannon, T. A., & Ward, T. (2014). Where has all the psychology gone?: A critical review of evidence-based psychological practice in correctional settings. *Aggression and Violent Behavior, 19*(4), 435-446. doi:<https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.006>
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works. *Criminology, 34*(4), 575-607. doi:DOI 10.1111/j.1745-9125.1996.tb01220.x
- Grønnerød, C., Grønnerød, J. S., & Grøndahl, P. (2015). Psychological Treatment of Sexual Offenders Against Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcome Studies. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(3), 280-290. doi:10.1177/1524838014526043
- Hanson, K. R., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., & Quinsey, V. L. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 27*, 169-194.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The Principles of Effective Correctional Treatment Also Apply To Sexual Offenders. *Criminal Justice and Behavior, 36*(9), 865-891. doi:10.1177/0093854809338545
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 348-362. doi:10.1037/0022-006X.66.2.348
- Hanson, R. K., Lloyd, C. D., Helmus, L., & Thornton, D. (2012). Developing Non-Arbitrary Metrics for Risk Communication: Percentile Ranks for the Static-99/R and Static-2002/R Sexual Offender Risk Tools. *International Journal of Forensic Mental Health, 11*(1), 9-23. doi:10.1080/14999013.2012.667511
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law Hum Behav, 24*(1), 119-136. doi:10.1023/a:1005482921333
- Hanson, R. K., Thornton, D., Helmus, L. M., & Babchishin, K. M. (2016). What Sexual Recidivism Rates Are Associated With Static-99R and Static-2002R Scores? *Sex Abuse, 28*(3), 218-252. doi:10.1177/1079063215574710
- Hanson, R. K., & Yates, P. M. (2013). Psychological treatment of sex offenders. *Curr Psychiatry Rep, 15*(3), 348. doi:10.1007/s11920-012-0348-x
- Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). STATIC-99 Coding Rules Revised - 2003.
- Helmus, L., Hanson, R. K., Thornton, D., Babchishin, K. M., & Harris, A. J. R. (2012). Absolute Recidivism Rates Predicted By Static-99R and Static-2002R Sex Offender Risk Assessment Tools Vary Across Samples. *Criminal Justice and Behavior, 39*(9), 1148-1171. doi:10.1177/0093854812443648
- Høiland, K. (2018). The Good Lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 56*(8), 656-665.
- Jensen, M., Garbo, E., Kleive, H., Grov, Ø., & Hysing, M. (2016). Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 53*(5), 366-375.
- Jones, A. C. T., & Neal, T. M. S. (2019). A Call for Research on Sex Offender Treatment Programs. *Int J Offender Ther Comp Criminol, 63*(1), 77-85. doi:10.1177/0306624X18786608
- Justisdepartementet. (2005). *Kriminalitetens samfunnsmessige kostnader: Rapport 2005*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/rapport-om-kriminalitetens-kostnader/id99520/>

- Kriminalomsorgsdirektoratet. (2017). *Årsrapport 2017 for kriminalomsorgen*. Retrieved from <https://www.kriminalomsorgen.no/statistikk-og-noekkeltall.237902.no.html>
- Lindsay, W. R. (2002). Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(s1), 74-85. doi:10.1046/j.1365-2788.2002.00006.x
- Lowenkamp, C. T., Latessa, E. J., & Smith, P. (2006). Does Correctional Program Quality Really Matter? The Impact of Adhering to the Principles of Effective Intervention. *Criminology & Public Policy, 5*(3), 575-594. doi:10.1111/j.1745-9133.2006.00388.x
- Marshall, L. E. (2017). Where to from here? In L. E. Marshall & W. L. Marshall (Eds.), *The Wiley Handbook on the Theories, Assessment, and Treatment of Sexual Offending* (Vol. III, pp. 1609-1614). West Sussex: Wiley Blackwell.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2017). The Treatment of Adult Male Sex Offenders. In L. E. Marshall & W. L. Marshall (Eds.), *The Wiley Handbook on the Theories, Assessment, and Treatment of Sexual Offending* (1 ed., Vol. III, pp. 1227-1244). Sussex: Wiley Blackwell.
- Marshall, W. L., Thornton, D., Marshall, L. E., Fernandez, Y. M., & Mann, R. (2001). Treatment of Sexual Offenders Who Are in Categorical Denial: A Pilot Project. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13*(3), 205-215. doi:10.1177/107906320101300305
- Moulden, H. M., & Marshall, L. E. (2017). Major Mental Illness in Those Who Sexually Abuse. *Curr Psychiatry Rep, 19*(12), 105. doi:10.1007/s11920-017-0863-x
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford University Press.
- Nøttestad, J. A., Bjørngaard, J. H., & Rasmussen, K. (2012). Oppvekstforhold, levekår og risikofaktorer for tilbakefall hos seksualforbrytere i fengsel: Skiller de seg fra øvrige innsatte? [Background Characteristics, Living Conditions and Risk Factors among Norwegian Sex Offenders in Prison]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*(49), 958-963.
- Olver, M. E. (2017). The Risk-Need-Responsivity Model: Applications to Sex offender Treatment. In L. E. Marshall & W. L. Marshall (Eds.), *The Wiley Handbook on the Theories, Assessment, and Treatment of Sexual Offending* (Vol. III). Sussex: Wiley Blackwell.
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2017). Assessing Treatment Change in Sexual Offenders. In L. A. Craig & M. Rettenberger (Eds.), *The Wiley Handbook on the Theories, Assessment, and Treatment of Sexual Offending* (1 ed., Vol. II, pp. 787-810). Sussex: Wiley Blackwell.
- Phenix, A., Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Helmus, M., Hanson, R. K. H., & Thornton, D. (2016). *Static-99R Coding Rules. Revised – 2016*.
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C., & Marlatt, G. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment, 214-239*.
- Prescott, D. S., & Wilson, R. J. (2013). *Awakening Motivation for Difficult Change*. Holyoak, MA: NEARI Press.
- Rosenqvist, R. (2019). Ivaretagelse og oppfølging av innsatte med psykiske lidelser. In K. G. Westrheim & H. M. K. Eide (Eds.), *Kunnskapsbasert straffegjennomføring i kriminalomsorgen i Norge* (1 ed., pp. 206-224). Bergen: Fagbokforlaget.

- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 1-34. doi:10.1007/s11292-015-9241-z
- Statistikkbanken. (SSB). 10625: Straffereaksjoner, etter type reaksjon, hovedlovbruddsgruppe og kjønn (og hovedlovbruddskategori -2014). Absolutte tall 2002 - 2016. Retrieved from <https://www.ssb.no/statbank/table/10625/>
- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(10), 950-957.
- Ward, T. (2002). The Management of Risk and the Design of Good Lives. *Australian Psychologist*, 37(3), 172-179. doi:10.1080/00050060210001706846
- Ward, T., Hudson, S. M., & Keenan, T. (1998). A self-regulation model of the sexual offense process. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 10(2), 141-157. doi:10.1023/A:1022071516644
- Ward, T., & Stewart, C. A. (Producer). (2003). The Treatment of Sex Offenders: Risk Management and Good Lives. [doi:10.1037/0735-7028.34.4.353]
- Willis, G. M., & Grace, R. C. (2009). Assessment of Community Reintegration Planning for Sex Offenders: Poor Planning Predicts Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 36(5), 494-512. doi:10.1177/0093854809332874
- Willis, G. M., Thornton, D., Kelly, S., & de Vries Robbé, M. (2018). SAPROF-SO Pilot Version.
- Willis, G. M., Ward, T., & Levenson, J. S. (2014). The good lives model (GLM): an evaluation of GLM operationalization in North American treatment programs. *Sex Abuse*, 26(1), 58-81. doi:10.1177/1079063213478202
- Wilson, R., E. Picheca, J., McWhinnie, A., & Cortoni, F. (2011). Engaging the Community in Sexual Offender Management: Circles of Support and Accountability.
- Yates, P. M., & Kingston, D. A. (2016). The Shortcomings of Sexual Offender Treatment: Are We doing Something Wrong? In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Treatment of Sex Offenders: Strengths and Weaknesses in Assessment and Intervention* (pp. 261-279). Switzerland: Springer, Cham



## **Vedlegg**

# Vedlegg 1



Kriminalomsorgen region sør

Helseregion Sør-Øst RHF  
Postboks 404  
2303 Hamar

Deres ref:

Vår ref:  
2014/02317-2/611.2

Dato:  
27.06.2014

## **BEHANDLINGSTILBUD TIL SEDELIGHETSDØMTE**

I Kriminalomsorgens region sør som omfatter fylkene Buskerud, Vestfold og Telemark soner til enhver tid 80-90 personer, dømt for ulike seksuelle lovbrudd. I tillegg har friomsorgen ansvar for oppfølging av mange sedelighetsdømte herunder forvaringsdømte. Antallet innsatte som sitter i fengslene i regionen for sedelighet/seksualforbytelse er doblet i løpet av de siste ti årene.

Behandling og tiltak for å forebygge tilbakefall for denne gruppen er begrenset og lite samordnet i norsk kriminalomsorg og helsevesen. Søndre Vestfold fengsel, Berg avdeling har tradisjon for å motivere, følge opp og formidle seksualforbrytere til behandling utenfor fengslet, under og etter soning. Dette har hittil vært den eneste systematiske tilnærming til problematikken i vår region. I den senere tid har tilgang på behandling utenfor fengslet blitt kraftig redusert, noe som innebærer at kjernen i behandlingstilbudet på Berg nærmest har bortfalt.

Fengselsledelsen og fengselshelsetjenesten ved Berg har henvendt seg til regionen for å få bistand til å bygge opp et tilbud igjen. Regionen ser behovet for et slikt tilbud, ikke bare på Berg, men i regionen som helhet. Berg er et fengsel med lavt sikkerhetsnivå. Det er behov for et behandlingstilbud for denne gruppen også i et fengsel med høyt sikkerhetsnivå, hvor de fleste med lange dommer starter soningen. Ringerike fengsel har i lengre tid hatt over 30 sedelighetsdømte og det er særlig ved disse to fengslene vi har størst behov for å etablere et behandlingstilbud til sedelighetsdømte.

Som en start på dette arbeidet arrangerte vi i mars i år en konferanse om seksualforbrytere - sikkerhet, behov og behandlingstilbud. På konferansen fikk vi presentert tilnærming og behandlingsmetoder fra ulike kompetansemiljøer. Vi fikk forsterket inntrykket av et felt som er tilfeldig utbygd og underdimensjonert.

Seksualforbrytere er en nedprioritert og forsømt gruppe i fengslene. Fengselsoppholdet er ofte preget av isolasjon og mangelfull tilrettelegging. Det er potensial for bedre tilrettelegging for denne gruppen i fengslene, men kriminalomsorgen er også avhengig av behandlingsressurser og

---

Postadresse:  
Dokumentsenter  
Postboks 694  
4305 Sandnes

Besøksadresse:  
Kjelleveien 21  
Tønsberg

Telefon: 33 01 78 00  
Telefaks: 33 01 78 01  
Org.nr: 982 348 714

Saksbehandler:  
Erling Fæste  
E-post: postmottak.region-  
sor@kriminalomsorg.no

veiledning fra spesialisthelstjenesten. Domfelte bør kunne gis et behandlingstilbud både individuelt og i gruppe. Behandlingen bør påbegynnes mens domfelte er under straffegjennomføring, og må kunne videreføres etter løslatelse.

I Stortingmelding 37 (2007-2008) om kriminalomsorgen heter det: "Regjeringens mål er å kunne gi et tilfredsstillende behandlingstilbud innenfor rus – og psykiatri i fengsler, særlig i fengsler med høyt sikkerhetsnivå". Kriminalomsorgen region sør ønsker at domfelte i vår region som gjennomfører straff for seksualforbrytelser får et tilrettelagt behandlingstilbud under straffegjennomføringen.

Vi vil med dette be Helse Sør-Øst om å iverksette tiltak slik at differensierte behandlingstilbud for denne gruppen kan realiseres snarest mulig og ser fram til en videre dialog om dette.

Med hilsen

Erling Fæste  
assisterende regiondirektør

Torbjørn Eriksen  
Seniorrådgiver

Kopi: Kriminalomsorgsdirektoratet og enhetene i region sør

## Vedlegg 2



Helse Sør-Øst RHF  
Postboks 404  
2303 Hamar

Telefon: 02411  
Telefaks: 62 58 55 01  
[postmottak@helse-sorost.no](mailto:postmottak@helse-sorost.no)  
Org.nr. 991 324 968

Kriminalomsorgen, v/assisterende regiondirektør Erling Fæste  
Postboks 694  
4305 SANDNES

Vår referanse:

08/00320-15

Saksbehandler:

Anne Aasen, +47 917 81 749

Deres referanse:

2014/02317-2

Dato:

03.11.2014

### Behandlingstilbud til sedelighetsdømte

Det vises til mottatte brev vedrørende behandlingstilbud til sedelighetsdømte. Det vises også til konferansen i mars som omtales i brevet, der Helse Sør-Øst RHF deltok.

I Helse Sør – Øst har det vært ulike typer tilbud til innsatte, kort kan nevnes ROS- programmet der Kompetansesenteret for fengsels- sikkerhet og rettspsykiatri har vært involvert i behandlingsprogram på ILA. Videre har Helse Sør-Øst RHF styrket tilbudet gjennom egne midler til IKST og det spesialiserte behandlingstilbudet de tilbyr.

Helse Sør-Øst RHF tok basert på henvendelsen i dette brevet, initiativ til et felles møte på Kompetansesenteret for fengsels- sikkerhet og rettspsykiatri, på Gaustad 17.10.

I dette møtet ble det gjort en felles statusgjennomgang av arbeidet som er gjort, man så på dagens situasjon og på behov for samarbeid og ønsker om tjenester.

Det var enighet om at møtet den 17.10 måtte ansees som et innledende møte og at man har behov for å samarbeide videre med tematikken som ble gjennomgått.

Det skal derfor arbeides videre med saken i et neste møte som er berammet til den 1. desember. Vi tar sikte på at vi gjennom dette arbeidet sammen kan planlegge videre innhold i de spørsmål som reises i deres brev og se på tiltak, slik at differensierte behandlingstilbud for denne gruppen innsatte kan realiseres.

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF

Ole Tjomsland  
direktør kvalitet og fagområder

Anne Aasen  
spesialrådgiver

Kopi til: Marit Bjartveit, Oslo universitetssykehus HF

*Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 10 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

# Et godt liv

Alle mennesker har til felles at de ønsker seg et godt liv. Vi vil derfor tilby behandling som tar sikte på å styrke dine sjanser for å lykkes med å skape deg et best mulig liv slik du har det nå og for fremtiden. Behandlingstilbudet er forankret i spesialisthelsetjenesten, Avdeling psykisk helse og avhengighet- Oslo universitetssykehus.

Vårt mål som behandlere er å bidra til å forstå forholdet mellom dine livsmål og prioriteringer, og tidligere seksuelle lovbrudd. Sammen med deg vil vi se på hvordan du kan oppnå dine mål og leve et godt liv. Viktige livsmål kan for eksempel være knyttet til: Mestring i arbeid og fritid, personlige valg, nære relasjoner, vennskap og mening i livet.

I stedet for bare å snakke om risikofylte situasjoner, kan behandlingen bidra til å skape et bedre liv for deg uten fremtidige lovbrudd. Sammen med deg vil vi snakke om din utvikling og mestring av et godt liv. Vår modell, som heter Good Lives-modellen, ser viktigheten av at du får bedre muligheter til å ta dine egne avgjørelser og ta gode valg.

Vi vil snakke med deg om vanskeligheter knyttet til ditt liv og tidligere kriminalitet. Hva som innebærer et godt liv for deg vil vi utforske i samtalene. Det er viktig å utvikle de ferdighetene som du allerede har, og mestre nye ferdigheter du kan bruke i livet etter soning.



Å finne sine livsmål kan være som å forsøke å finne veien ut av en labyrint. Det kan være fristende å ta snarveier, men det kan gi uheldige følger for deg og andre. Med behandling kan du få hjelp til å finne veien ut, og oppnå de målene du ønsker i livet.

## TILBAKEMELDINGSSKJEMA

**BASIS-PROSJEKTET**

---

Vi som jobber med BASIS-prosjektet ønsker at du skal bli godt ivaretatt i behandlingstiden. Du velger selv om du ønsker å svare på dette spørreskjemaet. Svarene gis anonymt.

Dine erfaringer vil bli brukt til å evaluere dette behandlingsprosjektet, og for å gi andre pasienter enda bedre behandling i fremtiden. Svar så ærlig du kan på spørsmålene.

***Om å fylle ut skjemaet:***

Vi ber deg sette kryss midt i ruten.

Det er også kommentarfelter i spørreskjemaet. Dersom du ønsker det, kan du utdype dine svar. Dersom du trenger mer plass kan du legge ved et eget ark. Når skjemaet er ferdig utfylt kan du legge det i en lukket konvolutt og gi det til din behandler. Det skal ikke stå navnet ditt eller andre personlige opplysninger på skjemaet eller konvolutten.

Takk for at du tar deg tid til dette!

***Kryss av for hvordan du har opplevd å være i behandling i BASIS:*****a) Opplevde du at din behandler var vennlig og imøtekommende?**

Ikke i det hele tatt      I liten grad      I noen grad      I stor grad      I svært stor grad

**b) Snakket din behandler med deg på en måte som gjorde at du forsto det som ble sagt?**

Ikke i det hele tatt      I liten grad      I noen grad      I stor grad      I svært stor grad

**c) Fikk du selv fortalt det du mente var viktig om deg og din situasjon?**

Ikke i det hele tatt      I liten grad      I noen grad      I stor grad      I svært stor grad

**d) Opplevde du at din behandler brydde seg om hvordan du hadde det?**

Ikke i det hele tatt      I liten grad      I noen grad      I stor grad      I svært stor grad

**Eventuelle kommentarer til svarene over:**

---

---

---

---

**e) Fikk du vite det du mente var nødvendig om undersøkelser, tester og behandlingsopplegg?**

Ikke i det hele tatt      I liten grad      I noen grad      I stor grad      I svært stor grad

**f) Hadde du tillit til din beholders faglige dyktighet?**

Ikke i det hele tatt      I liten grad      I noen grad      I stor grad      I svært stor grad

**g) Opplevde du at din behandler overholdt de avtaler som ble gjort?**

Ikke i det hele tatt      I liten grad      I noen grad      I stor grad      I svært stor grad

**Eventuelle kommentarer til svarene over:**

---

---

---

---

**h) Opplevde du det som positivt å jobbe med Good Lives-modellen sammen med din behandler?**

Ikke i det hele tatt  I liten grad  I noen grad  I stor grad  I svært stor grad

**i) Fikk du inntrykk av at din behandler forsto hva som er viktig for deg i livet?**

Ikke i det hele tatt  I liten grad  I noen grad  I stor grad  I svært stor grad

**j) Har behandlingen hjulpet deg til å se på fremtiden på en ny måte?**

Ikke i det hele tatt  I liten grad  I noen grad  I stor grad  I svært stor grad

**k) Har behandlingen hjulpet deg til å se deg selv på en ny måte?**

Ikke i det hele tatt  I liten grad  I noen grad  I stor grad  I svært stor grad

**l) Har behandlingen hjulpet deg til å få et bedre forhold til andre mennesker?**

Ikke i det hele tatt  I liten grad  I noen grad  I stor grad  I svært stor grad

**Eventuelle kommentarer til svarene over:**

---

---

---

---

**m) Merket du selv endring underveis i behandlingen?**

Ikke i det hele tatt  I liten grad  I noen grad  I stor grad  I svært stor grad



**n) Hvis du merket endring, i hvilken grad vil du si at endringen var positiv?**

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

**o) Hvordan vurderer du dine muligheter til å klare deg uten å begå lovbrudd når du løslates?**

Små muligheter

Ganske små muligheter

Ganske store muligheter

Store muligheter

**p) Hvordan vurderer du selv risikoen for at du skal begå seksuallovbrudd etter løslatelse?**

Liten risiko for det

Moderat risiko for det

Stor risiko for det

Jeg vet ikke hva risikoen er for det

**Eventuelle kommentarer til svarene over:**

---

---

---

---

**q) Er BASIS et behandlingstilbud du vil anbefale til andre?**

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

**Øvrige kommentarer:**

---

---

---

---



Kriminalomsorgens utdanningscenter KRUS

Deres ref:

Vår ref: 201613948-4

Dato: 2.8.2016

### OPPDRAGSAVTALE MELLOM KRUS OG OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Det foreligger et samarbeidsprosjekt mellom Oslo Universitetssykehus OUS og kriminalomsorgen om muligheten for å kunne etablere et behandlingstilbud for sedelighetsdømte innsatte i helseregion Sør-Øst. Prosjektet trenger å foreta en screening (kartlegging) av mulig egnede domfelte som kan tilbys å delta i det planlagte behandlingstilbudet. I den forbindelse er det inngått følgende oppdragsavtale mellom oppdragsgiver Kriminalomsorgens høyskole og utdanningscenter KRUS og oppdragstaker Oslo universitetssykehus OUS:

KRUS tilbyr Ingeborg Jenssen Sandbukt, Saghi Khazaeni og Kristoffer Høiland, alle ansatte ved OUS, tilgang til nødvendig informasjon fra kriminalomsorgens informasjonssystemer for å kunne foreta en screening av potensielle domfelte som kan tilbys behandling. Ansvar for behandlingen tilligger helsevesenet.


Informasjonstilgangen vil bare bli gitt i KRUS sine kontorlokaler, som innebærer at de navngitte ansatte ved OUS fysisk må oppholde seg på KRUS når screeningen forctas.

Det er videre en forutsetning for informasjonstilgangen at informasjonen behandles og oppbevares på KRUS til screeningen er fullført. De ansatte ved OUS må undertegne taushetserklæring for screeningsoppdraget.


KRUS sin kontaktperson for oppdraget er Ragnar Kristoffersen, som praktisk vil legge til rette for at screeningen kan gjennomføres.

Oppdragstaker beholder lønns- og personalansvar for de som utfører screeningsoppdraget.

For oppdragsgiver:

  
Hans-Jørgen Brucker  
Direktør

For oppdragstaker:

  
Harald Aulie  
Seksjonsleder

Postadresse:  
Dokumentsenteret  
Pb 694  
4305 Sandnes

Besøksadresse:  
Solheimsgata 21  
2000 Lillestrøm  
Org.nr: 971 526 386

Telefon: 400 25 500

Saksbehandler: Ragnar Kristoffersen  
E-post: krus@krus.no

## Vedlegg 6

### Deltagelse på seminarer/konferanser

Arrangør	Tema/tittel	Sted	Dato
Nordisk forskningsseminar	Nettverk for forskning om voldtekt, seksuelle overgrep og gråsonekrenkelses, NKVTS	Oslo	21.04.16
Strafferettskonferansen i Loen	Kriminalomsorgen region vest	Loen	09.-10.05.16
Nordic-Baltic Dialogue Expert Round table seminar	Treatment and Rehabilitation of Sexual Offenders	Tallinn	18.-19.05.16
IATSO <sup>8</sup>	Desistance from sexual Offending – About Treatment and Other Effective Approaches	København	06.-09.09.16
4th Bergen International Conference on Forensic psychiatry	Personality Disorder	Bergen	25.-27.10.16
ATSA <sup>9</sup>	36th Annual Research and Treatment Conference	Kansas City	25.-28.10.17
RVTS <sup>10</sup> Midt og Kompetansenettverk for behandling av personer som har begått seksuelle overgrep	Sex i en digital tid: Internett som arena for seksuelle overgrep	Oslo	30.11.17
ATSA	37th Annual Research and Treatment Conference	Vancouver	17.-20.10.18
Kriminalomsorgen region sør og Universitetet i Sørøst-Norge	Seksuallovbruddskonferanse – forebygging, straff og oppfølging	Vestfold	20.11.18
CEP <sup>11</sup>	Re-framing Sexual Abuse: Practical Directions	Riga	22.-23.11.18
Organisasjonen Voksne for barn i samarbeid med Kavlifondet	Sinte unge gutter	Oslo	03.12.18
Strafferettskonferansen i Loen	Kriminalomsorgen region vest	Loen	01.-02.04.19

<sup>8</sup> International Association of the Treatment of Sexual Offenders (IATSO)

<sup>9</sup> Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA)

<sup>10</sup> Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

<sup>11</sup> Confederation of European Probation (CEP)

## Vedlegg 7

### Gjennomførte kurs

<b>Kurs</b>	<b>Arrangør</b>	<b>Sted</b>	<b>Dato</b>
STATIC-99R	Justice Institute of British Columbia (JIBC)	Online webinar	2016/2017
STABLE-2007/ ACUTE-2007	JIBC/Global Institute of Forensic Research (GIFR)	Online webinar	2016/2017
Circles of Support and Accountability (CoSA)	GIFR	Online webinar	06.12.17
SAPROF-SO	- SIFER v/David Thornton - Internt v/ Gwenda Willis	- Bergen - Online webinar/Skype	- 21.03.18 - 05.11.18
SVR-20	SIFER v/David Cooke og Randall Kropp	Gaustad	14.09.16
Fengselspsykiatri	SIFER	Gaustad	2016/2017

## Vedlegg 8

### Kunnskapsformidling

Hvor	Målgruppe/anledning	Tema	Dato
Vestfold friomsorgskontor	Personalmøte v/friomsorgskontoret	BASIS-prosjektet og behandling med GLM	21.09.16
Fengselspsykiatrisk poliklinikk (FPP), Oslo fengsel	Avdelingsmøte for leger og psykologer	BASIS-prosjektet og behandling med GLM	07.10.16
Søndre Vestfold fengsel, avd. Berg	Betjentmøte	BASIS-prosjektet og behandling med GLM	16.11.16
Buskerud friomsorgskontor, Drammen	Personalmøte v/friomsorgskontoret	BASIS-prosjektet og behandling med GLM	07.07.17
FFP og Prejudisiell enhet (nå REP)	Strategiseminar for personalgruppen	Oppsummering 2016 og strategi for BASIS-prosjektet 2017	02.02.17
Kurs i fengselspsykiatri, SIFER/Gaustad	Leger/psykologer på fengselspsykiatrikurs	BASIS-prosjektet	29.03.17
For Fangers Pårørende, Oslo	Temakveld for pårørende	Veiledning og undervisning «å være pårørende til en som er dømt for seksuallovbrudd»	16.11.17
Ringerike fengsel	Fagdag for betjenter og øvrige ansatte om seksuallovbruddsdømte	BASIS-prosjektet og behandling med GLM	28.11.17
Ila fengsel og forvaringsanstalt	Møte for avdelingsledere	Behandlingen i BASIS	09.03.18
Røde Kors	Film til internundervisning for frivillige	Om seksuallovbruddsdømte	2018
KDI avdelingsmøte, Oslo	Avd. for innhold og kapasitet	BASIS-prosjektet	23.10.18
Campus Vestfold	Seksuallovbruddskonferanse v/ Kriminalomsorgen region sør og Universitetet i Sørøst-Norge	Innlegg om seksuallovbruddsdømte + stand m/info om BASIS-prosjektet og valideringsstudie STATIC-99R	20.11.18
Nasjonalt kompetansenettverk for behandling av personer som begår seksuelle overgrep	Nettverksmøte	BASIS-prosjektet	27.03.19

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, HSØ, Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo  
Besøksadresse: Bygg 7, Gaustad, Sognsvannsveien 21, 0372 Oslo. Tlf: 22 02 92 20

[www.sifer.no](http://www.sifer.no)

ISBN 978-82-8227-200-1 (Trykt)

ISBN 978-82-8227-201-8 (Elektronisk)