

SIKKERHETSPSYKIATRI I NORGE 2023

EN STATUSRAPPORT



FORORD

Dette er den femte statusrapporten om norsk sikkerhetspsykiatri. Rapportene fra 2005, 2008, 2015 og 2019 har fremskaffet viktig informasjon om fagfeltet, og har vært sentrale grunnlagsdokumenter for myndigheter, forvaltning og helseforetak i helseplanlegging og strategiarbeid. Flere andre rapporter har vært utarbeidet på bakgrunn av funn i statusrapportene, bl.a. *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern* fra 2023.

Overordnet plan ble utarbeidet av representanter fra det sikkerhetspsykiatriske fagfeltet, og grundig forankret blant tillitsvalgte, verneombud og fagpersoner gjennom omfattende medvirknings- og høringsrunder. Planen ble vedtatt av administrerende direktør og i styret ved alle de fire regionale helseforetakene. Helsedepartementet har i sitt oppdragsdokument av 2024 bedt de regionale helseforetakene om å følge opp planen og vurdere hvordan utviklingen innen tjenesteområdet i henhold til planen best kan følges opp i egen region. Overordnet plan er dermed førende for all planlegging og utviklingsarbeid i det sikkerhetspsykiatriske fagfeltet i tiden framover.

I juni 2023 ga Helsedirektoratet Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst i oppdrag å utarbeide en ny statusrapport for norsk sikkerhetspsykiatri. Funn i tidligere statusrapporter og i Overordnet plan var førende for mandatet, som ba kompetansesentrene om særlig å redegjøre for utvikling og konsekvenser av strafferettslige innleggelses og rettspsykiatrisk virksomhet, samt behov for behandlingstilbud til barn, unge voksne og kvinner. Denne undersøkelsen er den første i rekken av statusrapportene som har fremskaffet informasjon om behandling og ivaretagelse av barn under 18 år og unge voksne mellom 18 og 25 år i norske sikkerhetsavdelinger. Det er også første gang at tjenestetilbudet til kvinner har blitt undersøkt. Denne informasjonen vil være sentral i arbeidet med effektivering av Overordnet plan.

Årets undersøkelse har vært den mest omfattende så langt. I underkant av 300 spørsmål er besvart og analysert, og en rekke tilleggsspørsmål er sendt til respondentene for oppklaring og kvalitetssikring. Denne statusrapporten gir god og nødvendig informasjon om status for fagfeltet og utviklingen de siste årene. En stor fordel med kontinuiteten i rapporteringen fra 2005 og frem til i dag, er at statusrapportene nå gir et godt bilde over utviklingen, og ikke bare et øyeblikksbilde fra de aktuelle årene. Datamaterialet som nå er å finne i statusrapportene viser en tydelig utvikling av fagfeltet, både med hensyn til organisering og kapasitet, men også en endring i pasientpopulasjonen.

Spesialrådgiver Stine Kilden har gjennomført undersøkelsen og skrevet rapporten, i samarbeid med spesialsykepleier Gunnar Eidhammer og overlege/dr.med. Kjersti Narud ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helse Sør-Øst. Arbeidet har fått god veiledning fra forsker/forskningsfaglig ansvarlig Christine Friestad og professor Unn Kristin H. Haukvik, også ved kompetansesenteret. En stor takk rettes til overlege Maria Sigurjónsdóttir og forsker Øyvind Lockertsen for betydningsfullt bidrag i ferdigstilling av rapporten. En stor takk rettes også til samtlige sikkerhetsavdelinger i Norge som har bidratt til å svare på denne undersøkelsen.

Gaustad, 26.06.2024

Hege Eriksen
Enhetsleder

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst

Innhold

Sammendrag.....	0
1. OM RAPPORTEN	2
1.1. Om norsk sikkerhetspsykiatri.....	2
1.2. Bakgrunn, mandat og avgrensning.....	3
1.3. Gjennomføring av undersøkelsen	3
1.4. Personvern.....	5
2. RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN	6
2.1. Organisering	6
2.2. Kapasitet	11
2.3. Aktivitet.....	13
2.3.1. Henvisninger og ventetid	13
2.3.2. Innleggelse og utskrivninger	13
2.3.3. Belegg og behandlingstid	15
2.3.4. Vurdering av pasientsirkulasjon og kapasitet	16
2.3.5. Samhandling internt og eksternt	17
2.4. Pasientpopulasjon	17
2.4.1. Juridisk grunnlag for innleggelse.....	18
2.4.2. Diagnoser	20
2.4.3. Vold og kriminalitet	21
2.4.4. Selvskading og suicidal atferd	23
2.4.5. Vergemål og kontakt med pårørende	23
2.4.6. Barn og unge voksne	23
2.4.7. Kvinner	24
2.5. Innleggelse etter strafferettslig grunnlag	25
2.5.1. Gjennomføring av dom på overføring til tvungen psykisk helsevern etter straffeloven § 62	25
2.5.2. Gjennomføring av varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188	26
2.5.3. Gjennomføring av rettspsykiatriske undersøkelser i psykiatrisk sykehus etter straffeprosessloven § 167 .	27
2.6. Kliniske verktøy.....	28
2.6.1. Tester, utrednings- og screeningverktøy.....	28
2.6.2. Verktøy for vurdering av voldsrisiko	29
2.7. Miljøterapi og aktivitetstilbud	29
2.8. Vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4	30
2.9. Poliklinisk virksomhet.....	31
2.10. Bemanning og kompetanse	35
2.10.2. Rekruttering	37
2.10.3. Forskning og fagutvikling	38
2.11. Bygningsmessige forhold	38
2.11.1. Statistiske sikkerhetstiltak	39
2.11.2. Rømninger og uteblivelser.....	40

2.11.3.	Beslag av rusmidler og farlige gjenstander	40
2.12.	Planlagte fremtidige endringer	41
3.	DISKUSJON	43
3.1.	Organisering og behandlingsskapasitet	43
3.1.1.	Organisering og kapasitet for poliklinisk virksomhet	44
3.1.2.	Organisering og kapasitet for innleggelse etter strafferettslig hjemmel	46
3.2.	Pasientpopulasjon og behandling	52
3.2.1.	Barn og unge voksne	52
3.2.2.	Kvinner	53
3.2.3.	Miljøterapi og aktivitetstilbud	54
3.2.4.	Kartlegging, forebygging og håndtering av vold og aggresjon	56
3.2.5.	Gjennomføring av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 4	57
3.3.	Bygningsmessige forhold	60
4.	ANBEFALINGER FOR FREMTIDIGE STATUSRAPPORTER	62
5.	REFERANSER	63
6.	VEDLEGG	68

Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å beskrive utviklingstrekk og status ved norske sikkerhetsavdelinger, særlig med hensyn til kapasitet, organisering, aktivitet, kompetanse og pasientpopulasjon. Rapporten redegjør også for utvikling og konsekvenser av strafferettslige innleggelse og rettspsykiatrisk virksomhet, og har for første gang inkludert spørsmål om behandlingstilbudet til barn, unge voksne og kvinner i sikkerhetsavdelingene.

Alle sikkerhetsavdelingene i Norge fikk tilsendt fire forskjellige spørreskjemaer i januar og februar 2024, som omfattet en tverrsnittsundersøkelse for status per 31.12.2023 og en retrospektiv rapportering av utvalgte virksomhetsparametre for året 2023 og perioden 2020-2023. Undersøkelsen ble supplert med informasjon fra respondentene og andre relevante kilder i etterkant av spørreskjemabesvarelsene.

Resultatene viser at alle de fire helseregionene nå har regionalt sikkerhetspsykiatrisk tilbud, etter opprettelse av seks regionale døgnplasser i Helse Nord. Kapasiteten i de lokale sikkerhetsavdelingene er også styrket. Ved årsskiftet 2023/2024 var det 249 døgnplasser i norske sikkerhetsavdelinger, fordelt på 48 regionale plasser og 201 lokale plasser. Dette tilsier en økning i den regionale kapasiteten fra 0,8 per 100 000 innbyggere i 2019 til 0,9 i 2023. Den lokale kapasiteten er økt fra 3,3 døgnplasser per 100 000 innbyggere i 2019 til 3,6 i 2023. Samlet sett har de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene en kapasitet på 4,5 døgnplasser per 100 000 innbyggere.

Det er høy aktivitet i sikkerhetsavdelingene, med mange innleggelse og utskrivninger og jevnt over høyt belegg. Ved årsskiftet 2023/2024 var 31 pasienter utskrivningsklare og ventet på overføring til annen avdeling. Årsaken til at disse ikke var overført på tidspunktet, var manglende kapasitet i mottaksapparatet. En stor andel av respondentene oppgir at døgnkapasiteten ikke er tilstrekkelig for avdelingenes opptaksområde og at pasientsirkulasjonen ikke er tilfredsstillende.

Rapporten presenterer informasjon om 240 pasienter innlagt i sikkerhetsavdelingene den 31.12.2023. Kvinner utgjorde om lag 10 % av pasientpopulasjonen. To tredeler av pasientene var 40 år eller yngre. To pasienter var under 18 år. Den mest utbredte hoveddiagnosen var schizofreni i kombinasjon med rusmiddelavhengighet. Flertallet av pasientene (78 %) hadde én eller flere bidiagnoser. Undersøkelsen avdekker ulike praksis for bruk av tester, utrednings- og screeningverktøy, men noe mer homogen praksis for kartlegging av voldsrisiko. Det er imidlertid variasjon og mangel på systematisk registrering og kartlegging av vold og aggresjon under behandlingsforløpet. Avdelingene har noe ulike tilnærming til det miljøterapeutiske arbeidet, og avdelingene har ulike aktivitetstilbud.

Til sammen 43 % av pasientene var innlagt på sivilrettslig grunnlag etter psykisk helsevernloven, mens 57 % var innlagt etter strafferettslig hjemmel. Dette er en økning fra 2019, hvor andelen innleggelse hjemlet i straffelovgivningen var på 38 %. Om lag 40 % av de personene som var under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern i landet ved årsskiftet, var innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger. I perioden 2020-2023 ble 91 personer, herunder fire kvinner, innlagt på varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188. Det ble gjennomført 84 rettspsykiatriske døgnundersøkelser etter straffeprosessloven § 167, hvorav 67 mannlige og 17 kvinnelige observander, alle over 18 år.

I perioden 2020-2023 ble det fattet 3750 vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4. Det er grunn til å tro at enkeltpasienter genererer et stort antall av vedtak, og at ulike utforming av bygningsmassene, samt kompetanse og kultur påvirker gjennomføring av det psykiske helsevernet. Det er krevende å balansere hensynet mellom psykisk helsevernloven og arbeidsmiljøloven og å sikre ansatte i norske sikkerhetsavdelinger deres lovhemlede rettigheter om et forsvarlig arbeidsmiljø.

For om lag halvparten av sikkerhetsavdelingene oppgir respondentene at avdelingens fysiske utforming ikke er tilpasset utredning og behandling av målgruppepasienter, og ikke ivaretar sikkerheten på en tilfredsstillende måte. Det rapporteres om hendelser med rømninger fra avdelingene, samt flere funn av rusmidler og farlige gjenstander i avdelingene og på avdelingenes eiendommer.

I perioden 2020-2023 har sikkerhetsavdelingene tatt imot ti pasienter under 18 år og 78 pasienter mellom 18 og 25 år til behandling med døgnopphold. 18 av disse var jenter. I samme periode har sikkerhetsavdelingene hatt 90

kvinner i behandling med døgnopphold, herunder 15 på regionalt og 75 på lokalt nivå. Det er svært få avdelinger som oppgir å ha et tilpasset behandlingstilbud til barn, og unge voksne og kvinner.

Ti lokale sikkerhetsavdelinger har etablert poliklinisk tjenestetilbud for å bedre pasientflyten og frigjøre døgnplasser, og undersøkelsen viser en omfattende og økende poliklinisk virksomhet. Ved årsskiftet 2023/2024 var 168 pasienter i oppfølging ved de ulike polikliniske tjenestetilbudene. Den polikliniske virksomheten er ulikt organisert og har ulike rammebetingelse for drift. Funnene viser at omfanget av driften i sikkerhetsavdelingene er langt større enn det antall døgnplasser tilsier.

Med bakgrunn i funnene, tar rapporten for seg kapasitetsutviklingen generelt og utviklingen av den polikliniske virksomheten spesielt. Videre gir rapporten oversikt over utviklingen av innleggelse etter strafferettslig hjemmel og hvordan dette påvirker kapasiteten og setter krav til kompetanse i sikkerhetsavdelingene. Rapporten peker på områder hvor det er behov for gjennomgang og avklaring. Rapporten setter søkelys på barn, unge voksne og kvinner, og konkluderer med at det per i dag ikke er utviklet et kvalifisert tilbud til disse pasientgruppene i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Rapporten viser til forbedringsområder knyttet til registrering og kartlegging av vold og aggresjon, miljøterapi og aktivitetstilbud. Balansegangen mellom riktig bruk av tvang og de ansattes sikkerhet belyses. Avslutningsvis understrekes det behov for tilrettelagt bygningsmasse for sikkerhetspsykiatrisk drift.

1. OM RAPPORTEN

1.1. Om norsk sikkerhetspsykiatri

I flere vestlige land faller funksjonene sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatrisk sakkyndighet under terminologien *rettspsykiatri* (forensic psychiatry). Sikkerhetspsykiatri er i så måte et norsk begrep. Prinsipper for behandling og differensiering av nivåene i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet ble først beskrevet av myndighetene i Stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet* i 1997.¹ I Norge er det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet organisert som en integrert del av det ordinære psykiske helsevernet, og skal håndtere kompliserte og alvorlige psykiske tilstander og voldsproblematikk som det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet ikke har rammebetingelser for å håndtere. De regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene skal tilby utredning og behandling til personer med alvorlig psykisk lidelse og betydelig risiko for voldelig atferd ovenfor andre, eventuelt med kompliserende tilleggsproblem eller komorbiditet, som alvorlig personlighetsforstyrrelse, rusmiddelavhengighet mv. I tillegg skal sikkerhetsavdelingene kunne tilby innleggelse for utredning og behandling av pasienter fra varetekt, fengsel og forvaring. De regionale sikkerhetsavdelingene skal behandle de pasientene som er for ressurskrevende eller voldelige for håndtering i de lokale sikkerhetsavdelingene.

Innleggelse i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger gjøres med hjemmel i psykisk helsevernloven, straffeprosessloven og straffeloven. Psykisk helsevernloven utgjør det sivilrettslige hjemmelsgrunnlaget for innleggelse, mens straffeprosessloven og straffeloven utgjør det strafferettslige. Innføring av psykisk helsevernloven kapittel 4A i 2012 styrket de regionale sikkerhetsavdelingenes mulighet til ivaretagelse av samfunnsvernet og sikkerheten til pasienter og ansatte. Slik lov hjemmel har ikke de lokale sikkerhetsavdelingene, ei heller øvrige psykiatriske helseinstitusjoner i Norge (eksempelvis akuttpsykiatriske avdelinger) som i ulike faser av behandlingen ivaretar den samme pasientgruppen.

Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) definerer sikkerhetspsykiatri som *«et fagfelt som sørger for utredning og behandling av pasienter som har alvorlig sinnslidelse og samtidig svært aggressiv eller voldelig atferd, og som oftest får døgninnleggelse i de regionale eller lokale sikkerhetspsykiatriske avdelingene i Norge. Personene kan være til fare for seg selv og/eller andre.»*² Til tross for at pasientgruppen som oftest får døgninnleggelse i de regionale eller de lokale sikkerhetsavdelingene, ivaretas pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og voldsproblematikk i hele behandlingskjeden, i ulike faser av forløpet. Det psykiske helsevernet er basert på BEON-prinsippet, som innebærer at pasienten skal motta behandling på beste effektive omsorgsnivå.³ Det er derfor pasientenes psykiske tilstand og symptomtrykk som til enhver tid avgjør hvilket behandlings- og sikkerhetsnivå pasienten er innlagt ved. På denne måten er ikke «sikkerhetspsykiatri» kun forbeholdt sikkerhetspsykiatriske avdelinger, og såkalte «sikkerhetspsykiatriske pasienter» ivaretas i hele det psykiske helsevernet.

FAKTA

INNLEGGELSE ETTER SIVILRETTLIG OG STRAFFERETTLIG HJEMMEL

Sivilrettslig innleggelse gjøres etter følgende hjemmelsgrunnlag:

- Psykisk helsevernloven § 2- 1 (Frivillig innleggelse)
- Psykisk helsevernloven § 3- 2 (Tvungen observasjon)
- Psykisk helsevernloven § 3- 3 (Tvungen psykisk helsevern)

Strafferettslig innleggelse gjøres etter følgende hjemmelsgrunnlag:

- Straffeloven § 62, første ledd (Tidsbestemt dom på overføring til tvungen psykisk helsevern)
- Straffeloven § 62, andre ledd (Tidsbestemt dom på overføring til tvungen psykisk helsevern)
- Straffeprosessloven § 167 (Rettspsykiatrisk undersøkelse i psykiatrisk sykehus)
- Straffeprosessloven § 188 (Varetektssurrogat)

www.lovdatab.no

¹ (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997)

² (SIFER, 2024)

³ (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)

1.2. Bakgrunn, mandat og avgrensning

Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. For å kunne ivareta denne oppgaven, trenger direktoratet jevnlig oppdatert kunnskap fra praksisfeltet.

Etter innføring av en strafferettslig særreaksjon for utilregnelige lovbrøyttere i 2002, ble det foreslått å øke behandlingsskapiteten i sikkerhetspsykiatrien. Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gjennomførte derfor en behovsvurdering som ble presentert i rapporten *Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005*⁴. En tilsvarende undersøkelse ble gjentatt i 2008.⁵ Siden den gang er det gjennomført omorganiseringer og omfordeling av ressurser, og fagfeltet har fått nye oppgaver. Helsedirektoratet ga derfor kompetansesentrene i oppdrag å gjennomføre en ny undersøkelse i 2015.⁶ Undersøkelsen ble gjentatt i 2019.⁷ Rapportene har gitt viktig informasjon om status og utvikling innen fagfeltet, og har vært sentrale grunnlagsdokument for planlegging og strategiarbeid for det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.

I oppdragsbrev av 7.6.2023 har Helsedirektoratet bedt Regionalt kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst om å gjennomføre en ny undersøkelse:

*«Helsedirektoratet ber med dette Kompetansesenteret for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst om å utarbeide en ny statusrapport for sikkerhetspsykiatri i Norge. Statusrapporten må beskrive kapasitet, organisering, aktivitet, kompetanse, pasientpopulasjon og andre relevante forhold for den sikkerhetspsykiatriske helsetjenesten. I lys av de siste års utvikling og forhold påpekt i statusrapport for 2019, ber Helsedirektoratet om at rapporten særlig redegjør for utvikling og konsekvenser av strafferettslige innleggelses og rettspsykiatriske virksomhet, samt behov for behandlingstilbud til barn, unge voksne og kvinner.»*⁸

Denne rapporten inkluderer kun såkalte «regionale sikkerhetsavdelinger» og «lokale sikkerhetsavdelinger» som beskrevet i Robak-utvalgets rapport av 1980 og Stortingsmelding *Åpenhet og helhet* fra 1997 og pasientene som følges opp av disse.⁹ Rapporten tar ikke for seg «sikkerhetspsykiatri» eller «sikkerhetspsykiatriske pasienter» generelt (pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsproblematikk og ofte rusmiddelavhengighet) etter videreføring fra disse avdelingene.

1.3. Gjennomføring av undersøkelsen

Resultatene som presenteres i denne rapporten er innhentet fra landets fire regionale sikkerhetsavdelinger og 17 lokale sikkerhetsavdelinger, ved hjelp av fire ulike Questback-spørreskjemaer, supplert med relevant informasjon fra andre kilder.

Som forberedelse til datainnsamlingen ble det sendt informasjon om undersøkelsen til alle landets sikkerhetsavdelinger, med oppfordring om å melde inn aktuelle respondenter til ovennevnte undersøkelser. Det ble deretter avholdt digitale informasjonsmøter for de innmeldte respondentene, der de fikk informasjon om mandatet fra Helsedirektoratet og om innholdet i spørreundersøkelsene. Deltakerne fikk også anledning til å stille spørsmål og komme med forbedringsforslag.

Det ble sendt ut fire ulike spørreskjemaer i januar og februar 2024, til totalt 60 respondenter fra regionale og lokale sikkerhetsavdelinger.

- 1) **Pasientopplysninger:** Respondentene her var 23 avdelingsoverleger, personer i liknende funksjon eller med delegert fullmakt, som innhentet anonymiserte opplysninger om pasienter innlagt per 31.12.2023. Vi mottok til sammen skjemaer for 249 unike pasienter. Ni pasienter ble fjernet fra datasettet, da de ikke

⁴ (Kjeldsberg & Hartvig, Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005, 2005)

⁵ (Kjeldsberg & Sandli, Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008, 2009)

⁶ (Haaland, Sigurjónsdóttir, Bjørnstad, & Bjørkly, 2016)

⁷ (Kilden, Sigurjónsdóttir, Eidhammer, & Selmer, 2020)

⁸ (Helsedirektoratet, 2023)

⁹ (Robak, Høye, & Kjerschow, 1980) og (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997)

fylte inklusjonskriteriene. Alle data knyttet til pasientopplysninger i denne undersøkelsen er hentet fra dette datasettet, og n = 240 når det refereres til totalt antall pasienter innlagt i døgnopphold per 31.12.2023.

- 2) **Hovedskjema RSA:** Respondentene her var avdelingenes ledere, som rapporterte aktivitet og drift for dagen for tverrsnittsundersøkelsen (31.12.2023), året 2023 og perioden 2020-2023.

Hovedskjema RSA omfattet 113 spørsmål, fordelt på følgende kategorier:

- Om avdelingen
- Henvvisninger
- Innleggelser og utskrivelser
- Ventetid, behandlingstid og belegg
- Pasientsirkulasjon og vurdering av kapasitet
- Behandlingstilbud til barn og unge voksne
- Behandlingstilbud til kvinner
- Rettspsykiatriske døgnundersøkelser
- Vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4
- Diagnostisk utredning og voldsriskovurdering
- Miljøterapi
- Aktivitet, arbeid og utdanning
- Personell og kompetanse
- Voldshendelser i avdelingen
- Rusmidler, farlige gjenstander, rømning og gisselsituasjoner
- Forskning og fagutvikling
- Samhandling og nettverk
- Avdelingens fysiske utforming
- Planer for omstilling

Alle de fire regionale sikkerhetsavdelingene svarte på undersøkelsen. De fire regionale sikkerhetsavdelingene har syv underliggende døgnenheter, men har innrapportert data avdelingsvis.

- 3) **Hovedskjema LSA:** Respondentene her var avdelingenes/enhetenes ledere som rapporterte aktivitet og drift for dagen for tverrsnittsundersøkelsen (31.12.2023), året 2023 og perioden 2020-2023.

Spørreskjemaet hadde 113 spørsmål, fordelt på følgende kategorier:

- Om avdelingen
- Henvvisninger
- Innleggelser og utskrivelser
- Ventetid, behandlingstid og belegg
- Pasientsirkulasjon og vurdering av kapasitet
- Behandlingstilbud til barn og unge voksne
- Behandlingstilbud til kvinner
- Rettspsykiatriske døgnundersøkelser
- Vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4
- Diagnostisk utredning og voldsriskovurdering
- Miljøterapi
- Aktivitet, arbeid og utdanning
- Personell og kompetanse
- Voldshendelser i avdelingen
- Rusmidler, farlige gjenstander, rømning og gisselsituasjoner

- Forskning og fagutvikling
- Samhandling og nettverk
- Avdelingens fysiske utforming
- Planer for omstilling

Alle de lokale sikkerhetsavdelingene svarte på undersøkelsen og vi mottok 23 svar, som til sammen dekker alle de 17 lokale sikkerhetsavdelingene, bestående av én eller flere døgnenheter. N for de lokale sikkerhetsavdelingene er derfor 23, med mindre noe annet er oppgitt.

- 4) **Poliklinisk virksomhet:** Respondentene her var virksomhetenes ledere, og skjemaet ble ettersendt på bakgrunn av informasjon og kontaktopplysninger oppgitt i Hovedskjema RSA og Hovedskjema LSA. Spørreskjemaet hadde 27 spørsmål og innhentet opplysninger om poliklinisk virksomhet for dagen for tverrsnittundersøkelsen (31.12.2023) og året 2023. Alle de ti respondentene som mottok dette skjemaet besvarte undersøkelsen.

I de tilfeller hvor det manglet svar på viktige spørsmål, ble respondentene i ettertid kontaktet via e-post eller telefon for oppklaringer.

1.4. Personvern

Opplysningene som inngår i denne undersøkelsen er en del av den informasjonen som avdelingene allerede har samlet inn om virksomheten og pasientene. Kun personer med lovlig tilgang til pasientopplysningene besvarte pasientskjemaet, og rapporteringen omfatter ikke personopplysninger. Det er ikke opprettet et personregister. Undersøkelsen er tilrådd av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus HF.¹⁰

¹⁰ (Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus HF, 2023)

2. RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN

2.1. Organisering

Norge har fire regionale sikkerhetsavdelinger med syv døgnenheter; Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst med tre døgnenheter, Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest med én døgnenhet, Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge med to døgnenheter og Regional sikkerhetsavdeling i Helse Nord-Norge med én døgnenhet. Det er 17 lokale sikkerhetsavdelinger med 23 døgnenheter.¹¹ Lokale sikkerhetsavdelinger med flere enn én døgnenhet er Oslo universitetssykehus (tre enheter – på Dikemark i Asker (en enhet) og Gaustad i Oslo (to enheter)), Sykehuset Østfold (to enheter), Sykehuset Stavanger (to enheter), Helse Møre og Romsdal (to enheter – ved Ålesund sykehus og på Hjelset i Molde) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (to enheter). Ti lokale sikkerhetsavdelinger har organisert poliklinisk virksomhet.

Det er fire sykehus som har områdefunksjon innen psykisk helsevern, men som ikke har egne sikkerhetspsykiatriske døgnplasser; Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset.

Nedenfor følger en oversikt over sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud ved norske helseforetak ved årsskiftet 2023/2024. For detaljert oversikt over opptaksområder, se kapittel 6.

Helse Sør-Øst

Sykehuset Østfold har lokal sikkerhetsavdeling på Kalnes utenfor Sarpsborg med 16 døgnplasser, fordelt på to døgnenheter; **Sikkerhetsseksjon 1** med åtte plasser og **Sikkerhetsseksjon 2** med åtte plasser. Opptaksområdet er Østfold fylke og Vestby kommune i Akershus fylke.

Sykehuset Innlandet har lokal sikkerhetsavdeling på Reinsvoll utenfor Raufoss; **Enhet for sikkerhetspsykiatri** med elleve døgnplasser, to beredskaps plasser og tre treningshybler. Enheten har også poliklinisk virksomhet; FACT-Sikkerhet. Opptaksområdet er Innlandet fylke, med unntak av Kongsvingerregionen.

Akershus universitetssykehus har lokal sikkerhetsavdeling på Lurud på Skedsmokorset; **Sikkerhetsseksjon B** med åtte døgnplasser og én beredskaps plass. I tillegg disponerer Ahus ti døgnplasser i Lokal sikkerhetsenhet A ved Oslo universitetssykehus, se under. Opptaksområdet er Øvre og Nedre Romerike, Follo, Kongsvingerregionen, samt bydelene Grorud, Alna og Stovner i Oslo.

Lovisenberg Diakonale Sykehus har ikke eget sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud, men disponerer åtte døgnplasser i Lokal sikkerhetsenhet B ved Oslo universitetssykehus sammen med Diakonhjemmet, se under. Opptaksområdet er bydelene Grünerløkka, Gamle Oslo, St. Hanshaugen og Sentrum.

Diakonhjemmet har ikke eget sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud, men disponerer åtte døgnplasser i Lokal sikkerhetsenhet B ved Oslo universitetssykehus sammen med Lovisenberg, se under. Opptaksområdet er bydelene Vestre Aker, Ullern og Frogner.

¹¹ I rapporten Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 – En statusrapport oppgav man at det var «19 lokale sikkerhetsavdelinger fordelt på 15 helseforetak. Med dette mente man «15 lokale sikkerhetsavdelinger i 15 helseforetak med 19 underliggende døgnenheter».

Oslo universitetssykehus har **Regional sikkerhetsavdeling** på Dikemark utenfor Asker med 20 døgnplasser og to beredskapsplasser som betjener Helse Sør-Øst, fordelt på tre døgnenheter; Intensivpsykiatrisk døgnenhet med fem plasser og to beredskapsplasser, Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet med ni plasser, og Rettspsykiatrisk døgnenhet med seks plasser. Oslo universitetssykehus har lokal sikkerhetsavdeling på Gaustad i Oslo og på Dikemark med 30 døgnplasser, fordelt på tre døgnenheter: På Gaustad ligger **Lokal sikkerhetsenhet A** med ti døgnplasser som betjener Akershus universitetssykehus (se over) og **Lokal sikkerhetsenhet B** med åtte døgnplasser som betjener Lovisenberg og Diakonhjemmet (se over), og to plasser som betjener bydel Bjerke. På Dikemark ligger **Lokal sikkerhetsenhet C** med ti døgnplasser som betjener Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde; bydelene Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Sagene og Marka (med unntak av bydel Bjerke som sokner til enhet B på Gaustad). I Oslo universitetssykehus er også **Regionalt kompetansesenter for sikkerhets, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst**.

Vestre Viken har lokal sikkerhetsavdeling på Blakstad utenfor Asker; **Sikkerhetsseksjon Blakstad** med tolv døgnplasser. Avdelingen har også poliklinisk virksomhet; Sikkerhetspoliklinikken. Opptaksområdet er Buskerud fylke og kommunene Asker, Bærum, Sande og Jevnaker i Akershus fylke.

Sykehuset i Vestfold har lokal sikkerhetsavdeling på Sem utenfor Tønsberg; **Sikkerhetsposten**. Enheten har ti døgnplasser og én treningsleilighet. Sikkerhetsposten har også poliklinisk virksomhet; Spesialpoliklinikk Granli. Avdelingen har seks beredskapsplasser som benyttes i forbindelse med innleggelse fra poliklinisk oppfølging. Disse plassene regnes ikke formelt som en del av kapasiteten i sikkerhetsavdelingen. Opptaksområdet er Vestfold fylke.

Sykehuset Telemark har lokal sikkerhetsavdeling i Skien; **Seksjon for sikkerhetspsykiatri** med ni døgnplasser. Seksjonen har også poliklinisk virksomhet; Sikkerhetspsykiatrisk Team. Opptaksområdet er Telemark fylke.

Sørlandet sykehus har lokal sikkerhetsavdeling på Eg i Kristiansand; **Enhet for sikkerhetspsykiatri** med ti døgnplasser. Opptaksområdet er Agder fylke.

Helse Vest

Helse Stavanger har lokal sikkerhetsavdeling i Stavanger med 20 døgnplasser, fordelt på to døgnenheter; **Sikkerhetspost A1** med ti plasser og **Sikkerhetspost B1** med ti plasser. Avdelingen har også poliklinisk virksomhet; Ambulant sikkerhetsteam (AST). Sikkerhetspostene har i tillegg tett samarbeid med Eiketun, som har fem treningsleiligheter med rehabiliteringsformål. Opptaksområdet er den sørlige delen av Rogaland fylke.

Helse Fonna har lokal sikkerhetsavdeling i Valen; **Eining for sikkerhetspsykiatri** med ni døgnplasser. Helse Fonna har også Eining for sikkerhet og rehabilitering, som tar imot pasienter som trenger noe lengre opphold i døgnavdeling, men som ikke lenger trenger den bemanningen eller rammene som lokal sikkerhetsavdeling har. Seksjonen har også poliklinisk virksomhet; FACT-sikkerhet. De tre enhetene er samlokalisert og underlagt samme seksjon. Opptaksområdet er den nordlige delen av Rogaland fylke og åtte kommuner i Vestland fylke.

Helse Bergen har **Regional sikkerhetspost** i Sandviken i Bergen med ti døgnplasser som betjener Helse Vest. Helse Bergen har også lokal sikkerhetsavdeling i Sandviken; **Lokal sikkerhetspost** med åtte døgnplasser. Klinikken har

poliklinisk virksomhet; Sikkerhetspoliklinikken. Opptaksområdet er 17 kommuner i Vestland fylke.¹² I Helse Bergen er også **Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Vest**.

Helse Førde har lokal sikkerhetsavdeling i Førde; **Lokal tryggleik** med tre døgnplasser. Avdelingen har også poliklinisk virksomhet; Ambulant tryggleik. Opptaksområdet er tidligere Sogn og Fjordane fylke, med unntak av Gulen kommune.

Helse Midt-Norge

Helse Møre og Romsdal har lokal sikkerhetsavdeling med to døgnenheter; **Seksjon Lokal sikkerhetspsykiatri** i Ålesund med seks plasser og **Seksjon Lokal sikkerhetspsykiatri** på Hjelset med åtte plasser. Opptaksområdet er Møre og Romsdal fylke.

St. Olavs hospital har **Regional sikkerhetsavdeling** med ti døgnplasser som betjener Helse Midt-Norge, fordelt på to døgnenheter på Østmarka i Trondheim; Post A med fem plasser og Post B med fem plasser. St. Olavs hospital har også lokal sikkerhetsavdeling på Østmarka; **Post C** med seks døgnplasser som betjener tidligere Sør-Trøndelag fylke, med unntak av Osen kommune. Seksjonen har poliklinisk virksomhet; Ambulant sikkerhetsteam. I St. Olavs hospital er også **Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Midt-Norge**.

Helse Nord-Trøndelag har lokal sikkerhetsavdeling i Levanger; **Lokal sikkerhet** med seks døgnplasser. Opptaksområdet er tidligere Nord-Trøndelag fylke, Osen kommune i tidligere Sør-Trøndelag og Bindal kommune i Nordland fylke.

Helse Nord

Helgelandssykehuset har ikke sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud, og henviser målgruppepasienter til Nordlandssykehuset. Opptaksområdet er Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana i Nordland fylke, med unntak av Bindal kommune.

Nordlandssykehuset har lokal sikkerhetsavdeling på Rønvik i Bodø; **Sikkerhetsenheten** med 15 døgnplasser. Opptaksområdet er Salten, Lofoten og Vesterålen i Nordland fylke. I tillegg dekker Nordlandssykehuset behovet til Helgelandssykehuset for lokale sikkerhetsplasser. Fire kommuner i Ofoten i nordre Nordland sokner til Universitetssykehuset Nord-Norge, se under.

Universitetssykehuset i Nord-Norge har **Regional sikkerhetsavdeling** på Åsgård i Tromsø med Post A med seks døgnplasser som betjener Helse Nord. Universitetssykehuset i Nord-Norge har også lokal sikkerhetsavdeling på Åsgård med elleve døgnplasser, fordelt på to døgnenheter; **Post B** med seks plasser, og **Post C** med fem plasser og tre treningsleiligheter. Seksjonen har også poliklinisk virksomhet, Utadrettet Team Sikkerhet. Opptaksområdet er Troms fylke, og fire kommuner i Ofoten i nordre Nordland. I tillegg dekker Universitetssykehuset i Nord-Norge

¹² Betanien Sykehus er et privat sykehus med driftsavtale med Helse Vest, og tilbyr spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for voksne for bydeler i Bergen kommune (Fyllingsdalen og Laksevåg) med om lag 53 000 innbyggere. Sykehuset har ikke sikkerhetspsykiatriske plasser, og henviser pasienter med slikt behandlingsbehov til Helse Bergen.

behovet til Finnmarkssykehuset for lokale sikkerhetsplasser. I Universitetssykehuset i Nord-Norge er også **Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Nord**.

Finnmarkssykehuset har ikke sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud og henviser målgruppepasienter til Universitetssykehuset Nord-Norge. Opptaksområdet er Finnmark fylke.

Tabell 1 gir en samlet oversikt over døgnplassene i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i Norge per 31.12.2023.

Tabell 1: Antall døgnplasser i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i 2005, 2008, 2015, 2019 og 2023.

REGIONALT HELSEFORETAK	LOKALT HELSEFORETAK	DØGN-PLASSER	DØGN-PLASSER	DØGNPLASSER	DØGN-PLASSER	DØGN-PLASSER	
		2005	2008	2015	2019	2023	
TOTALT ANTALL REGIONALE OG LOKALE DØGNPLASSER		229	201	214	220	249	
REGIONALE DØGNPLASSER							
Helse Sør-Øst	Oslo universitetssykehus	34	22	20	22	22	
Helse Vest	Helse Bergen	10	10	10	10	10	
Helse Midt-Norge	St. Olavs hospital	10	10	10	10	10	
Helse Nord	Universitetssykehuset i Nord-Norge					6	
TOTALT ANTALL REGIONALE DØGNPLASSER		54	42	40	42	48	
LOKALE DØGNPLASSER							
Helse Sør-Øst	Sykehuset Østfold	12	16	16	16	16	
	Sykehuset Innlandet	19	19	11	13	13	
	Akershus universitetssykehus	0	0	8	8	9 ⁽¹⁾	
	Lovisenberg	0	0	0	0	0 ⁽¹⁾	
	Diakonhjemmet	0	0	0	0	0 ⁽¹⁾	
	Ullevål universitetssykehus	0	0	Oslo universitetssykehus	30	30	30 ⁽¹⁾
	Aker universitetssykehus	22	16				
	Sykehuset Asker og Bærum	11	9	Vestre Viken	12	12	12
	Sykehuset Buskerud	6	6				
	Sykehuset i Vestfold	8	8	10 ⁽⁸⁾	10 ⁽⁸⁾	10 ⁽⁸⁾	
	Sykehuset Telemark	9	9	9	9	9	
	Sørlandet sykehus	10	10	10	10	10	
Helse Sør-Øst		97	93	106	108	109	
Helse Vest	Helse Stavanger	10	15	10 (+5) ⁽²⁾	10	20	
	Helse Fonna	10	9	11 ⁽⁹⁾ (+1) ⁽³⁾	11 ⁽⁹⁾	9 ⁽⁹⁾	
	Helse Bergen	10	0 ⁽⁴⁾	8	8	8	
	Helse Førde	8	8	0	0	3	
	Helse Vest	38	32	29 (+6)	29	40	
Helse Midt-Norge	Helse Møre og Romsdal	18 ⁽⁵⁾	6	6	6	14	
	St. Olavs hospital	8	8	6	6	6	
	Helse Nord-Trøndelag	-	-	-	-	6	
	Helse Midt-Norge	26	14	12	12	26	
Helse Nord	Helgelandssykehuset	0	0	0	0	0 ⁽⁶⁾	
	Nordlandssykehuset	6	6	15	15	15	
	Universitetssykehuset i Nord-Norge	8	14	12	14	11	
	Finnmarkssykehuset	0	0	0	0	0 ⁽⁷⁾	
	Helse Nord	14	20	27	29	26	
TOTALT ANTALL LOKALE DØGNPLASSER		175	159	174 (+6)	178	201	

1) Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, og henviser pasienter med denne problematikken til Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus har til sammen 30 lokale sikkerhetspsykiatriske døgnplasser, hvorav tolv plasser disponeres av Oslo universitetssykehus og betjener lokalsykehusfunksjonen. Ti plasser disponeres av Akershus universitetssykehus og åtte plasser disponeres av Lovisenberg/Diakonhjemmet.

2) (+5) = Eiketun med fem leiligheter med rehabiliteringsformål. Tilbudet eksisterer fortsatt ved årsskiftet 2023/2024, men i Statusrapport 2019 og 2023 er ikke disse iberegnet som døgnplasser på lokale sikkerhetsavdeling.

3) +(1) = Helse Fonna med prosjektorganisert Spesialeining for barn / unge med én plass.

4) I mars 2007 ble den fylkesdekkende sikkerhetsavdelingen ved Haukeland universitetssykehus (Sandviken) i Bergen (ti døgnplasser) midlertidig stengt, og en midlertidig avlastningspost med fem plasser ble opprettet ved Valen sjukehus, Helse Fonna, for å dekke behovet for fylkesdekkende døgnplasser i tidligere Hordaland fylke.

5) Åtte sikkerhetsplasser på Hjelset og ti «skjermingsplasser» i Ålesund. De ti plassene i Ålesund ble etter hvert «forsterket rehabilitering», og siden seks sikkerhetsplasser. De åtte sikkerhetsplassene på Hjelset ble omdisponert til forsterket rehabilitering i 2009, for så å bli reetablert som sikkerhetsplasser i 2023.

6) Helgelandssykehuset har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, og henviser pasienter med denne problematikken til Nordlandssykehuset.

7) Finnmarkssykehuset har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud og henviser pasienter med denne problematikken til Universitetssykehuset Nord-Norge.

8) Sykehuset i Vestfold har fra 2014 hatt seks beredskapsplasser ved sikkerhetsavdelingen som brukes ved innleggelse fra Spesialpoliklinikken og akuttpsykiatrisk avdeling, men disse har aldri blitt formelt opprettet. Sikkerhetsposten er kun godkjent for ti døgnplasser.

9) I statusrapport 2015 og 2019 oppgav Helse Fonna å ha to plasser for kvinnelige sikkerhetspasienter i Eining for sikkerheit og rehabilitering. Disse ble da iberegnet i disse elleve plassene. Antall døgnplasser i Eining for sikkerhetspsykiatri er imidlertid uendret, med ni døgnplasser både i 2015, 2019 og i 2023.

2.2. Kapasitet

I tiden fra forrige statusrapport i 2019 har kapasiteten i norske sikkerhetsavdelinger økt med 29 døgnplasser; seks på regionalt nivå og 23 på lokalt nivå. Ved utgangen av 2023 var det 249 døgnplasser i de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene til sammen. Dette er det høyeste antallet siden nedleggelse av Reitgjerdet på 1980-tallet, se Tabell 2. Fra 2019 til 2023 har andelen sikkerhetspsykiatriske døgnplasser per 100 000 innbyggere økt fra 4,1 til 4,5, og er nå på 0,9 døgnplasser på regionalt nivå og 3,6 på lokalt nivå.

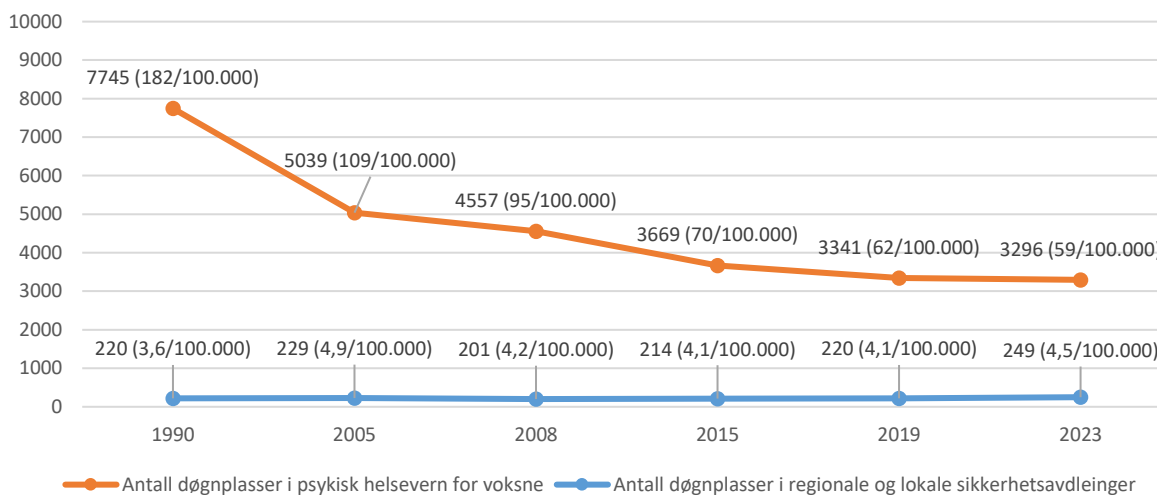
Tabell 2: Kapasitetsutvikling for døgnplasser i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i perioden 1980-2023.

	REITGJERDET 1980	1990	2005	2008	2015	2019	2023
Befolkning	4 078 900	4 247 546	4 640 219	4 799 252	5 213 985	5 365 194	5 550 203
Regionale døgnplasser		53 (1,2)	54 (1,2)	36 (0,8)	40 (0,8)	42 (0,8)	48 (0,9)
Lokale døgnplasser		102 (2,4)	175 (3,8)	165 (3,4)	174 (3,3)	178 (3,3)	201 (3,6)
TOTALT	NORMERT: 220 (5,4) I BRUK: 88 (2,2) ¹⁾	155 (3,6)	229 (4,9)	201 (4,2)	214 (4,1)	220 (4,1)	249 (4,5)

1) Kilde: Robak-utvalget 1980. Antall plasser per 100 000 er regnet ut i fra befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå. Robak-utvalget viser til 5,5 normerte døgnplasser per 100 000 innbyggere, se Robak-utvalgets innstilling, side 17. Diskrepansen kan muligens skyldes at det på den tiden tok noe tid før man hadde tilgang på oppdaterte befolkningstall.

Parallelt med kapasitetsutviklingen i sikkerhetsavdelingene, har antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne i perioden 1990-2023 blitt redusert fra 7745 til 3296, se Figur 1.¹³ Dette tallet inkluderer antallet sikkerhetsplasser. Nedgangen tilsier en reduksjon fra om lag 180 døgnplasser per 100 000 innbyggere i 1990 til om lag 60 døgnplasser per 100 000 innbyggere i 2023.¹⁴

Figur 1: Antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne og antall døgnplasser i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i 1990 og tidspunkt for statusrapportene i 2005, 2008, 2015, 2019 og 2023.



Det er stor variasjon i dekningsgraden mellom helseforetakene som har sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud. For de lokale sikkerhetsavdelingene er det en spredning fra 1,7 til 6,9 døgnplasser per 100 000 innbyggere, se Tabell 3.

¹³ (Statistisk sentralbyrå, 2024)

¹⁴ I statusrapporten fra 2019 er det angitt at figur 1 viste tall per 100 000 innbyggere. Dette var feil. Den oransje linjen i statusrapporten fra 2019 viser antall døgnplasser per 10.000 innbyggere, mens den blå linjen viste døgnplasser per 100 000 innbyggere. Utregningene fra 2019 baserer seg på tall fra Statistisk sentralbyrå som inkluderer hele psykisk helsevern, også psykisk helsevern for barn og unge.

Tabell 3: Døgnkapasitet i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023.

HELSEFORETAK	BEFOLKNING	DØGNPLASSER	DØGNPLASSER PER 100 000
Helse Sør-Øst	3 156 740	131	4,1
Helse Vest	1 150 716	50	4,3
Helse Midt-Norge	754 979	36	4,8
Helse Nord	486 345	32	6,6
TOTALT ANTALL REGIONALE OG LOKALE DØGNPLASSER	5 548 780⁽¹⁾	249	4,5
REGIONALE DØGNPLASSER			
Helse Sør-Øst	3 156 740	22	0,7
Helse Vest	1 150 716	10	0,9
Helse Midt-Norge	754 979	10	1,3
Helse Nord	486 345	6	1,2
TOTALT ANTALL REGIONALE DØGNPLASSER	5 548 780⁽¹⁾	48	0,9
LOKALE DØGNPLASSER			
Sykehuset Østfold	331 645	16	4,8
Sykehuset Innlandet	343 927	13	3,8
Akershus universitetssykehus	617 508	19 ⁽²⁾	3,1
Lovisenberg/Diakonhjemmet	318 837	8 ⁽³⁾	2,5
Oslo universitetssykehus	284 856 ⁽⁴⁾	12 ⁽⁵⁾	4,2
Vestre Viken	506 592	12	2,4
Sykehuset Vestfold	256 432	10 ⁽¹⁰⁾	3,9
Sykehuset Telemark	177 093	9	5,1
Sørlandet sykehus	319 850	10	3,1
Helse Sør-Øst	3 156 740	109	3,5
Helse Stavanger	387 752	20	5,2
Helse Fonna	183 265	9	4,9
Helse Bergen	472 509	8	1,7
Helse Førde	107 190	3	2,8
Helse Vest	1 150 716	40	3,5
Helse Møre og Romsdal	270 624	14	5,2
St. Olavs hospital	346 618	6	1,7
Helse Nord Trøndelag	137 737	6	4,4
Helse Midt-Norge	754 979	26	3,4
Helgelandssykehuset	75 543 ⁽⁶⁾	- ⁽⁷⁾	-
Nordlandssykehuset	141 169	15	6,9 ⁽⁶⁾
Universitetssykehuset Nord-Norge	194 580	11	4,1 ⁽⁸⁾
Finnmarkssykehuset	75 053 ⁽⁸⁾	- ⁽⁹⁾	-
Helse Nord	486 345	26	5,3
TOTALT ANTALL LOKALE DØGNPLASSER	5 548 780⁽¹⁾	201	3,6

1) I følge SSB var befolkning per 31.12.2023 på 5 550 203 personer. Dette inkluderer 1423 personer som er uten registrert adresse i Oslo kommune og i så måte ikke tilhører en bydel. Disse 1423 personene er ikke iberegnet i befolkningsgrunnlaget under de aktuelle helseforetakene og heller ikke i det totale antallet i denne tabellen. Se også kapittel 6.

2) Akershus universitetssykehus har ni døgnplasser og benytter i tillegg ti døgnplasser ved Oslo universitetssykehus på Gaustad, dvs 19 plasser totalt.

3) Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet benytter åtte plasser ved Oslo universitetssykehus.

4) Befolkningsgrunnlag for lokalsykehusfunksjoner betjent av Lokal sikkerhetsenhet C på Dikemark med ti døgnplasser og to plasser ved Lokal sikkerhetsenhet B på Gaustad.

5) Døgnkapasitet for lokalsykehusfunksjoner betjent av Lokal sikkerhetsenhet C på Dikemark med ti døgnplasser og to plasser ved Lokal sikkerhetsenhet B på Gaustad.

6) Ved beregning av kapasitet inkluderes opptaksområde for Helgelandssykehuset i befolkningsgrunnlaget for Nordlandssykehuset.

7) Helgelandssykehuset har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, og henviser pasienter med denne problematikken til Nordlandssykehuset.

8) Ved beregning av kapasitet inkluderes opptaksområde for Finnmarkssykehuset i befolkningsgrunnlaget for Universitetssykehuset Nord-Norge.

9) Finnmarkssykehuset har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud og henviser pasienter med denne problematikken til Universitetssykehuset Nord-Norge.

10) Sykehuset i Vestfold har fra 2014 hatt seks beredskaps plasser ved sikkerhetsavdelingen som brukes ved innleggelse fra Spesialpoliklinikken og Akuttpsykiatrisk avdeling, men disse har aldri blitt formelt opprettet. Sikkerhetsposten er godkjent for ti døgnplasser.

¹⁵ (Statistisk sentralbyrå, 2024) og (Oslo kommune, 2024)

Fra 2015 og frem til 2023 har det vært en kapasitetsutvikling med styrking av det regionale tilbudet i Helse Nord og styrking av det lokale tilbudet i Helse Vest og i Helse Midt-Norge, se Tabell 4.

Tabell 4: Antall døgnplasser per 100 000 innbyggere i 2015, 2019 og 2023, fordelt på regionalt helseforetak og regionale og lokale sikkerhetsavdelinger.

HELSEFORETAK	2015		2019		2023	
	RSA	LSA	RSA	LSA	RSA	LSA
Helse Sør-Øst	0,7	3,8	0,7	3,6	0,7	3,5
Helse Vest	0,9	2,7	0,9	2,6	0,9	3,5
Helse Midt-Norge	0,8	1,7	0,8	1,6	1,3	3,4
Helse Nord		5,6		6,0	1,2	5,3

2.3. Aktivitet

2.3.1. Henvisninger og ventetid

Sikkerhetsavdelingene mottok til sammen 253 henvisninger i 2023, herunder 45 henvisninger til regionalt nivå og 208 til lokalt nivå. Til sammen 63 henvisninger ble avslått, herunder ti til regionalt nivå og 53 til lokalt nivå.¹⁶ Dette tilsier 190 innleggelse i 2023, se også kapittel 2.3.2. Ti enheter oppgir å ikke ha avslått søknader om innleggelse. En stor andel av enhetene som har avslått henvisninger begrunner avslagene i manglende kapasitet, og at personene er utenfor målgruppen. To av enhetene oppgir å ha avvist søknader fordi vilkårene i loven var vurdert til ikke å være oppfylt.

Ventetiden for innleggelse i de regionale sikkerhetsavdelingene varierte fra «null dager» til «1-3 måneder». Ventetiden i de lokale sikkerhetsavdelingene varierte fra «null dager» til «6 måneder til 1 år». Èn enhet oppgir at ventetiden var «mer enn 1,5 år». De fleste lokale sikkerhetsavdelinger oppgir at lengst ventetid var «1-3 måneder». Pasienter som venter på innleggelse, er som oftest innlagt i andre avdelinger i det psykiske helsevernet; enten i andre sikkerhetsavdelinger, i akuttavdelinger eller er underlagt kriminalomsorgen.

Per 31.12.2023 hadde Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst èn person på venteliste og tolv av de lokale sikkerhetsavdelingene hadde til sammen 22 personer på venteliste. Tre regionale sikkerhetsavdelinger og elleve lokale sikkerhetsavdelinger hadde ikke informasjon om antall personer på venteliste. Det er derfor grunn til anta at det stort flere pasienter på ventelisten enn de innrapporterte tallene tilsier.

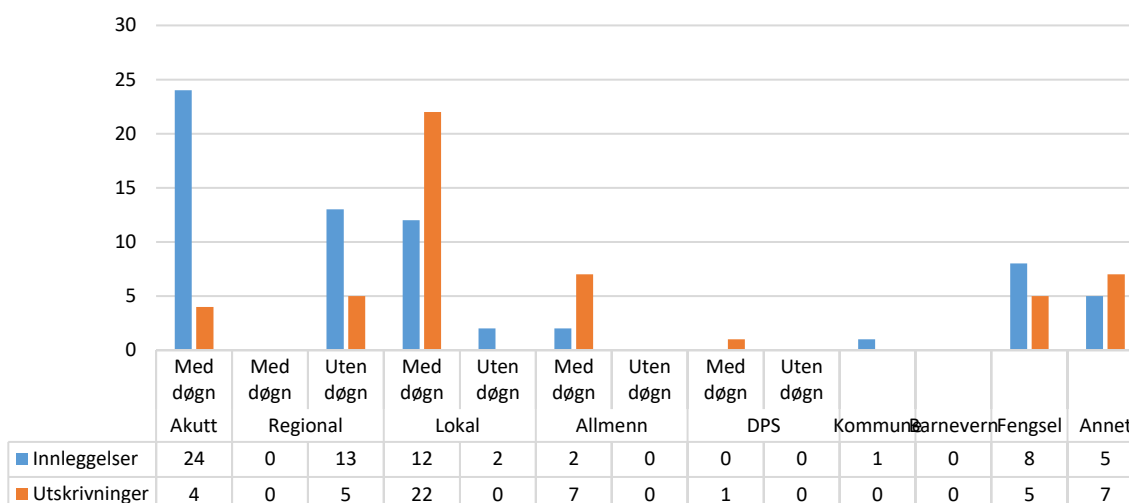
2.3.2. Innleggelse og utskrivninger

Sikkerhetsavdelingene gjennomførte i løpet av året 2023 402 innleggelse og 297 utskrivninger, se Figur 2 og Figur 3. 181 av innleggelsene var reinnleggelse.¹⁷ Både innleggelse og utskrivninger har økt fra 2019, med hhv 70 % og 30 %. En stor andel av innleggelse og utskrivninger går mellom behandling med døgnopphold og behandling uten døgnopphold i lokale sikkerhetsavdelinger.

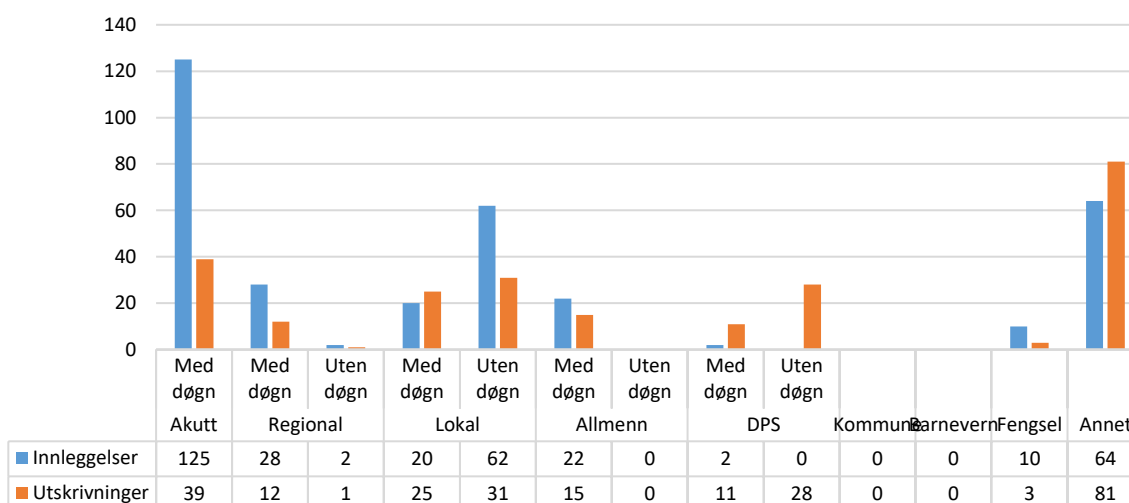
¹⁶ Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge har ikke levert tall på henvisninger og ventetid. Etter innføring av Helseplattformen og innflytting i nybygg på Østmarka sendes ikke lengre henvisninger mellom de ulike enheten i psykisk helsevern i St. Olavs hospital. Det er følgelig ikke mulig å hente ut data på henvisninger, avslag, årsak til avslag, ventetid, belegg etc.

¹⁷ Definisjon «reinnleggelse»: Pasient som har vært innlagt i avdelingen tidligere, også før 2023.

Figur 2: Innleggelser og utskrivinger fra regionale sikkerhetsavdelinger i 2023. Innleggelser n=67, utskrivinger n=51.



Figur 3: Innleggelser og utskrivinger fra lokale sikkerhetsavdelinger i 2023. Innleggelser n= 335, utskrivinger n= 246.



De 402 innleggelsene som fremkommer av Figur 2 og Figur 3 er adskillig flere enn forholdet mellom henvisninger og avslag tilsier (se kapittel 2.3.1), hvor summen av mottatte henvisningene og antall avslag tilsier 190 innleggelser. Ulike journalsystem og måter å registrere overføringer på, kan ligge bak diskrepansen i de innrapporterte tallene. Nye måter å organisere tjenestetilbudet på, f.eks. med rehabiliteringsplasser eller ambulante sikkerhetsteam underlagt sikkerhetsavdelingene, kompliserer også hvordan helseforetakene registrerer henvisninger og overføringer.¹⁸

Til tross for en stor diskrepans mellom innleggelser og utskrivinger i Figur 2 og Figur 3, er det likevel grunn til å tro at de innrapporterte tallene gir et relativt realistisk bilde av pasientflyten. Den største andelen av innleggelsene (37 %) - både til regionale og lokale sikkerhetsavdelinger - kommer fra akuttavdelingene. De regionale sikkerhetsavdelingene skriver i all hovedsak ut til lokale sikkerhetsavdelinger, mens de lokale sikkerhetsavdelingene tilbakefører en god del av pasientene til akuttpsykiatriske avdelinger, eller viderefører pasientene til DPS. En økende andel overføres til behandling uten døgnopphold i den lokale sikkerhetsavdelingen.

¹⁸ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

I 2023 mottok sikkerhetsavdelingene 18 pasienter fra fengsel. Ingen respondenter oppgir å ha mottatt pasienter fra barnevernstjenesten, og kun én regional sikkerhetsavdeling mottok pasient fra kommunen. De regionale sikkerhetsavdelingene mottok fire pasienter som ikke tilhørte eget opptaksområde. Den ene ble tatt imot på grunn av kapasitetsproblemer ved den regionale sikkerhetsavdelingen pasienten soknet til, mens den andre ble tatt imot på grunn av rettssak i aktuelt område. Den tredje var en observand fra et annet opptaksområde som ble konvertert til tvungent psykisk helsevern før han ble returnert til eget helseforetak, og den fjerde var innlagt i påvente av plass i Sentral Fagenhet.

2.3.3. Belegg og behandlingstid

De regionale sikkerhetsavdelingene rapporterer om et gjennomsnittlig belegg i 2023 på 92 %; 76 % i Helse Sør-Øst, 90 % i Helse Vest, og 109 % i Helse Nord.¹⁹ Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst har i dag, grunnet bygningsmessige rammebetingelsene og bemanning, i utgangspunktet et maksimalt belegg på om lag 65 %. Dette tilsier 14 av de 22 budsjetterte døgnplassene.

Gjennomsnittlig belegg i de lokale sikkerhetsavdelingene i 2023 var på 104 % (spredning 60-157, median = 100). Avdelingen med lavest beleggsprosent er den nyopprettede lokale sikkerhetsavdelingen i Nord-Trøndelag, mens avdelingen med høyest beleggsprosent var Sikkerhetsseksjon 1 ved Sykehuset Østfold. Her er pasienter i behandling uten døgnopphold iberegnet. Det er ukjent om beleggsprosenten innbefatter pasienter i behandling uten døgnopphold også ved de andre avdelingene.

Gjennomsnittlig behandlingstid for pågående behandlingsopphold per 31.12.2023 var på 625 dager i regionale sikkerhetsavdelinger (spredning 289-1343, median 434) og 849 dager i lokale sikkerhetsavdelinger (spredning 67-4142, median 425). Gjennomsnittlig behandlingstid for avsluttede behandlingsopphold i 2023 var på 127 dager i regionale sikkerhetsavdelinger (spredning 63-206, median 119) og 373 dager i lokale sikkerhetsavdelinger (spredning 31-3400, median 138). Arbeidsgruppen er kjent med at noen pasienter har vært innlagt i sikkerhetsavdelingene i lengre tid enn de maks antall dagene som er oppgitt i undersøkelsen. Den oppgitte lengden kan være resultat av at pasientene eksempelvis er skrevet ut av avdelingen for innleggelse til somatisk undersøkelse, eller til korte opphold i andre psykiatriske avdelinger.

Tabell 5 viser belegget ved regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023. Av de 341 pasientene som var i behandling ved årsskiftet var 250 var i behandling med døgnopphold, mens 91 var i behandling uten døgnopphold. Antallet innrapporter pasienter i behandling uten døgnopphold avhenger av måten det ambulante tilbudet er organisert på ved de ulike sikkerhetsavdelingene, se også kapittel 2.9. Ved noen avdelinger er den polikliniske virksomheten organisert i egne enheter, og er dermed ikke en del av statistikken som fremkommer av Tabell 5.

¹⁹ Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge har ikke levert tall på belegg og behandlingstid. Etter innføring av Helseplattformen og innflytting i nybygg på Østmarka sendes ikke lengre henvisninger mellom de ulike enheten i psykisk helsevern i St. Olavs hospital. Det er følgelig ikke mulig å hente ut data på henvisninger, avslag, årsak til avslag, ventetid, belegg etc.

Tabell 5: Totalt antall pasienter i behandling i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023.

HELSEFORETAK	MED DØGNOPPHOLD		UTEN DØGNOPPHOLD		TOTALT
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Totalt
TOTALT ANTALL PASIENTER	223	27	83	8	341
	250		91		
REGIONALE SIKKERHETSAVDELINGER					
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Totalt
Helse Sør-Øst	12	0	0	0	12
Helse Vest	6	0	1	0	7
Helse Midt-Norge	16	0	0	0	16
Helse Nord	5	0	1	0	6
TOTALT ANTALL PASIENTER I REGIONALE SIKKERHETSAVDELINGER	39	0	2	0	41
LOKALE SIKKERHETSAVDELINGER					
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Totalt
Helse Sør-Øst	102	16	56	6	180
Helse Vest	35	5	14	2	56
Helse Midt-Norge	23	2	6	0	31
Helse Nord	24	4	5	0	33
TOTALT ANTALL PASIENTER I LOKALE SIKKERHETSAVDELINGER	184	27	81	8	300

2.3.4. Vurdering av pasientsirkulasjon og kapasitet

Ved årsskiftet 2023/2024 var tilsammen 31 pasienter henvist fra de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene og ventet på overføring til annen avdeling, herunder ti ved de regionale sikkerhetsavdelingene. Respondentene oppgir at årsaken til at pasientene ikke var overført på tidspunktet, var manglende kapasitet i mottaksapparatet.

Tre av fire regionale sikkerhetsavdelinger oppgir at pasientsirkulasjonen ikke er tilfredsstillende. Det samme gjelder for 13 av 23 lokale enheter. Det oppgis to sentrale begrunnelse for denne vurderingen: For det første er det mangel på lukkede døgnplasser i spesialisthelsetjenesten og stort press på akutt plasser. Det er vanskelig å tilbakeføre pasienter til henvisende avdeling når pasienten er stabilisert og ferdig behandlet på sikkerhetspsykiatrisk nivå. For det andre er det vanskelig å overføre pasienter til DPS og kommunale tjenester. Dette gjelder særlig for pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern. Det pekes på utfordringer knyttet til økonomi, ressurser og kompetanse. Det bemerkes at utskrivningsklare pasienter som venter på tilbud i hjemkommunen opptar kapasitet i sikkerhetsavdelingene.

Tre av fire regionale sikkerhetsavdelinger oppgir at avdelingens døgnkapasitet ikke er tilfredsstillende for avdelingens opptaksområde. Det samme gjelder for 16 av 23 lokale enheter. Det oppgis to sentrale begrunnelse for denne vurderingen: For det første vises det til at helseforetakene har for få sykehusbaserte døgnplasser og generelt for lav døgnkapasitet, både i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og i det allmennpsykiatriske. Det er også et økende problem at akuttpsykiatriske avdelinger ber sikkerhetsavdelingene om bistand for pasienter som de opplever problematiske å ivareta i egne avdelinger. Samtidig er det flere enheter som oppgir at målgruppepasienter må legges inn i akuttavdelinger, eller i andre lukkede avdelinger grunnet manglende mottakskapasitet i sikkerhetsavdelingene. Det presiseres således at det er flere pasienter i sikkerhetsavdelingenes «portefølje» som ikke er innlagt i sikkerhetsavdelingene, men som ivaretas av andre avdelinger i påvente av plass i sikkerhetsavdeling. Til tross for at avdelingene oppgir å avslå søknader om innleggelse for pasienter som ikke er i målgruppen, blir disse noen ganger likevel innlagt, som en følge av at det er for få lukkede døgnplasser i helseforetaket for øvrig. Det vises også til uavklarte forhold knyttet til pasienter (særlig domfelte pasienter) som flyttes til private botiltak og mellom helseforetak.

For det andre pekes det på en økning av pasienter innlagt etter strafferettslig hjemmel som er innlagt i sikkerhetsavdelinger av samfunnsvern hensyn. Flere andre målgruppepasienter, innlagt etter sivilrettslig hjemmel, må derfor legges inn i andre avdelinger.

2.3.5. Samhandling internt og eksternt

Det er stor variasjon på hva slags organisert samhandling det er mellom de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene i de fire helseregionene. I Helse Nord er det ukentlige møter mellom den regionale sikkerhetsavdelingen og de lokale sikkerhetsavdelingene, i Helse Midt-Norge er det månedlige møter, og i Helse Vest er det månedlige møter og kvartalsvise nettverkssamlinger. I Helse Sør-Øst er det kun ett årlig møtepunkt; regionalt kontaktmøte, som er en faglig temasamling. Møtepunktene i Helse Nord, Helse Vest og Helse Midt-Norge er forpliktene møter med faste deltakere, mens for regionalt kontaktmøte er det deltakelse etter påmelding.

En regional sikkerhetsavdeling oppgir å ha faste møtepunkt med andre samarbeidspartnere enn lokale sikkerhetsavdelinger (her; politiet). Tolv lokale sikkerhetsavdelinger oppgir å ha faste møtepunkter med ulike samarbeidspartnere, bl.a. DPS, politi, påtalemyndighet, kriminalomsorgen og kommunehelsetjenesten.

Det er etablert fagnettverk/fagråd for sikkerhetspsykiatri i alle de fire helseregionene. Disse har alle ulike mandat, sammensetninger og møtefrekvens. Noen er opprettet på oppdrag fra det regionale helseforetaket, mens andre er opprettet på initiativ fra fagmiljøet selv. Formål med nettverkene er i hovedsak å etablere tettere kontakt og samarbeid innad i fagmiljøet, kalibrere tjenestetilbudet i regionen og styrke faglig utvikling.

Halvparten av enhetene vurderer samarbeidet med kommunene i opptaksområdet med hensyn til videreføring av pasienter som «bra» eller «svært bra». Respondentene oppgir at gode og planlagte overføringer, undervisning og kursing, samt trygging og støtte til mottakende instans bidrar det til gode overføringer og samarbeid.

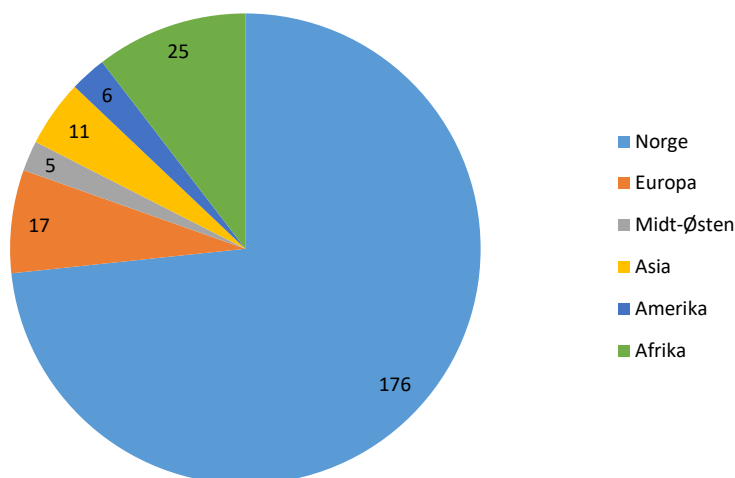
13 enheter, herunder tre regionale sikkerhetsavdelinger, oppgir at samarbeid - med hensyn til videreføring av pasienter - oppleves som «ikke bra». De regionale sikkerhetsavdelingene oppgir at de sjeldent viderefører pasienter direkte til kommunene, men at det jevnt over er utfordrende når dette først gjøres. Respondentene erfarer at kommunene generelt sett ikke er økonomisk, ressursmessig eller kompetansemessig utrustet til å ivareta denne pasientgruppen. Det bemerkes at det er stor forskjell fra kommune til kommune. En del av utfordringsbildet handler om å få kommunene til å ta imot domfelte pasienter i de tilfeller hvor det er behov for tiltak som har som formål å ivareta samfunnsvernet. Flere enheter opplever også motstand fra mottaksapparatet for å ta imot pasienter med voldsproblematikk. Noen enheter oppgir at de har «pasienter som ikke er ønsket i kommunene». Samtidig bemerkes det at samarbeid med kommunene har bedret seg over tid, og spesielt hos de avdelingene som har etablert et polikliniske tjenestetilbud og hvor avdelingene selv følger pasientene opp over lengre tid etter utskrivelse.

2.4. Pasientpopulasjon

Det er innrapportert data på 240 pasienter som var i behandling med døgnopphold i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023. Flere sikkerhetsavdelinger følger opp pasienter i behandling uten døgnopphold. Disse er ikke en del av oversikten i dette kapittelet. Ti avdelinger har oppgitt å ha poliklinisk virksomhet, og informasjon om pasientene som følges opp via den polikliniske virksomheten fremkommer av kapittel 2.9.

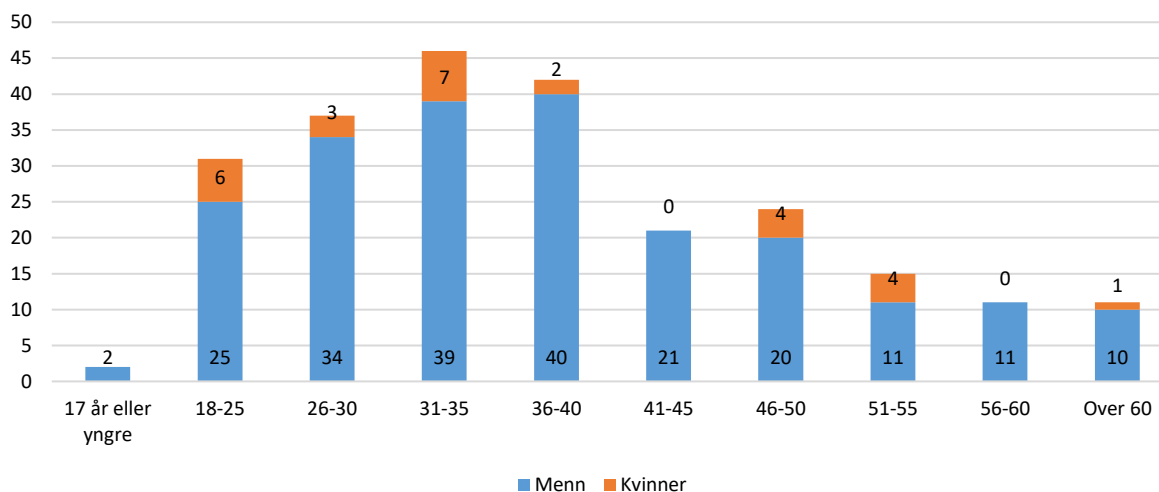
I overkant av 70 % av de 240 pasientene var født i Norge, se Figur 4. Et stort flertall (89 %) var norske statsborgere. Av de 22 personene uten norsk statsborgerskap, var halvparten i behandling i Helse Sør-Øst, mens resten var fordelt på øvrige helseforetak.

Figur 4: Fødselsland for pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023, fordelt på Norge og de fem verdensdelene. Europa er her uten Norge, men inkludert hele Russland og de tidligere Sovjetiske landene. N=240.



Av 240 pasienter var det 213 menn (89 %) og 27 kvinner (11 %), se Figur 5. 66 % av pasientene var 40 år eller yngre. To pasienter var under 18 år. Av de 33 pasientene som var 25 år eller yngre var 18 % kvinner. Andelen pasienter under 25 år er tilsvarende som ved statusrapport fra 2019, men i 2019 utgjorde kvinner ¼ av pasientene under 25 år. Rapportene fra 2005, 2008 og 2015 gir ikke oversikt over aldersfordeling.

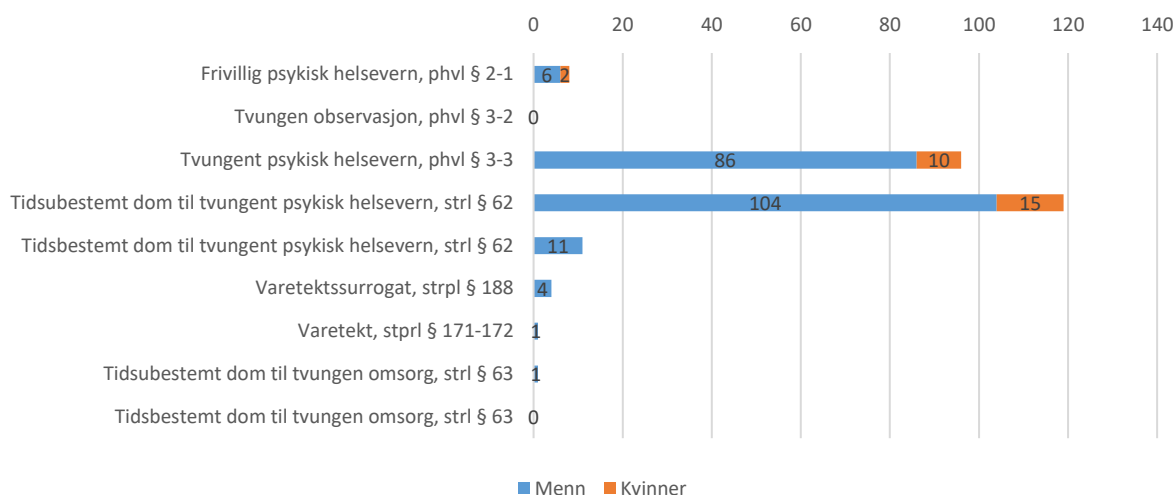
Figur 5: Aldersfordeling for pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023 N=240.



2.4.1. Juridisk grunnlag for innleggelse

Juridisk grunnlag for innleggelse for de 240 pasientene som var i behandling med døgnopphold per 31.12.2023 fremgår av Figur 6.

Figur 6: Juridisk grunnlag for pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023. N=240.



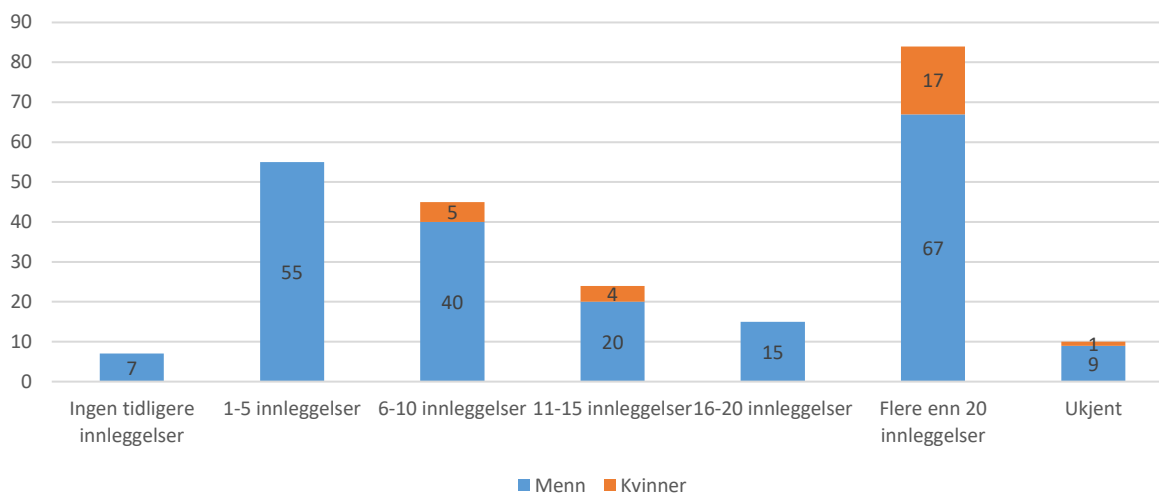
104 pasienter (43 %) var innlagt etter sivilrettslig grunnlag i psykisk helsevernloven, herunder seks menn og to kvinner innlagt til frivillig psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 2-1. 96 personer var innlagt på tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3, herunder ti kvinner.

136 pasienter (57 %) var innlagt etter strafferettslige grunnlag, herunder 15 kvinner. Dette er en økning fra 2019, hvor andelen var på 38 %. 130 pasienter (54 %) var underlagt dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Av disse var 119 pasienter underlagt tidsubestemt dom til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62 første ledd, mens elleve pasienter var underlagt tidsbestemt dom til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62 andre ledd, se også kapittel 2.5.1.

Fem personer var innlagt mens de var i varetekt eller på varetektssurrogat etter straffeprosessloven §§ 171-172 og § 188. Disse var innlagt med mer enn én innleggelseshjemmel, herunder kombinasjonen av varetekt eller varetektssurrogat og tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3. Det er kun innleggelseshjemmelen for varetekt/varetektssurrogat som fremkommer av Figur 6.

97 % av pasientene har tidligere hatt innleggelser i det psykiske helsevernet, se Figur 7. Den største andelen (58 %) har hatt mellom 1 og 20 tidligere innleggelser, mens 35 % av pasientene har hatt «*flere enn 20 tidligere innleggelser*» i det psykiske helsevernet før den aktuelle innleggelsen. 20 % av disse var kvinner. Det er ingen kvinner blant pasientene som ikke tidligere har hatt innleggelser i det psykiske helsevernet.

Figur 7: Antall tidligere innleggelses i psykisk helsevern før den aktuelle innleggelsen, for pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023 . N=240.



2.4.2. Diagnoser

Tabell 6 viser fordelingen av hoveddiagnoser blant pasienter i behandling med døgnopphold per 31.12.2023. Den mest utbredte hoveddiagnosen var F20.x schizofreni (77,5 %). 15 av 27 kvinner hadde schizofreni som hoveddiagnose. Flertallet av pasientene (78 %) hadde én eller flere bidiagnoser, se Tabell 7.

Tabell 6: Hoveddiagnose for pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger den 31/12 i 2015, 2019 og 2023.

HOVEDDIAGNOSE	ANTALL 2015	%-ANDEL 2015	ANTALL 2019	%-ANDEL 2019	ANTALL 2023	%-ANDEL 2023
F00–F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser					1	0,4 %
F10-19 Rusmiddelmisbruk / avhengighet	5 ⁽¹⁾	2,0 %	3 ⁽²⁾	1,3 %	2	0,8 %
F20 Schizofreni	162	65,3 %	171	74,7 %	186	77,5 %
F21 Schizotyp lidelse	2	0,8 %	1	0,4 %	-	-
F22 Paranoid psykose	17	6,9 %	8	3,5 %	10	4,2 %
F23 Akutte og forbigående psykoser	-	-	1	0,4 %	-	-
F25 Schizoaffektiv lidelse	13	5,2 %	17	7,4 %	13	5,4 %
F28-F29 Ikke-organisk psykose	3	1,2 %	2	0,9 %	4	1,7 %
F30-F39 Affektive lidelser	9	3,6 %	8	3,5 %	5	2,1 %
F40-F49 Nevrotiske, belastningsrel. og somatoforme lidelser	5	2,0 %	1	0,4 %	-	-
F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser	11	4,4 %	9	3,9 %	10	4,2 %
F70-F79 Lett psykisk utviklingshemming	0	-	2	0,9 %	-	-
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	7	2,8 %	4	1,7 %	5	2,1 %
Annet	14 ⁽³⁾	5,6 %	2	0,9 %	-	-
Ikke diagnostisert	-	-	-	-	4	1,7 %
TOTALT ANTALL HOVEDDIAGNOSER	248		229		240	

1) Hvorav fire pasienter med dyssosial personlighetsforstyrrelse som bidiagnose

2) Hvorav to pasienter med bipolar lidelse, dyssosial personlighetsforstyrrelse og hyperkinetiske forstyrrelser som bidiagnoser

3) Inkl. åtte pasienter uten F-diagnose og som ikke har fått døgnbehandling, men har mottatt ambulant behandling i form av sinnemestringskurs

Tabell 7: Bidiagnoser for pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023. N=240.

BIDIAGNOSE	FØRSTE BIDIAGNOSE	ANDRE BIDIAGNOSE	TREDJE BIDIAGNOSE	FJERDE BIDIAGNOSE
Rusmiddelavhengighet	126	24	2	1
Personlighetsforstyrrelser	22	23	6	0
Utviklingsforstyrrelser	11	6	3	0
Psykisk utviklingshemming	9	4	2	0
Posttraumatisk stresslidelse	4	3	0	1
Annet	7	11	11	2

Bidiagnoser hos personer med F20.x schizofreni som hoveddiagnose fremkommer av Tabell 8. Den vanligste kombinasjonen var schizofreni samtidig med rusmiddelavhengighet.

Tabell 8: Bidiagnoser for pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31/12 i 2015, 2019 og 2023 og som hadde F20.x schizofreni som hoveddiagnose. N=186.

BIDIAGNOSE	%-ANDEL 2015 (N=162)	%-ANDEL 2019 (N=171)	%-ANDEL 2023 (N=186)
Rusmiddelavhengighet	50,0 %	57,3 % ⁽²⁾	67,2 %
Personlighetsforstyrrelser	10,5 % ⁽¹⁾	14,0 %	19,4 %
Utviklingsforstyrrelser	2,5 %	3,5 %	7,0 %
Psykisk utviklingshemming	2,5 %	4,1 %	7,0 %
Posttraumatisk stresslidelse	0,6 %	1,2 %	1,6 %
Annet	1,2 %	12,8 % ⁽³⁾	8,1 %

1) Diagnosegruppen dyssozial personlighetsforstyrrelse / personlighetstrekk, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse / personlighetstrekk og vedvarende personlighetsforstyrrelse etter katastrofale livshendelser fra 2015 er lagt sammen i denne tabellen.

2) Noen av respondentene har valgt å registrere blandet rusmisbruk med én diagnose (F 19.-). Andre har presisert hver type rusmiddel. I denne oversikten er pasient med rusmiddelmisbruk registret som ett tilfelle.

3) Herunder bl.a. ADHD, organisk lidelse, angstlidelse og somatiske diagnoser

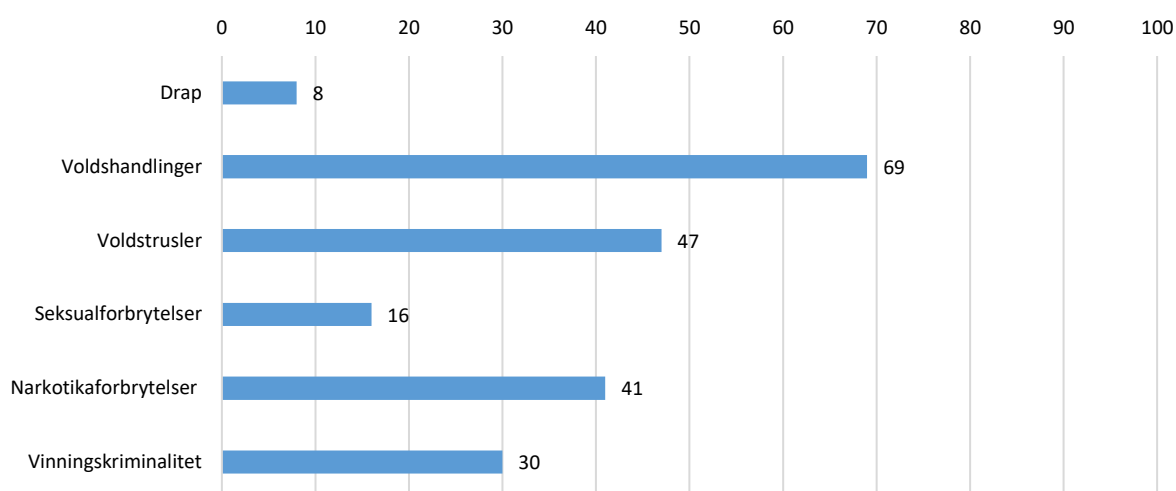
Av de 50 pasientene som hadde andre hoveddiagnoser enn schizofreni, hadde om lag om lag 54 % rusmiddelavhengighet som bidiagnose. Dette er en økning fra om lag 30 % i 2019.²⁰

2.4.3. Vold og kriminalitet

Figur 8 viser at halvparten av pasientene som var i behandling med døgnopphold per 31.12.2023 har hatt én eller flere tidligere domfellelser. Nesten 60 % av de tidligere domfellelsene er knyttet til vold (inkl. drap og drapsforsøk) og trusler om vold. I underkant av 20 % er for narkotikakriminalitet, i overkant av 10 % er for vinningskriminalitet, mens 7 % er for seksualforbrytelser.

²⁰ (Kilden, Sigurjónsdóttir, Eidhammer, & Selmer, 2020)

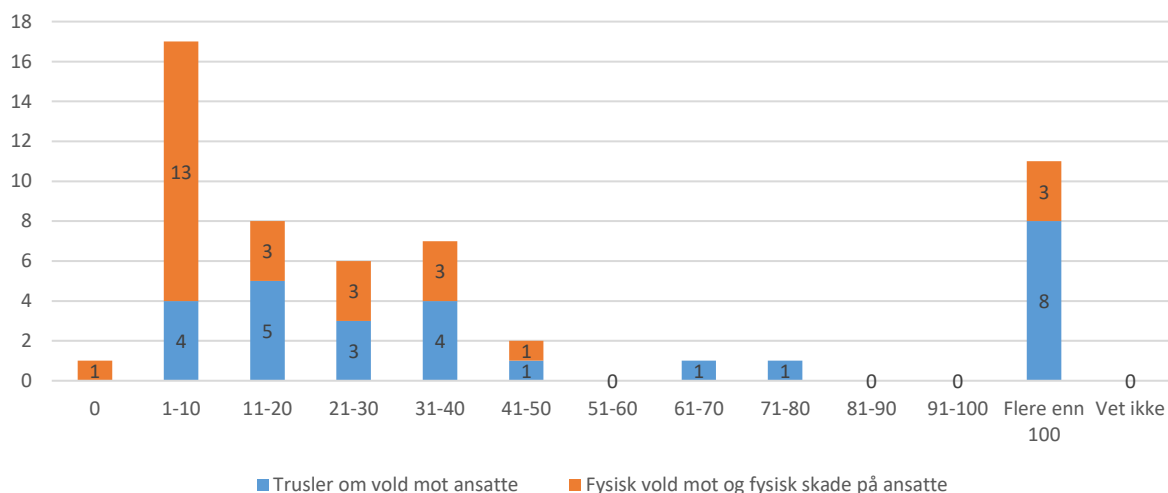
Figur 8: Antall tidligere domfellelser for pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023.



Et stort flertall har tidligere voldshistorikk i institusjon, og mer enn 75 % har utøvd fysisk vold under tidligere innleggelse. Om lag 80 % har kommet med verbale voldstrusler under tidligere innleggelse.

Når det gjelder trusler om vold og fysisk vold *mot* og fysisk skade *på* ansatte under den aktuelle innleggelsen, er det store forskjeller på de innrapporterte data, se Figur 9.²¹

Figur 9: Antall registrerte hendelser med trusler om vold og fysisk vold mot og fysisk skade på ansatte i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i 2023. N=27.



Fire av 27 enheter oppgir 1-10 hendelser med trusler om vold, mens åtte enheter oppgir flere enn 100 hendelser med trusler om vold i 2023. 13 enheter oppgir 1-10 hendelser med fysisk vold *mot* og fysisk skade *på* ansatte, mens tre enheter oppgir flere enn 100 slike hendelser i 2023. 19 enheter kategoriserer utfallet av den mest alvorlige hendelsen som «*moderat alvorlig*» og at den har medført personskafe. Fem enheter kategoriserer

²¹ Definisjon «fysisk vold mot ansatte»: Fysiske utfall mot annen person, men hvor man ikke kommer i fysisk kontakt og dermed ikke får fysisk skade.
 Definisjon «fysisk skade på ansatte»: Fysiske utfall mot en annen person, hvor man kommer i fysisk kontakt, og volden resulterer i fysisk skade.

utfallet som «*alvorlig*» og at den har medført personskade. Tolv enheter oppgir 1-10 hendelser hvor pasient er skadet av en annen pasient.

Det var utarbeidet en HCR-20 med tilhørende risikohåndteringsplan for 198 av de 240 pasientene som var innlagt per 31.12.2023. ERM-plan var utarbeidet for 56 av pasientene. 75 av pasientene hadde Individuell plan.

14 enheter oppgir at de ikke anvender SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale) som registreringsverktøy for trusler og vold i avdelingen, se også kapittel 2.6.2. Det er derfor ukjent hvilke registreringsverktøy som ligger til grunn for innrapporteringen over.

2.4.4. Selvskading og suicidal atferd

I underkant av 10 % av pasientene hadde episoder med selvskading i 2023. En større andel, om lag 30 %, hadde kjent historikk med selvskading før den aktuelle innleggelsen. Om lag 35 % av pasientene med kjent historikk hadde episoder med selvskading i 2023. Tre pasienter som *ikke* hadde kjent historikk med selvskading før den aktuelle innleggelsen, hadde 1-10 episoder hver med selvskading i 2023.

I underkant av 10 % av pasientene hadde episoder med suicidal atferd i 2023. En større andel, om lag 30 % av pasientene hadde kjent historikk med suicidal atferd før den aktuelle innleggelsen. Om lag 30 % av pasientene med kjent historikk hadde episoder med suicidal atferd i 2023. Tre pasienter som *ikke* hadde kjent historikk med suicidal atferd før den aktuelle innleggelsen, hadde 1-5 episoder hver med suicidal atferd i 2023.

Andelen pasienter med kjent historikk med selvskading og suicidal atferd er om lag 10 % høyere i 2023 enn i 2019.²²

2.4.5. Vergemål og kontakt med pårørende

I underkant av 40 % av pasientene hadde en oppnevnt verge. Et stort flertall av pasientene (83 %) hadde kontakt med sine nærmeste pårørende. Til sammen 16 pasienter hadde verken kontakt med sine nærmeste pårørende eller hadde fått oppnevnt verge.

2.4.6. Barn og unge voksne

I perioden 2020-2023 har de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene tatt imot ti pasienter under 18 år og 78 pasienter mellom 18 og 25 år til behandling med døgnopphold, se Tabell 9. 18 av disse var jenter.

Tabell 9: Innleggelses av barn og unge voksne i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i perioden 2020-2023.

KJØNN	RSA		LSA		TOTALT
	Under 18 år	18-25	Under 18 år	18-25	
Gutter	3	16	6	45	70
Jenter	0	5	1	12	18
TOTALT	3	21	7	57	88

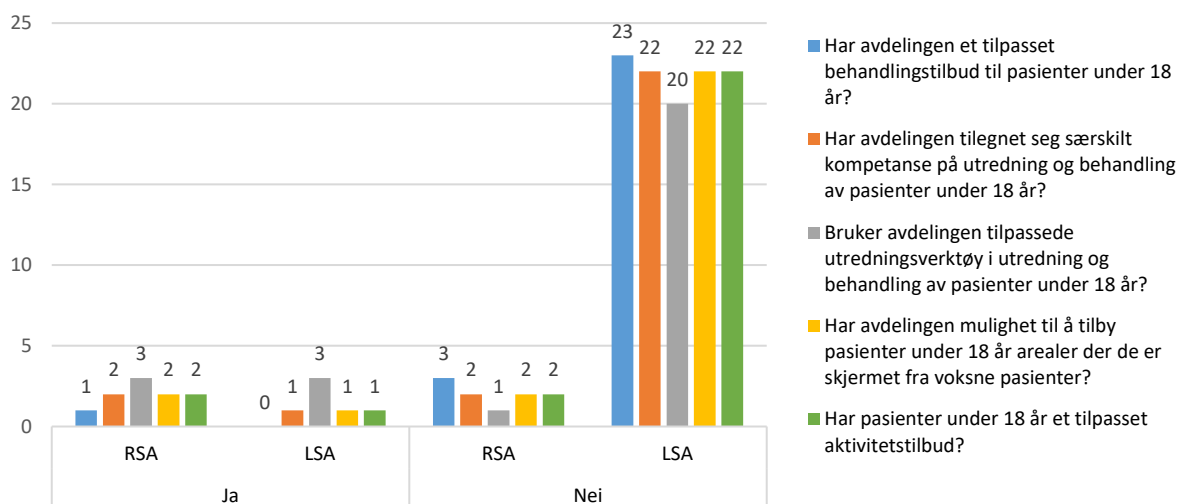
Det er svært få avdelinger som har et tilpasset behandlingstilbud, med egne utredningsverktøy og en særlig kompetanse for ivaretagelse av denne pasientgruppen, se Figur 10. Kun Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest

²² (Kilden, Sigurjónsdóttir, Eidhammer, & Selmer, 2020)

oppgir å ha et tilpasset behandlingstilbud til pasienter under 18 år. Åtte enheter oppgir å ha et tilpasset behandlingstilbud til pasienter mellom 18 og 25 år, herunder en regional avdeling (Helse Vest).

Når det gjelder barn under 18 år oppgir kun tre enheter, herunder to regionale sikkerhetsavdelinger, å ha mulighet for å tilby arealer hvor barna er skjermet fra voksne pasienter. Tre enheter oppgir å ha et tilpasset aktivitetstilbud, herunder to regionale sikkerhetsavdelinger. Fire enheter oppgir at pasienter i skolepliktig alder ikke får tilbud om skolegang.

Figur 10: Vurdering av behandlingstilbudet til barn under 18 år i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger. N=27.



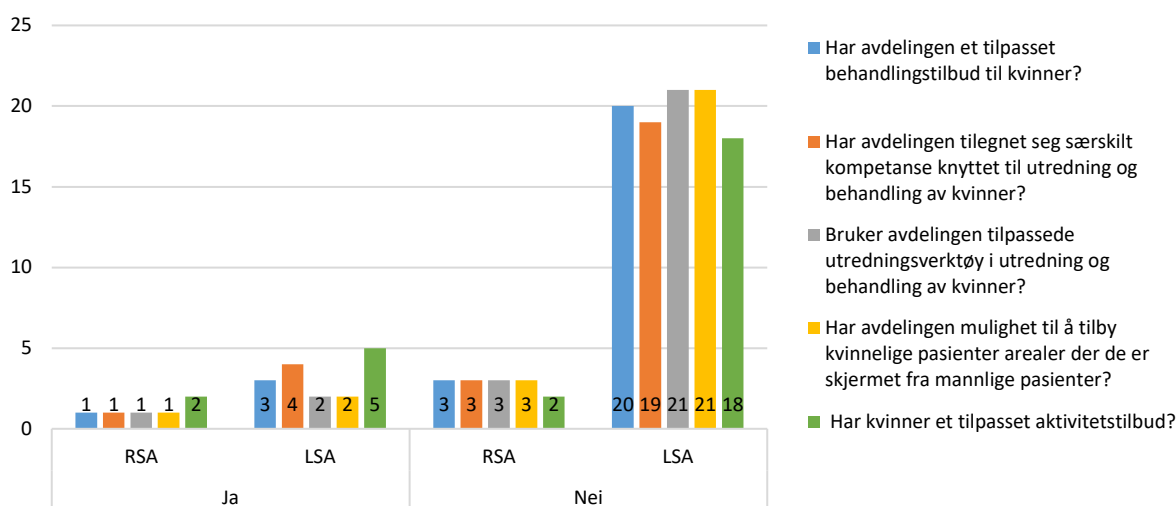
På spørsmål om avdelingene anser behandlingstilbudet til barn og unge voksne som tilfredsstillende, svarer elleve respondenter «ja», åtte «nei» og åtte «vet ikke».

Undersøkelsen viser at sikkerhetsavdelingene har mottatt 28 henvendelser om bistand, veiledning/konsultasjon fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i 2020-2023. Ved 13 anledninger har sikkerhetsavdelingene gjort henvendelser om bistand, veiledning/konsultasjon til BUP.

2.4.7. Kvinner

I perioden 2020-2023 har de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene hatt 90 kvinner i behandling med døgnopphold, herunder 15 på regionalt og 75 på lokalt nivå. Figur 11 viser at kun fire enheter har et tilpasset behandlingstilbud til kvinner, herunder en regional sikkerhetsavdeling (Helse Vest). Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest har hatt fire kvinner innlagt i perioden. De øvrige 86 har med andre ord vært i avdelinger som ikke har et tilpasset behandlingstilbud til kvinner.

Figur 11: Vurdering av behandlingstilbudet til kvinner i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger. N=27.



Respondentene opplyser at kvinner innlagt i sikkerhetsavdelingene ofte har sammensatte og kompliserte sykdomsforløp og derfor trenger mye ressurser og tilrettelagte omgivelser. Det påpekes at det er en betydelig overrepresentasjon av mannlige pasienter, og at det å ha kvinner blant den mannlige pasientpopulasjonen gir utfordrende problemstillinger. Videre påpekes det at kvinner ofte har et annet symptom-bilde enn menn. Det bemerkes at kvinner oftere har affektive utageringer og i noen tilfeller er seksuelt ukritiske. Det vises til mer selvskadingsproblematikk blant kvinner enn blant menn. Det er flere som oppgir at bygningsmessige forhold gjør det vanskelig å skjerme kvinner fra menn, og at kvinner noen steder må dele bad med menn.

På spørsmål om avdelingene anser behandlingstilbudet til kvinner som tilfredsstillende, svarer 18 enheter «ja», fire «nei» og fem «vet ikke». En enhet oppgir at «avdelingens tilbud er tilpasset begge kjønn», mens en annen hevder at «problematikken til pasientgruppen er ikke knyttet til kjønn». Noen enheter påpeker at innleggelse av kvinner forekommer sjeldent.

2.5. Innleggelse etter strafferettslig grunnlag

2.5.1. Gjennomføring av dom på overføring til tvungen psykisk helsevern etter straffeloven § 62

Per 31.12.2023 var 130 pasienter, herunder 16 kvinner, innlagt på dom til tvungen psykisk helsevern i de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene i landet, se også kapittel 2.4.1. Av disse var 119 pasienter underlagt tidsubestemt dom etter straffeloven § 62 første ledd, mens elleve pasienter var underlagt tidsbestemt dom etter straffeloven § 62 andre ledd.

Sett under ett, opptok domfelte pasienter i overkant av 50 % av døgnplassene ved regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023. De domfelte pasientene opptok en større andel av døgnkapasiteten i lokale sikkerhetsavdelinger enn i regionale sikkerhetsavdelinger, hhv 59 % i lokale sikkerhetsavdelinger mot 25 % i regionale sikkerhetsavdelinger, se Tabell 10. Ingen personer med tidsbestemt dom var innlagt i regionale sikkerhetsavdelinger ved årsskiftet.

Tabell 10: Antall domfelte pasienter innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023, fordelt på regionale og lokale sikkerhetsavdelinger. N=130.

REGIONALT HELSEFORETAK	REGIONALE DØGNPLASSER	ANTALL DOMFELTE I REGIONALE SIKKERHETS-AVDELINGER	% AV REGIONALE DØGNPLASSER SOM OPPTAS AV DOMFELTE PASIENTER	LOKALE DØGNPLASSER	ANTALL DOMFELTE I LOKALE SIKKERHETS-AVDELINGER	% AV LOKALE DØGNPLASSER SOM OPPTAS AV DOMFELTE PASIENTER
Helse Sør-Øst	22	6	27 %	109	58	53 %
Helse Vest	10	3	30 %	40	20	50 %
Helse Midt-Norge	10	2	20 %	26	18	69 %
Helse Nord	6	1	17 %	26	22	85 %
TOTALT	48	12	25 %	201	118	59 %

2.5.2. Gjennomføring av varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188

I perioden 2020-2023 ble 91 personer, herunder fire kvinner, innlagt på varetektssurrogat i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger, se Tabell 11. 24 av 27 enheter oppgir å ha gjennomført varetektssurrogat i perioden.

Tabell 11: Antall gjennomførte varetektssurrogat i regionale sikkerhetsavdelinger i perioden 2020-2023

ÅR	HELSE SØR-ØST		HELSE VEST		HELSE MIDT-NORGE		HELSE NORD		TOTALT
	RSA	LSA	RSA	LSA	RSA	LSA	RSA	LSA	
2020	0	1	1	4	0	1	3	2	12
2021	0	8	2	5	0	3	5	1	24
2022	0	8	0	5	0	4	8	1	26
2023	0	8	0	5	2	4	5	5	29
TOTALT	0	25	3	19	2	12	21	9	91
	25		22		14		30		

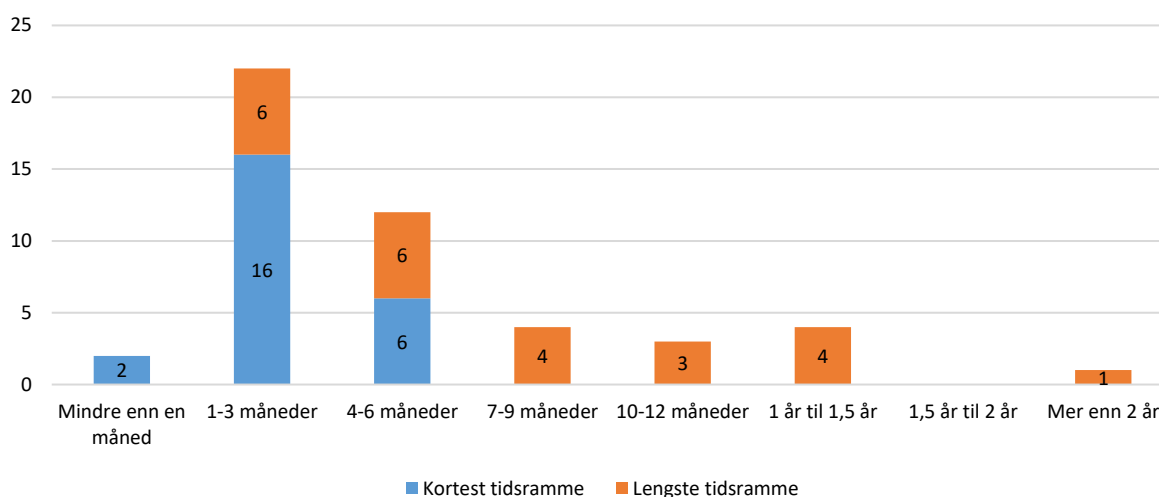
26 av varetektssurrogatene ble gjennomført i regionale sikkerhetsavdelinger. 21 av disse (81 %) ble gjennomført i Regional sikkerhetsavdeling i Helse Nord. To av de som ble innlagt på varetektssurrogat i regionale sikkerhetsavdelinger var kvinner.

Tilbakemeldingene fra respondentene viser at avdelingene har ulike erfaringer med gjennomføring av varetektssurrogat. Det fremkommer bl.a. at samarbeid og kommunikasjon mellom avdelingene og politi og påtalemyndighet er veldig varierende fra politidistrikt til politidistrikt. Noen oppgir at det er vanskelig å få tilgang til nødvendig informasjon, og at det av ressursmessige årsaker er vanskelig å få bistand til påkrevd politifølge ved f.eks. time hos tannlege. Åtte enheter, herunder to regionale sikkerhetsavdelinger, oppgir å ha prosedyrer for gjennomføring av varetektssurrogat.

Flere respondenter påpeker uklare juridiske rammebetingelser for innleggelse på varetektssurrogat, og at de vurderer det som mest hensiktsmessig å legge pasienten inn på tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3. Dette begrunnes med at varigheten på oppholdene kan være flere måneder, og at pasientene ofte er dårlige og motsetter seg behandling. Dersom det ikke opprettes tvungent psykisk helsevern hindrer dette pasientene å komme i gang med rett behandling og å gi dem et adekvat aktivitetstilbud. Det bemerkes at noen av de som legges inn på varetektssurrogat verken er behandlingstrengende eller blir dømt til tvungent psykisk helsevern etter endt varetektsperiode.

Lengde på varetektssurrogat i perioden 2020-2023 fremkommer av Figur 12. Tolv varetektssurrogat har vart i mer enn seks måneder og fem av disse har vart i mer enn ett år.

Figur 12: Kortest og lengste tidsramme for varetektssurrogat i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i perioden 2020-2023. N=24.



2.5.3. Gjennomføring av rettspsykiatriske undersøkelser i psykiatrisk sykehus etter straffeprosessloven § 167

Det finnes ingen sikre tall på hvor mange forespørslers om rettspsykiatriske døgndundersøkelser sikkerhetsavdelingene har mottatt i perioden 2020-2023. Slike henvendelser er ikke definert som ordinære henvisninger, og registreres følgelig ikke som dette i journalsystemene. Noen avdelinger har imidlertid et «skyggeregnskap». Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst rapporterer å ha mottatt 43 henvendelser, Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest 37 og Regional sikkerhetsavdeling i Helse Nord 19 henvendelser i perioden 2020-2023.²³

Det har i perioden 2015-2023 blitt gjennomført 180 rettspsykiatriske døgndundersøkelser ved landets fire regionale sikkerhetsavdelinger, se Tabell 12. Av disse er 52 % gjennomført ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge, 23 % ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst, 22 % ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest og 3 % ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Nord. 84 av disse er gjennomført i perioden 2020-2023. Av disse var det 67 menn og 17 kvinner, alle over 18 år.

Tabell 12: Antall gjennomførte rettspsykiatriske døgndundersøkelser i regionale sikkerhetsavdelinger i perioden 2015-2023.

ÅR	RSA HELSE SØR-ØST	RSA HELSE VEST	RSA HELSE MIDT-NORGE	RSA HELSE NORD	TOTALT
2015	3	1	5	0	9
2016	3	1	15	0	19
2017	6	4	13	0	23
2018	6	5	12	0	23
2019	2	3	17	0	22
2020	5	7	11	2	25
2021	7	8	3	2	20
2022	3	6	8	1	18
2023	6	5	10	0	21
TOTALT	41	40	94	5	180

Tre regionale sikkerhetsavdelinger oppgir at kortest observasjonstid i perioden 2020-2023 var «èn uke» og «mindre enn èn uke», mens èn avdeling oppgir at kortest observasjonstid var «fem uker». Lengst

²³ Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge har ikke levert informasjon om antall henvendelser om rettspsykiatriske døgndundersøkelser.

observasjonsperiode var oppgitt til å være «*åtte uker*» eller «*mer enn åtte uker*». Gjennomsnittlig observasjonstid ligger mellom fire og seks uker.

De regionale sikkerhetsavdelingene har alle utarbeidet skriftlige prosedyrer for gjennomføring av rettspsykiatriske døgndundersøkelser. Avdelingene oppgir å ha adskilte dokumentasjonssystem for observasjonsnotater, men alle fire med ulike løsninger; i Helse Sør-Øst lagres notatene i «sikkert område» i sykehusets IT system, i Helse Vest er det en egen «rettspsykiatrisk journal» i DIPS som er tilgangsstyrt og skjermet fra tilsyn, mens i Helse Midt-Norge har de «skjermet rettspsykiatrisk journal» i Helseplattformen. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Nord har frem til 2022 anvendt bærbar PC utenfor sykehusets IT-system. Da denne måten å lagre observasjonsnotater på verken er lovlig eller tilfredsstillende, er det besluttet å ikke gjennomføre rettspsykiatriske døgndundersøkelser ved Universitetssykehuset i Nord-Norge frem til et egnet dokumentasjonssystem er på plass.

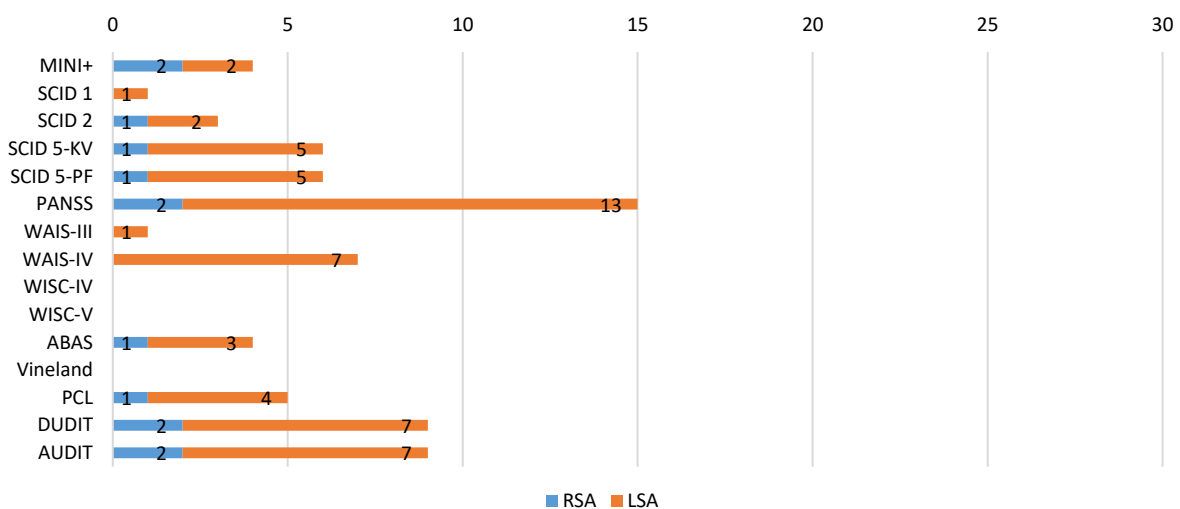
Av de lokale sikkerhetsavdelingene er det kun Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus (ved Gaustad og Dikemark), Sykehuset i Vestfold, Sørlandet sykehus og St. Olavs hospital som oppgir å ha gjennomført rettspsykiatriske døgndundersøkelser i perioden 2002-2023. Disse oppgir å ha gjennomført 25 undersøkelser i perioden. To av observandene var kvinner. Alle observandene var over 18 år. Kortest observasjonstid varierer fra «*mindre enn en uke*» til «*åtte uker*», mens lengst observasjonstid varierer mellom «*tre uker*» og «*mer enn åtte uker*». Fire av seks enheter som oppgir å ha gjennomført rettspsykiatriske døgndundersøkelser, har prosedyrer for gjennomføring. Fire av seks enheter oppgir å ha egne dokumentasjonssystem for observasjonsnotater. To av enhetene oppgir at observasjonsnotatene lagres på bærbar PC utenfor sykehusets IT-system, én avdeling lagrer observasjonsnotatene på «sikkert område» i sykehusets IT system, mens St. Olavs hospital har «skjermet rettspsykiatrisk journal» i Helseplattformen.

2.6. Kliniske verktøy

2.6.1. Tester, utrednings- og screeningverktøy

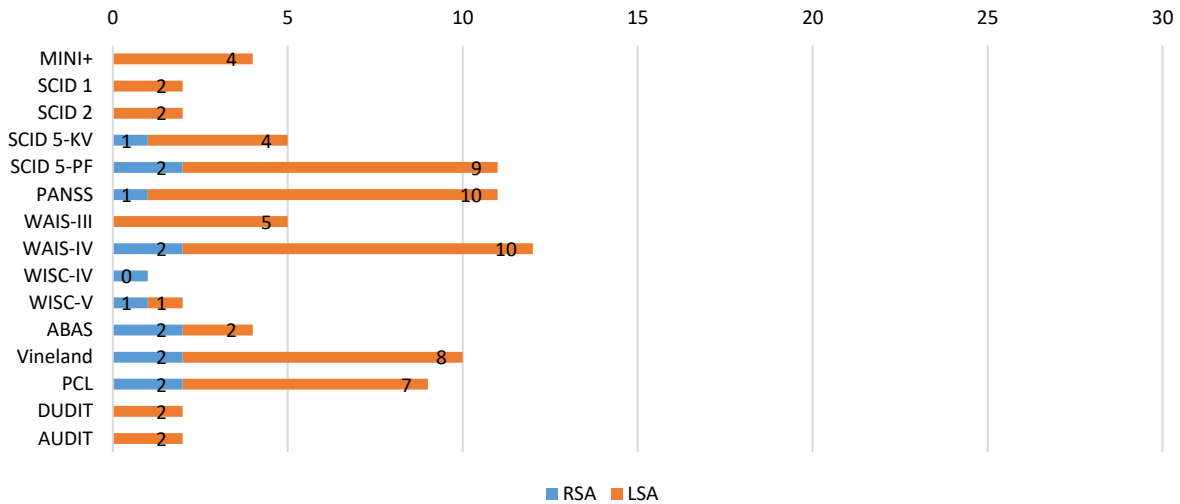
Undersøkelsen avdekker ulike praksis for bruk av tester, utrednings- og screeningverktøy for bl.a. diagnostikk, symptommåling og funksjonskartlegging. Ti enheter, herunder to regionale sikkerhetsavdelinger, oppgir at de ikke bruker slike verktøy. Fire enheter svarer «*vet ikke*». Av de enhetene som oppgir å benytte tester, utrednings- og screeningverktøy rutinemessig, bruker den største andelen PANSS, se Figur 13.

Figur 13: Antall lokale og regionale sikkerhetsavdelinger som rutinemessig bruker tester, utrednings- og screeningverktøy rutinemessig. N=27.



21 enheter opplyser at de anvender ulike verktøy på indikasjon, mens én enhet oppgir å ikke bruke tester, utrednings- og screeningverktøy på indikasjon, se Figur 14. Fem enheter svarer «vet ikke».

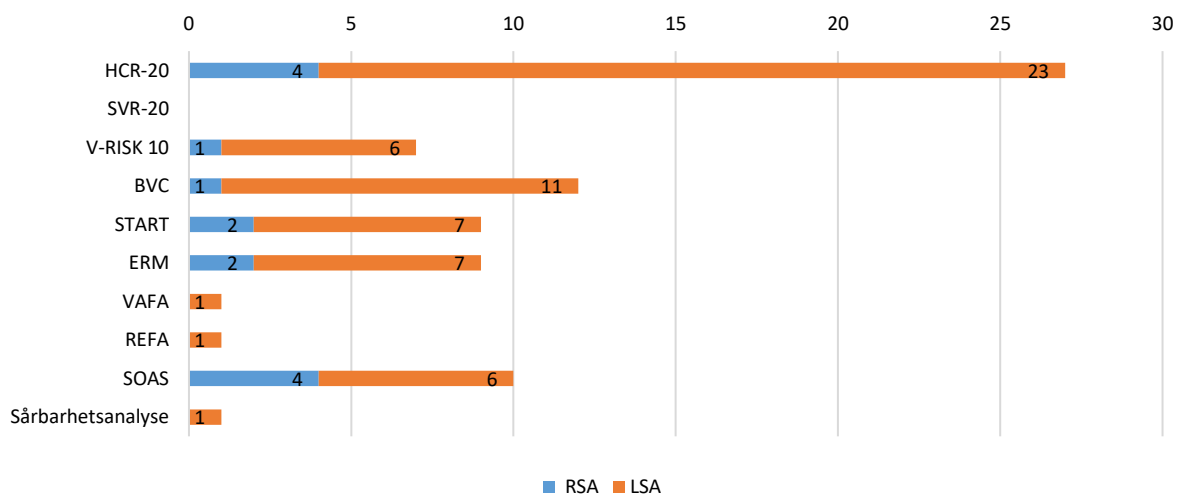
Figur 14: Antall lokale og regionale sikkerhetsavdelinger som bruker tester, utrednings- og screeningverktøy rutinemessig på indikasjon. N=27.



2.6.2. Verktøy for vurdering av voldsrisiko

Alle enhetene oppgir å benytte kartleggingsverktøy for voldsrisikovurdering, og samtlige oppgir å bruke HCR-20v3 se Figur 15.

Figur 15: Antall lokale og regionale sikkerhetsavdelinger som rutinemessig bruker kartleggingsverktøy for voldsrisikovurdering. N=27.



2.7. Miljøterapi og aktivitetstilbud

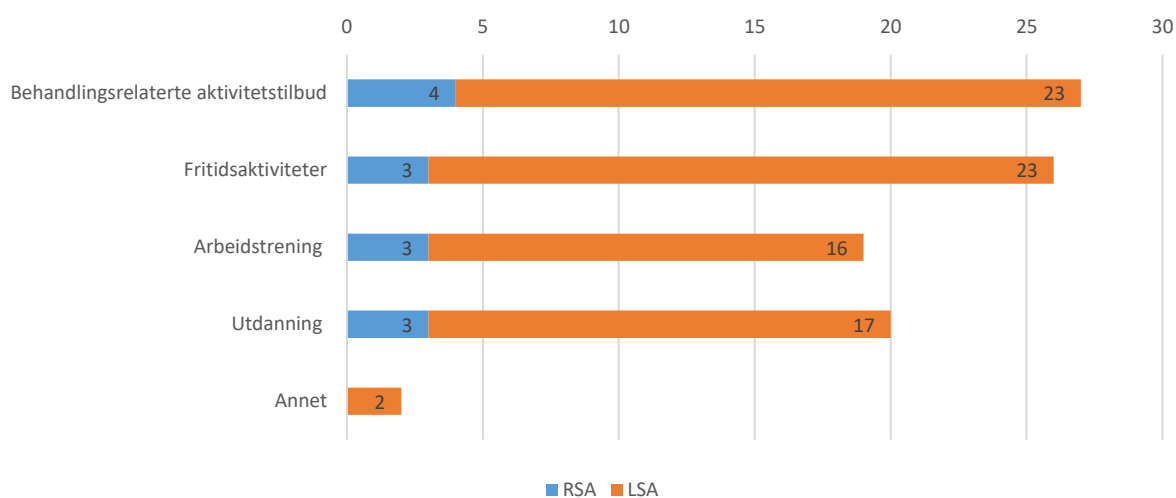
20 enheter, herunder tre regionale sikkerhetsavdelinger, oppgir at miljøpersonalets arbeid er basert på en tydelig miljøterapeutisk eller sykepleiefaglig profil. Fire enheter oppgir at de driver miljøterapi basert på prosessene

beskrevet av Gunderson og kolleger: trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse.²⁴ Hvilken prosess som vektlegges, avhenger av pasientens funksjonsnivå og symptomtrykk. Målsettingen er å styrke pasientens selvstendighet og evne til å ta vare på seg selv. Miljøterapi kan defineres på ulike måter, og informasjonen fra enhetene illustrerer ulike tilnærminger og forståelser.

Respondentene peker på sentrale punkt i miljøterapien som ansvarliggjøring, samhandling, atferdskontroll, relasjonsbygging og personlig vekst. Behandlingsoppgaver omfatter søvn, hvile, ulike hverdagsaktiviteter, personlig hygiene, stell av rom, handling, fritidsaktiviteter og lignende. Det trekkes også frem systematikk i form av f.eks. ERM (Early Recognition Method), dynamiske ukeplaner, progresjonsplaner og ADL-kartlegginger.²⁵ Miljøterapien tilpasses den enkelte ut i fra behov og sykdomsbilde.

Variasjonen i aktivitetstilbudet ved sikkerhetsavdelingene er i stor grad knyttet til bygningsmasse og tilgjengelige fasiliteter, men også pasientenes psykiske tilstand og utgangstatus. Noen avdelinger har aktivitetsbygg og egnede uteområder til slike aktiviteter, mens andre avdelinger verken har arealer eller lokalisasjoner som muliggjør et variert aktivitetstilbud. Samtlige avdelinger oppgir å ha behandlingsrelaterte aktiviteter som individuelle samtaler, gruppesamtaler, psykoedukasjon, musikkterapi, fysioterapi, ergoterapi/trening i daglige aktiviteter. Ut over dette tilbyr de fleste avdelingene fritidsaktiviteter som f.eks. aktiviteter i gymsal, hagearbeid, PlayStation, bordtennis, biljard, snekring, svømming ol. Noen få avdelinger oppgir å ha katter i miljøet og én avdeling har stall og mulighet for riding. Tilgangen på arbeidstrening og utdanning varierer også noe, se Figur 16.

Figur 16: Antall lokale og regionale sikkerhetsavdelinger som tilbyr aktivitetstilbud. N=27.



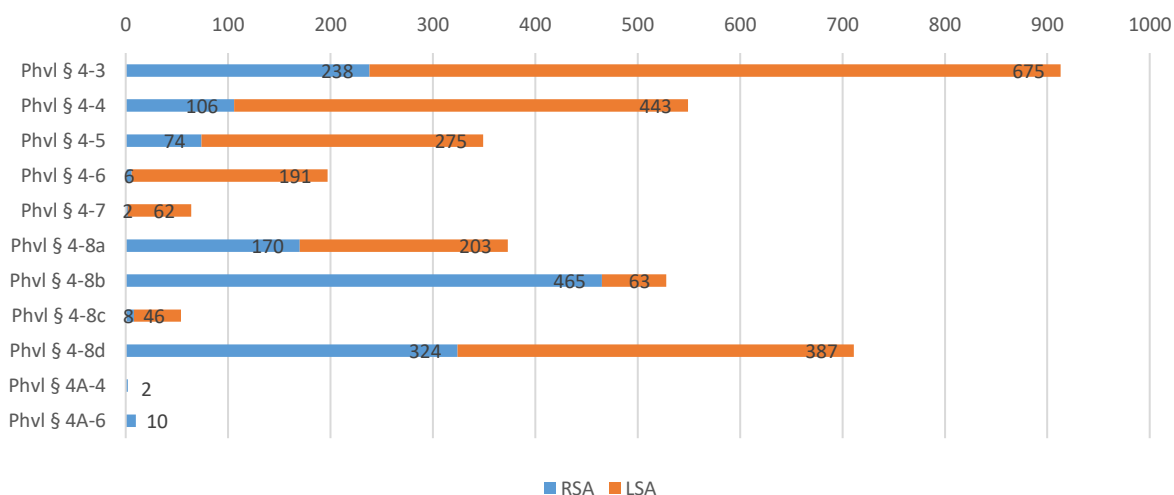
2.8. Vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4

Det er fattet 3750 vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 *Gjennomføring av psykisk helsevern* i 2023, se Figur 17. Det fremkommer ikke av tallene hvor mange pasienter vedtakene gjelder.

²⁴ (Gunderson, Will, & Mosher, 1983)

²⁵ (SIFER, 2024)

Figur 17: Antall tvangsvedtak i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i 2023. N=3750



De regionale sikkerhetsavdelingene har fattet 1393 vedtak etter «det ordinære» kapittel 4 og tolv vedtak etter kapittel 4A *Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå*. Den største andelen er vedtak etter § 4-8b *Vedtak om bruk av isolasjon*. Deretter følger vedtak om fastholding etter § 4-8d og vedtak om skjerming etter § 4-3 (inkl. forlengelse av skjerming). 460 av de 465 vedtakene om isolasjon er gjort ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst. Det samme gjelder for 255 av 324 av vedtakene om fastholding og 132 av 238 av vedtakene om skjerming.

De lokale sikkerhetsavdelingene har fattet 2345 vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4. Den største andelen (675) er vedtak etter § 4-3 *Skjerming* (inkl. forlengelse av skjerming).

70 % av enhetene oppgir at det gjennomføres «ettersamtaler» i henhold til psykisk helsevernloven § 4-2 i «de fleste tilfeller», 26 % oppgir at det gjøres «noen ganger», mens 4 % oppgir at det gjøres «sjeldent».

2.9. Poliklinisk virksomhet

Ti helseforetak oppgir å ha etablert poliklinisk virksomhet. En oversikt over disse formaliserte tilbudene følger av listen under. I tillegg til disse, er det flere avdelinger som fra tid til annen og i ulikt omfang og form, følger opp pasienter etter utskrivning fra døgntilrettelagt behandling. Dette gjelder bl.a. Sikkerhetsseksjon 1 ved Sykehuset Østfold, Lokal sikkerhetsavdeling (Dikemark) ved Oslo universitetssykehus, Enhet for sikkerhetspsykiatri ved Sørlandet sykehus og Seksjon Lokal sikkerhetspsykiatri i Ålesund i Helse Møre og Romsdal. Den polikliniske aktiviteten ved disse avdelingene er i mindre grad formalisert og har noe mindre omfang enn den som beskrives under. Vi har derfor valgt å ikke inkludere denne virksomheten i oversikten.

Helse Sør-Øst:

Sykehuset Innlandet har **FACT-Sikkerhet Innlandet** som følger opp om lag ti pasienter poliklinisk. FACT-Sikkerhet er organisert som en del av Enhet for sikkerhetspsykiatri og har samme ledelse og samme behandlere. FACT-Sikkerhet har en teamleder som leder utvalgt personell fra døgntilrettelagt behandling med ulike roller og primær oppgaver i den polikliniske oppfølgingen.

FACT-MODELLEN OG FACT-SIKKERHET

FACT står for Flexible Assertive Community Treatment, eller fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam på norsk. FACT-modellen er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen i Nederland. (Helsedirektoratet, 2024)

FACT-Sikkerhet (Forensic Flexible Assertive Community Treatment (ForFACT)) er en modell for høyspesialisert poliklinisk oppfølging, også utviklet i Nederland. Målgruppen er pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsrisiko og risiko for kriminell atferd, ofte rusmiddelmisbruk og andre sosiale utfordringer som økonomisk ustabilitet, arbeidsledighet og mangel på meningsfulle aktiviteter. (Smeekens & et.al, 2021)

Vestre Viken har **FACT-Sikkerhet Blakstad** som følger opp om lag 20 pasienter poliklinisk. FACT-Sikkerhet er organisert under Sikkerhetsseksjon Blakstad, men har samme ledelse og samme behandlere. FACT-Sikkerhet har en teamleder med administrativt ansvar for personell som har delte stillinger med døgnposten. Ved behov for innleggelse anvendes beredskapsseng i sikkerhetsseksjonen, eventuelt innleggelse til akuttavdeling eller psykosepost.

Sykehuset i Vestfold har **Spesialpoliklinikk Granli** som følger opp om lag 25 pasienter poliklinisk. Virksomheten er organisert som en del av Sikkerhetsposten og har samme ledelse og samme behandlere. Miljøpersonell som arbeider fast i døgnposten har faste dager i turnus hvor de jobber ambulant med pasienter som er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Sikkerhetsavdelingens seks beredskapsplasser blir anvendt til pasienter som trenger rask innleggelse som følge av forverring av tilstand.

Sykehuset Telemark har **Sikkerhetspoliklinisk Team** som følger opp om lag 20 pasienter poliklinisk. Teamet er en del av Seksjon for sikkerhetspsykiatri og har samme ledelse og samme behandlere. Miljøpersonell som arbeider fast i døgnposten jobber også ambulant med pasienter som er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Helse Vest:

Helse Stavanger har **Ambulant sikkerhetsteam (AST)** som følger opp i underkant av ti pasienter poliklinisk. Teamet er organisert som en del av sikkerhetspostene og har samme ledelse og samme behandlere.

Helse Fonna har **FACT-Sikkerhet** som følger opp om lag 40 pasienter poliklinisk. FACT-teamet er organisert som en egen enhet under Eining for sikkerhetspsykiatri. FACT-Sikkerhet jobber på henvisning fra Eining for Sikkerhet og Eining for Sikkerhet og rehabilitering.

Helse Bergen har **Seksjon Sikkerhetspoliklinikk** som følger opp om lag 40 pasienter poliklinisk. Poliklinikken er organisert som en egen seksjon under Klinik for sikkerhetspsykiatri.

Helse Førde har **Ambulant tryggleik** som følger opp om lag ti pasienter poliklinisk. Poliklinikken er organisert som en egen enhet under Lokal tryggleikspost.

Helse Midt-Norge:

St. Olavs hospital har **Ambulant sikkerhetsteam** som følger opp i underkant av 15 pasienter poliklinisk. Teamet er organisert som en egen enhet under Avdeling sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Teamet har sammen med Trondheim kommune søkt og blitt innvilget oppstartsmidler til et forprosjekt for opprettelse av FACT-sikkerhet.

Helse Nord:

Universitetssykehuset i Nord-Norge har **Utadrettet Team Sikkerhet** som følger opp om lag ti pasienter poliklinisk. Teamet er organisert som en del av lokal sikkerhetsavdeling og har samme ledelse og samme behandlere. Miljøpersonell som arbeider fast i døgnposten jobber også ambulant med pasienter som følges opp poliklinisk.

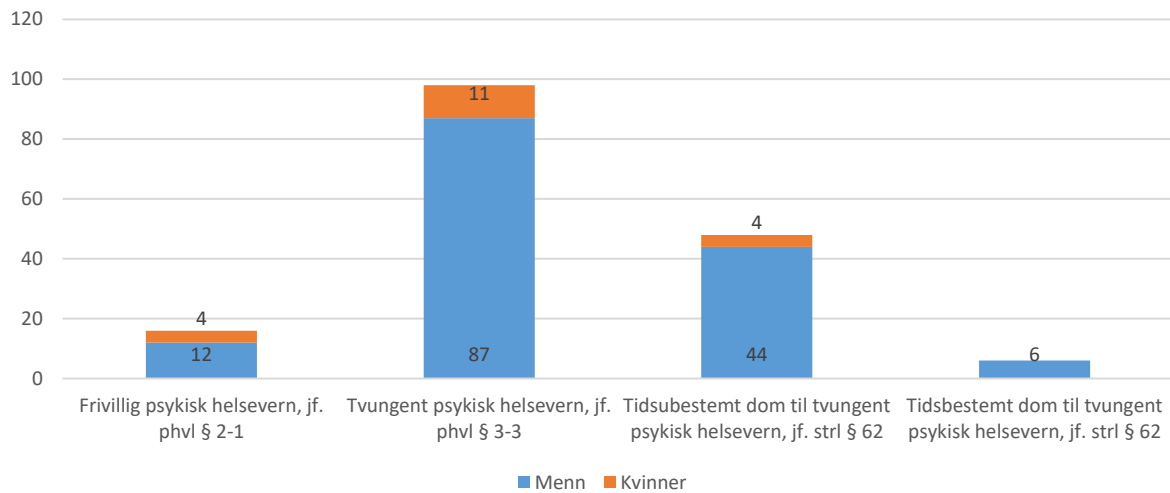
Det finnes ingen felles inklusjonskriterier for den sikkerhetspsykiatriske polikliniske virksomheten, men målgruppepasientene er i all hovedsak pasienter med alvorlig psykisk lidelse og voldsproblematikk, og hvor samfunnsvernet er en førende faktor også etter utskrivelse fra døgninstitusjon. Pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern og pasienter underlagt sivilrettslig tvungent psykisk helsevern, er vanlige kandidater for slik oppfølging. For en del av denne pasientgruppen er ikke rammebetingelsene for oppfølging ved et DPS tilstrekkelig, og de vil ikke kunne nyttiggjøre seg av et ordinært poliklinisk tilbud i det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet. En tilrettelagt poliklinisk oppfølging fra et sikkerhetspsykiatrisk fagmiljø, er derfor nødvendig for å muliggjøre utskrivelse fra døgnopphold. Et overordnet mål for de fleste polikliniske virksomheter synes å være tett monitorering av tilstand, funksjon og voldsrisiko. I tillegg skal virksomheten være en kontinuitetsbærer gjennom hele forløpet og sikre gode overganger, god informasjonsflyt og forutsigbarhet for alle parter.

Det faglige ansvaret for pasientene (jf. phvl § 1-4) er plassert hos spesialist i de lokale sikkerhetsavdelingene eller i de polikliniske enhetene. Unntaket er Seksjon Sikkerhetspoliklinikk i Helse Bergen, hvor det faglige ansvaret avhenger av hvor pasienten fysisk befinner seg, det være seg på et DPS eller i en annen avdeling. Henvisningspraksisen er ulikt fra helseforetak til helseforetak, og pasientene henvises fra mange ulike avdelinger og nivå; fra regionale og lokale sikkerhetsavdelinger, fra allmennpsykiatriske avdelinger, DPS og akuttpsykiatriske avdelinger. Mellom 50 og 100 % av pasientene som følges opp i de respektive polikliniske virksomhetene har vært i behandling ved lokal sikkerhetsavdeling før overføring til poliklinisk oppfølging.

Per 31.12.2023 var 168 pasienter i behandling i det ovennevnte polikliniske tjenestetilbudet, herunder 149 menn og 19 kvinner, se Figur 18.²⁶ 58 % av pasientene var innlagt etter sivilrettslig tvungent psykisk helsevern, mens 32 % var innlagt etter strafferettslig hjemmel. 10 % var i frivillig behandling.

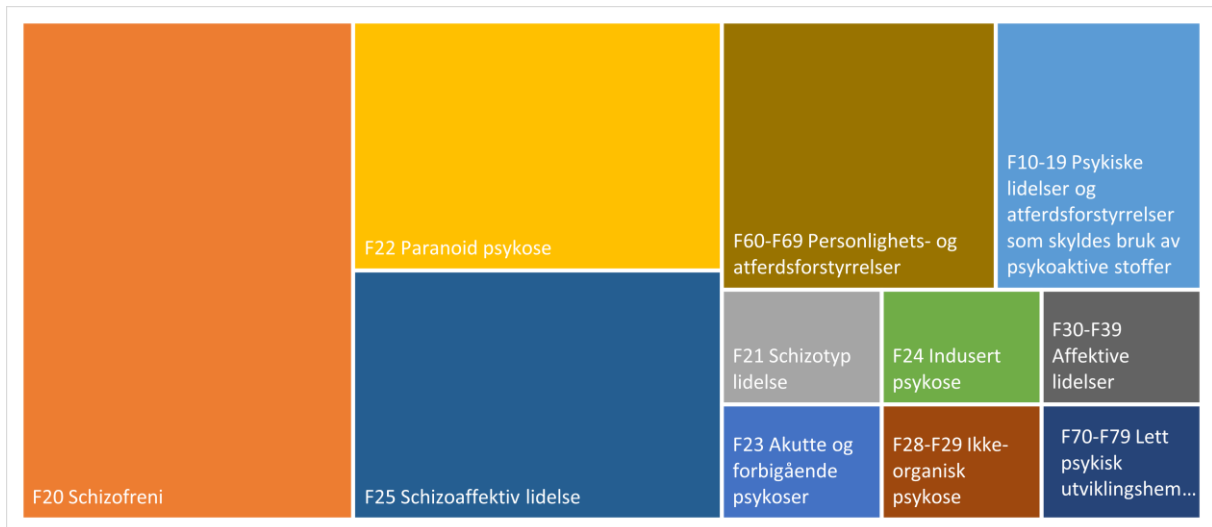
²⁶ Årsaken til diskrepans mellom dette innrapporterte tallet (168) og tallet i Tabell 5 (91) kan forklares med at noe av den polikliniske virksomheten er organisert som egne organisasjonsenheter, og at alle pasientene som følges opp behandling uten døgnopphold ikke formelt sett er oppført som pasienter ved regionale eller lokale sikkerhetsavdelinger.

Figur 18: Antall pasienter som følges opp av poliklinisk tjenestetilbud ved lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023. N= 168.



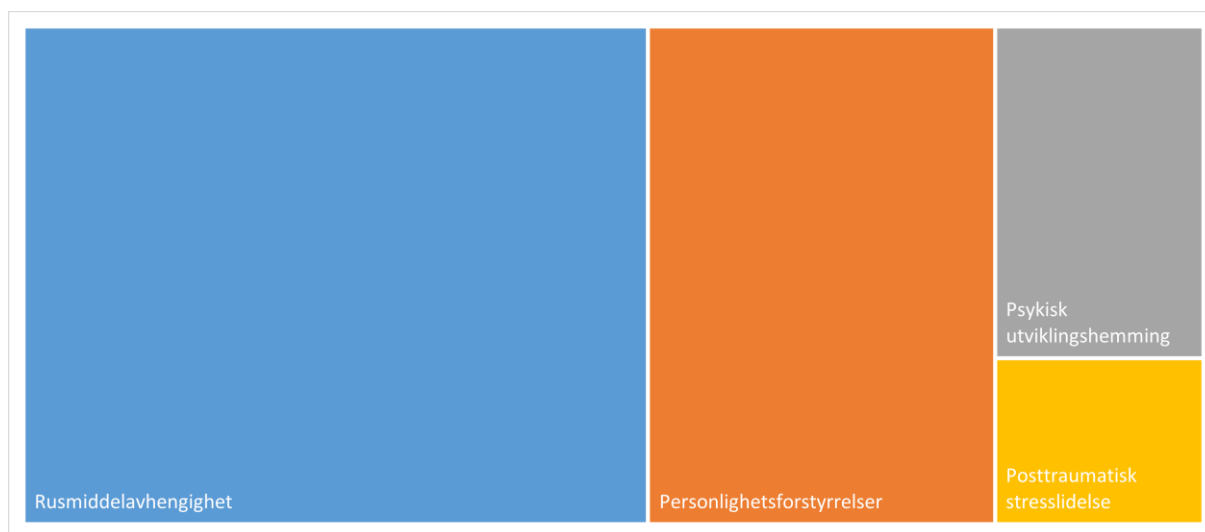
F20.x schizofreni er oppgitt som den hyppigst forekommende diagnosen hos de polikliniske pasientene. Deretter følger F22.x paranoid psykose og F25.x schizoaffektiv lidelse, se Figur 19.

Figur 19: Illustrasjon av de hyppigst forekommende hoveddiagnosene blant pasienter i poliklinisk oppfølging ved lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023.



Rusmiddelavhengighet er oppgitt som den hyppigst forekommende bidiagnosen hos de polikliniske pasientene. Deretter følger personlighetsforstyrrelse, psykisk utviklingshemming og posttraumatisk stresslidelse, se Figur 20.

Figur 20: Illustrasjon av de hyppigst forekommende bidiagnosene blant pasienter i poliklinisk oppfølging ved lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023.



Den mest vanlige boformen var kommunal bolig med tilsyn. Videre følger egen bolig, kommunal bolig uten tilsyn, eller ulike former for bosenter. Rutiner knyttet til kontaktpunkter mellom pasienten, poliklinikken og ulike samarbeidspartene varierer fra helseforetak til helseforetak, og vurderes individuelt etter klinisk tilstand og det aktuelle risikobildet. I perioder vil enkelte pasienter ha behov for tettere oppfølging enn vanlig.

Regelmessig kontakt med det polikliniske teamet og behandler er vanlig, i noen tilfeller flere ganger ukentlig. Flertallet av respondentene oppgir at det gjennomføres rutinemessige hjemmebesøk, hvor det alltid er minst to ansatte som deltar. Flere pasienter får jevnlig besøk av hjemmesykepleien eller andre aktører fra kommunen. Flere pasienter går på skole og noen er i arbeid.

Respondentene oppgir å ha rutiner ved vilkårsbrudd for pasienter innlagt etter strafferettslig hjemmel, som er nedfelt i kriseplaner eller liknende. Et flertall oppgir at reinnleggelse til lokal sikkerhetsavdeling er et rutinemessig tiltak, og noen har beredskapsplasser dedikert til dette formålet.²⁷ Respondentene oppgir at slik praksis også er vanlig ved oppfølging av øvrige pasienter innlagt etter sivilrettslig hjemmel.

Syv av ti enheter oppgir at representanter fra kommunehelsetjenesten «*alltid*» deltar i ansvarsgruppemøter, mens tre av ti oppgir at de deltar «*noen ganger*». Når det gjelder representanter fra politiet oppgir ni av ti at disse deltar «*noen ganger*».

2.10. Bemanning og kompetanse

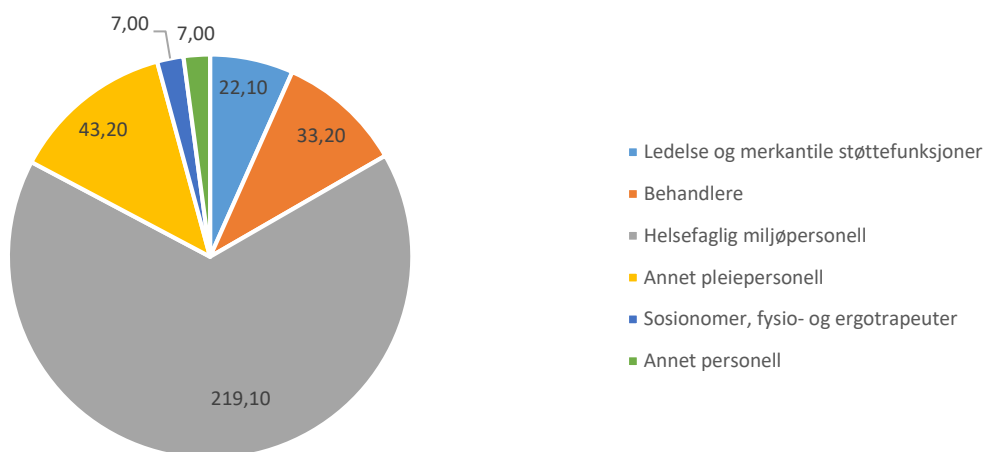
For de regionale sikkerhetsavdelingene er det innrapportert en gjennomsnittlig bemanningsfaktor på 5,4:1 (spredning 5:1 - 6:1).²⁸ For de lokale sikkerhetsavdelingene er det innrapportert en gjennomsnittlig bemanningsfaktor på 3,4:1 (spredning 2:1 - 4,6:1). Ved flere av de lokale sikkerhetsavdelingene er det ansatt personell til å drive med poliklinisk eller annen ambulans virksomhet, noe som kanskje feilmessig drar opp bemanningsfaktoren i døgnpostene. Det er derfor mulig at den reelle bemanningsfaktoren er noe lavere.

Som fremgår av Figur 21 og Figur 22 hadde de regionale sikkerhetsavdelingene totalt 331,60 årsverk, et snitt på 47,37 årsverk per døgnenhet (n=7). De lokale sikkerhetsavdelingene hadde totalt 890,63 årsverk, et snitt på 38,72 årsverk per døgnenhet (n=23). Andelen menn og kvinner ligger på ca. 60/40.

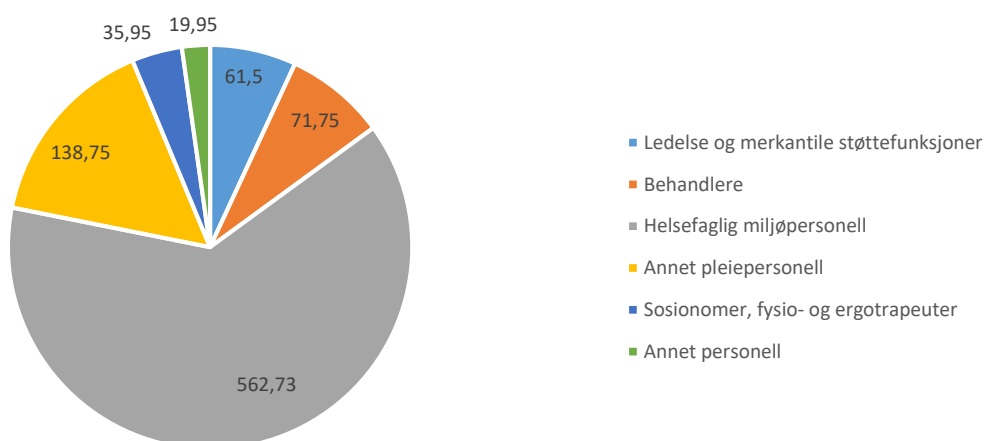
²⁷ Akershus universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken.

²⁸ Definisjon «bemanningsfaktor»: Antall ansatte i turnus per pasient per døgn.

Figur 21: Antall årsverk i regionale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023, fordelt på type stilling.



Figur 22: Antall årsverk i lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2023, fordelt på type stilling.



2.10.1.1. Årsverk i regionale sikkerhetsavdelinger

De regionale sikkerhetsavdelingene er ulikt organisert med hensyn til ledelse og administrasjon. Samlet sett hadde de regionale sikkerhetsavdelingene 22,10 årsverk ledelse og merkantilt ansatte, hvorav Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst hadde 15 årsverk. Antall årsverk for overleger/leger var på 17,20, hvorav 5 årsverk for LIS-leger. Antall årsverk for psykologer og psykologspesialister var på 16, hvorav 11 årsverk for vedtakskompetente psykologspesialister. Ulik organisering gjelder også her. Ved St. Olavs hospital har legene og psykologene behandleransvar for alle pasienter innlagt i begge de regionale døgnerhetene, og er ikke ansatt ved den enkelte døgnerhet. Ved de øvrige regionale avdelingene er behandlerne tilknyttet den enkelte døgnerhet.

Sykepleiere og spesialsykepleiere utgjør henholdsvis 44,80 og 63,50 årsverk, et snitt på 6,40 og 9,07 årsverk per døgnerhet. Antall vernepleiere og spesialvernepleiere i regionale sikkerhetsavdelinger har økt de siste fire årene, fra 25,50 og 3 årsverk i 2019, til 28,80 og 15 årsverk i 2023, et snitt på 4,11 og 2,14 årsverk per døgnerhet. Helsefagarbeidere/hjelpepleiere og spesialutdannede helsefagarbeidere/hjelpepleiere utgjør henholdsvis 51 og 12 årsverk, et snitt på 7,28 og 1,71 årsverk per døgnerpost. Annet helsepersonell utgjør 43,20 årsverk, et snitt på 6,17 årsverk per døgnerhet.

Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst hadde 2 årsverk for sosionomer og 1 årsverk for ergoterapeut. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest hadde 1 årsverk for sosionom og 1 årsverk for ergoterapeut. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge hadde 1 årsverk for sosionom. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Nord hadde 1 årsverk for fysioterapeut, mens 4 miljøterapeutstillinger var besatt av ergoterapeuter.

2.10.1.2. Årsverk i lokale sikkerhetsavdelinger

De lokale sikkerhetsavdelingene hadde 61,5 årsverk ledelse og merkantilt ansatte i 2023, en snitt på 2,67 per enhet (spredning 1-5). Antall årsverk for overleger/leger var på 44,95, herunder 14 årsverk for LIS-leger. Antall årsverk for psykologer og psykologspesialister var på 26,8, hvorav 18,8 årsverk for vedtakskompetente psykologspesialister.

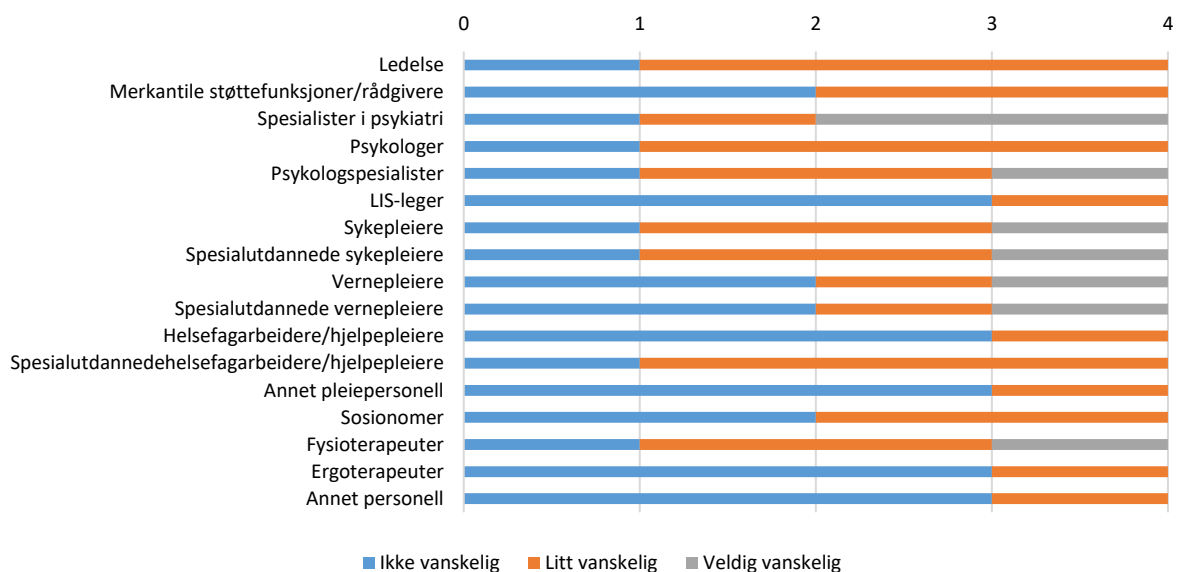
Sykepleiere og spesialsykepleiere utgjorde henholdsvis 177,4 og 142,29 årsverk, et snitt på 7,70 (spredning 1-13,4) og 6,2 (spredning 0-11,5) årsverk per enhet. Vernepleiere og spesialvernepleiere utgjorde henholdsvis 83,79 og 37,90 årsverk, et snitt på 3,6 (spredning 0-8) og 1,6 (spredning 0-5) årsverk per enhet. Helefagarbeidere og spesialutdannede helsefagarbeidere utgjorde henholdsvis 103,85 og 17,5 årsverk, et snitt på 4,5 (spredning 0-10) og 0,80 (spredning 0-4) årsverk per enhet. Annet pleiepersonell utgjorde 138,75 årsverk, et snitt på 6 årsverk per enhet (spredning 0-15,80).

21 av 23 enheter hadde ansatt sosionom i hel stilling eller i en mindre stillingsprosent. To enheter hadde fysioterapeut i hel stilling. Syv av 23 enheter hadde ansatt ergoterapeut i hel stilling eller i en mindre stillingsprosent.

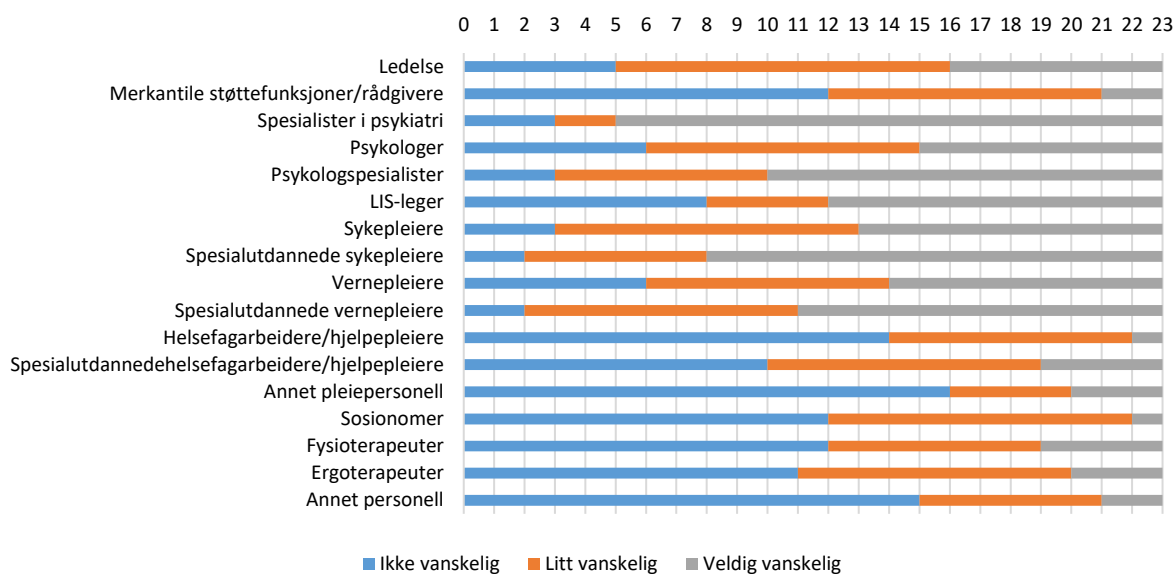
2.10.2. Rekruttering

To av fire regionale sikkerhetsavdelinger svarer «nei» på spørsmål om det er enkelt å rekruttere nødvendig fagkompetanse, mens 16 av 23 lokale sikkerhetsavdelinger svarer det samme. Rekrutteringsproblemene knytter seg særlig til spesialister i psykiatri, men også andre fagutdannede, se Figur 23 og Figur 24. En regional sikkerhetsavdeling har benyttet seg av innleide spesialister i psykiatri fra private vikarbyråer i perioden 2020-2023, mens fire av de lokale sikkerhetsavdelingene oppgir det samme.

Figur 23: Vurdering av rekruttering i regionale sikkerhetsavdelinger. N=4.



Figur 24: Vurdering av rekruttering i lokale sikkerhetsavdelinger. N=23.



Med ett unntak har alle avdelinger faste opplæringsrutiner for nyansatte, og et fast undervisningsopplegg for ansatte. Når det gjelder videreutdanning i VIVO I og VIVO II svarer den største andelen av enhetene at mellom 10 og 50 % av de ansatte har slik utdanning.²⁹

2.10.3. Forskning og fagutvikling

Tre regionale sikkerhetsavdelinger oppgir å ha deltatt i forskningsprosjekter i perioden 2020-2023. Fem lokale sikkerhetsavdelingene oppgir det samme. Her nevnes bl.a. TOP-prosjektet, et prosjekt om bruk av VR-briller i behandling av psykose og et valideringsprosjekt av voldsrisiko-Triage.

To regionale og 13 lokale sikkerhetsavdelinger har vært involvert i fagutviklingsprosjekter i perioden 2020-2023. Her nevnes bl.a. utvikling av lukket legemiddelslyfe, prosjekt i miljøterapi, forbedringsarbeid for pasientsikkerhet, fagutviklingsarbeid i reflekterende tilnærming, og forbedringsprosjekt knyttet til døgnrytme hos inneliggende pasienter.

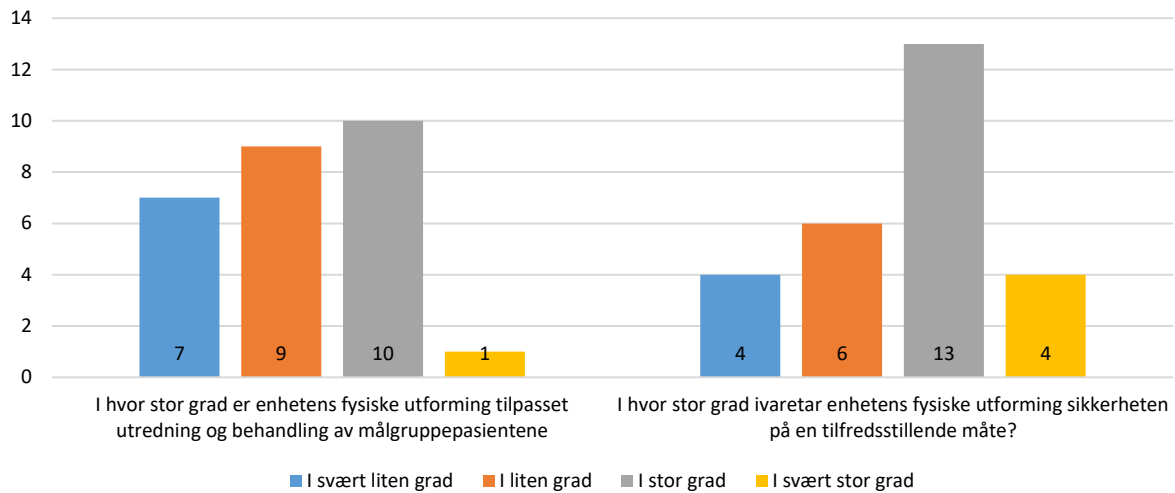
2.11. Bygningsmessige forhold

På spørsmål om bygningsmessige forhold oppgir 60 % av respondentene at enhetens bygningsmessige utforming i «*liten grad*» eller «*i svært liten grad*» er tilpasset utredning og behandling av målgruppepasienter. Om lag 40 % oppgir at utformingen «*i liten grad*» eller «*i svært liten grad*» er tilpasset ivaretagelse av sikkerheten på en tilfredsstillende måte, se Figur 25. Det er ingen regionale forskjeller på bygningsmessige forhold. Respondentene beskriver at bygningsmassen er gammel og nedslitt, og flere påpeker behov for nytt bygg eller rehabilitering og oppgradering av eksisterende bygg. Det nevnes bl.a. behov for bedre skjermingskapasitet og tilgang på gode aktivitetsarealer. Flere oppgir at enhetene har dårlig inneklima, lite dagslys og dårlig lydisolering. Noen oppgir at støy og aktivitet fra andre nærliggende avdelinger er et forstyrrende element. Flere oppgir behov for bedre

²⁹ (Høgskolen i Molde, 2024)

rømningssikkerhet, egnede luftegårder og skjermede uteområder. Mange har uegnede lokaler for sikkerhetspsykiatrisk drift, med smale korridorer, dårlige siktlinjer, dødsoner og trange trappehus.

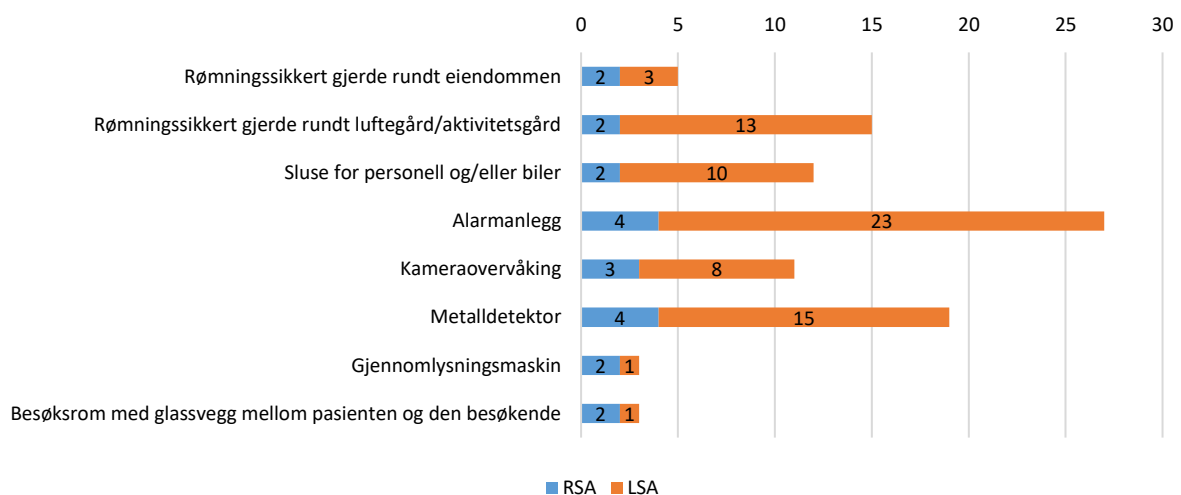
Figur 25: Vurdering av de regionale og lokale sikkerhetsavdelingenes fysiske utforming, mht behandling og sikkerhet. N=27.



2.11.1. Statistiske sikkerhetstiltak

Figur 26 viser at samtlige enheter har alarmanlegg. Elleve enheter oppgir å ha kameraovervåking. Kun fem enheter oppgir å ha rømningssikkert gjerde rundt eiendommen. 15 enheter har rømningssikkert gjerde rundt luftegård/aktivitetsgård, mens tolv har sluse for personell og/eller biler. 19 enheter oppgir å ha metalledetektor, mens tre har gjennomlysningsmaskin. To regionale og én lokal sikkerhetsavdeling har besøksrom med glassvegg.

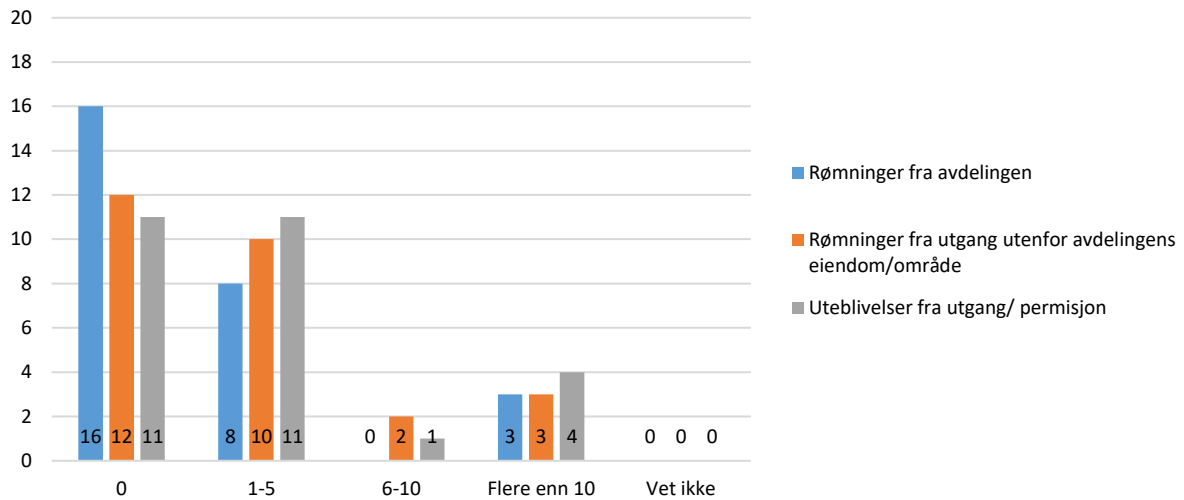
Figur 26: Statistiske sikkerhetstiltak i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger. N=27.



2.11.2. Rømninger og uteblivelser

Figur 27 viser at elleve enheter har hatt hendelser med rømning fra avdelingen (innenfra eller fra avdelingene eiendom), og 15 enheter, herunder èn regional sikkerhetsavdeling, har hatt rømninger fra avdelingens eiendom/område i 2023 (fra utgang med personalet). Tre enheter har hatt flere enn ti rømninger fra avdelingen. 16 enheter, herunder èn regional sikkerhetsavdeling, oppgir uteblivelser fra utganger og permisjoner.³⁰ Fire enheter har hatt flere enn ti slike hendelser.

Figur 27: Rømninger og uteblivelser fra regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i 2023. N=27.

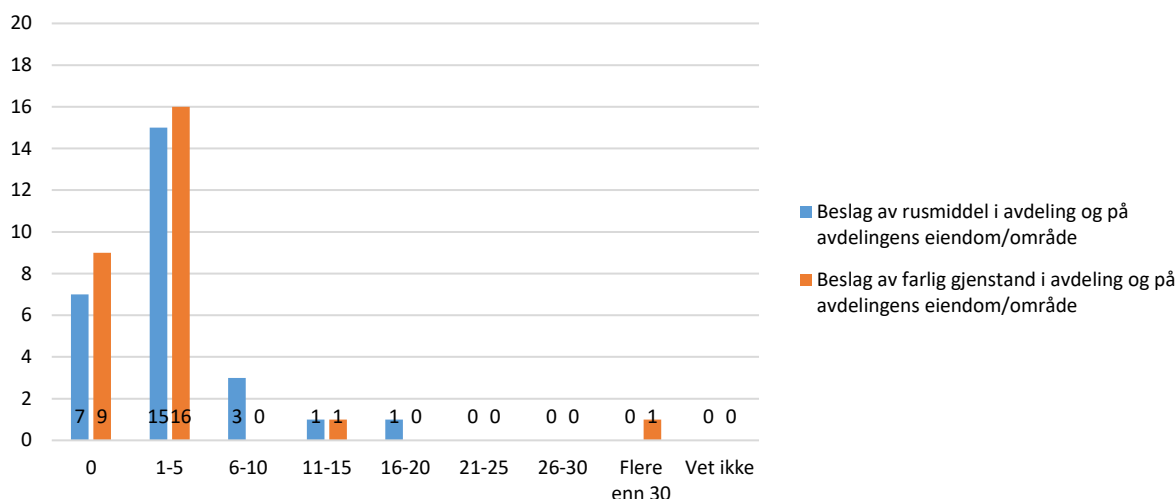


2.11.3. Beslag av rusmidler og farlige gjenstander

Figur 28 viser at 20 enheter, herunder to regionale sikkerhetsavdelinger, har gjort beslag av rusmidler, mens 18 enheter, herunder tre regionale sikkerhetsavdelinger, har gjort beslag av farlige gjenstander i 2023. Èn enhet har gjort mer enn 30 beslag av farlige gjenstander, mens de fleste enhetene har gjort mellom 1-5 slike beslag.

³⁰ Definisjon: Pasienten returnerte ikke til avtalt tid.

Figur 28: Beslag av rusmidler og farlige gjenstander på regionale og lokale sikkerhetsavdelingers eiendom/område i 2023. N=27.



2.12. Planlagte fremtidige endringer

Av de 27 enhetene i undersøkelsen, opplyste elleve at de har aktuelle planer for omstilling, endring av kapasitet eller lignende, som følger av oversikten under.

Helse Sør-Øst

Sykehuset Innlandet planlegger et nytt fellessykehus på Moelv med samlokalisering av somatikk og psykiatri, og som etter planen skal stå ferdig i 2032-2033.

Akershus universitetssykehus bygger nytt psykiatribygg på Nordbyhagen med 50 døgnplasser. Bygget skal samle tilbudet for sykehusbasert psykisk helsevern og skal etter planen være ferdig i 2026.

Akershus universitetssykehus planlegger etablering av et ambulerende sikkerhetsteam i 2024, som skal organiseres under den lokale sikkerhetsavdelingen.

Oslo universitetssykehus bygger nytt bygg på Ila i Bærum for bl.a. den regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene ved Oslo universitetssykehus. Bygget skal etter planen skal stå ferdig i 2026. Bygget har 32 regionale døgnplasser og 20 lokale døgnplasser, og ved flytting vil den regional kapasiteten økes med ti døgnplasser, mens den lokale kapasiteten ved Oslo universitetssykehus vil øke med åtte døgnplasser. Ved innflytting på Ila vil Lovisenberg og Diakonhjemmet ikke lenger disponere sikkerhetsplasser ved Oslo universitetssykehus, men etablerer selv ti døgnplasser ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Parallelt pågår det en prosess med tilbakeføring av bydelene Alna, Grorud og Stovner til Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde, som etter beregningene vil kreve fem døgnplasser (disse fem er inkludert i økningen på åtte plasser). Det er foreløpig uavklart når driftsavtalen med Akershus universitetssykehus om ti lokale sikkerhetsplasser på Gaustad vil avsluttes.

Lokal sikkerhetsavdeling på Dikemark (Post C) planlegger etablering av et ambulant sikkerhetsteam i 2024.

Vestre Viken bygger nytt fellessykehus i Drammen med samlokalisering av somatikk og psykiatri, og som etter planen skal stå ferdig i 2025. Ved innflytting øker Sikkerhetsseksjonen fra tolv til 15 døgnplasser.

Telemark sykehus planlegger kapasitetsøkning ved Sikkerhetsseksjonen kapasiteten med syv døgnplasser, og med oppstart i 1. kvartal 2025.

Helse Vest

Helse Stavanger planlegger nytt bygg for psykisk helsevern, etter ferdigstilling av nytt somatisk sykehus på Ullandhaug i 2025. Nytt bygg for psykisk helsevern er satt på vent på ubestemt tid.

Helse Fonna planlegger ombygging av Eining for sikkerhetspsykiatri i 2028. Det planlegges også etablering av et avskjermet rømningsforebyggende uteareal.

Helse Bergen øker kapasiteten ved Lokal sikkerhetsavdeling fra åtte til ti døgnplasser i 1. kvartal 2024, og planlegger for videre økning av døgnkapasiteten i tråd med befolkningsgrunnlag i den kommende perioden.

Helse Midt-Norge

Ingen innrapporterte planlagte fremtidige endringer.

Helse Nord

Universitetssykehuset i Nord-Norge rehabiliterer bygningsmassen for Sikkerhetspsykiatrisk seksjon. Ombyggingen planlegges ferdigstilt høsten 2024.

3. DISKUSJON

Basert på de innrapporterte data, er det tre tema det er naturlig å se nærmere på:

1. organisering og behandlingsskapasitet, herunder
 - organisering og kapasitet for poliklinisk virksomhet
 - organisering og kapasitet for innleggelse etter strafferettslig hjemmel
2. pasientpopulasjon og behandling, herunder
 - barn og unge voksne
 - kvinner
 - miljøterapi og aktivitetstilbud
 - kartlegging, forebygging og håndtering av vold og aggresjon
 - gjennomføring av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 4
3. bygningsmessige forhold

3.1. Organisering og behandlingsskapasitet

Undersøkelsen viser at alle de fire helseregionene nå har regionalt sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud, etter opprettelse av seks regionale døgnplasser i Helse Nord i 2019 og 2020. Disse plassene er per 2023 plassert ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. I forbindelse med opprettelse av regionale plasser, ble antall lokale døgnplasser ved Universitetssykehuset i Nord-Norge noe redusert. I perioden fra forrige statusrapport er det etablert lokale sikkerhetsavdelinger i Helse Førde og i Helse Nord-Trøndelag. Tjenestetilbudet i Helse Stavanger og Helse Møre og Romsdal er utvidet. Ved årsskiftet 2023/2024 var det fire sykehus som ikke hadde eget sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud; Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Disse har avtale med hhv Oslo universitetssykehus, Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge og benytter sikkerhetsplasser der.

Ved årsskiftet 2023/2024 var det 249 døgnplasser i norske sikkerhetsavdelinger, fordelt på 48 regionale plasser og 201 lokale plasser. Dette er det høyeste antallet siden sikkerhetsavdelingene ble opprettet på slutten av 1980-tallet. Sett i forhold til befolkningsgrunnlaget, er behandlingsskapasiteten nå den høyeste siden 2005, med 4,5 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Det er den lokale kapasiteten som har hatt den største veksten de siste fire årene, fra 3,3 døgnplasser per 100 000 innbyggere i 2019 til 3,6 i 2023. Den største veksten har vært i Helse Midt-Norge, som har økt kapasiteten fra 1,6 til 3,4. Den regionale kapasiteten har blitt økt fra 0,8 til 0,9 ved at Helse Nord har opprettet seks regionale døgnplasser. Dette medfører også en styrking av den regionale kapasiteten i Helse Midt-Norge, ved at Regional sikkerhetsavdeling ved St. Olavs hospital nå kun har ansvar for Helse Midt-Norges opptaksområde.

Kapasiteten i sikkerhetsavdelingene henger nøye sammen med kapasiteten i det allmenpsykiatriske tjenestetilbudet. Opptrappingsplanen for psykisk helse fra 2023 påpeker at det de siste årene har skjedd en stor omstilling av behandlingstilbudene, med større vekt på poliklinisk og ambulant behandling og mindre bruk av døgnbehandling i psykisk helsevern.³¹ Tallene viser at døgnkapasiteten i psykisk helsevern for voksne er halvert og at poliklinisk aktivitet er firedoblet de siste 20 årene.³² I samme periode har antall døgnplasser i sikkerhetsavdelingene vært relativt stabilt og ligget på et nivå mellom 4,1 (2015 og 2019) og 4,9 (2005) per 100 000 innbyggere. Reduksjonen i antall døgnplasser i det psykiske helsevernet er med andre ord hovedsakelig i det allmenpsykiatriske tjenestetilbudet og ikke i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.

I flere år har sikkerhetsavdelingene hatt utfordringer med å videreføre ferdigbehandlede pasienter til andre deler av spesialisthelsetjenesten og til kommunene.³³ Ved årsskiftet 2023/2024 var 31 pasienter henvist fra sikkerhetsavdelingene og ventet på overføring til annen institusjon. Tre av de fire regionale sikkerhetsavdelingene

³¹ (Helsedepartementet, 2023) s. 48

³² (Kilden, Sigurjónsdóttir, Eidhammer, & Selmer, 2020)

³³ (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020) (Helsedepartementet, 2023)

oppgå at avdelingenes døgnkapasitet og pasientsirkulasjon ikke var tilfredsstillende for avdelingenes opptaksområde. De samme tilbakemeldingene kom fra et stort flertall av de lokale sikkerhetsavdelingene. Videreføringsproblematikken forklares bl.a. med liten kapasitet og ressursmessige, juridiske og kompetansemessige forhold i mottaksapparatet.³⁴ Det pekes på mangel på lukkede døgnplasser i spesialisthelsetjenesten og problemer med å skrive ut pasientene til DPS og kommunale tjenester. Videreføringsproblematikken må også sees i sammenheng med den økte andelen av pasienter innlagt etter strafferettslig hjemmel.³⁵ Kravet om ivaretagelse av samfunnsvernet påvirker hvilke deler av behandlingsskjeden som er i stand til å ta imot og ha ansvaret for domfelte pasienter og personer i varetekt.

Regional framskrivningsmodell legger opp til en 15 % kapasitetsøkning for døgnplasser i sykehus i perioden 2023-2035, noe som tilsvarer om lag 270 senger.³⁶ Denne økningen skal fordeles i hele det psykiske helsevernet, og legge til rette for bedre forebygging og bedre den generelle kapasiteten i behandlingsskjeden. Kapasitetsøkningen vil ikke alene være tilstrekkelig for å møte kapasitetsutfordringene i sikkerhetsavdelingene, men må gjøres parallelt med en rekke andre tiltak som har som formål å bedre pasientflyten og samarbeidet i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.³⁷ I dette ligger blant annet ny organisering av det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet, som innebærer at de lokale sikkerhetsavdelingene får utvidede oppgaver gjennom rehabiliteringstilbud, ambulante sikkerhetsteam og ulike botiltak.³⁸ Slike endringer i tjenestetilbudet vil naturligvis kreve økte ressurser og omdisponering av midler. Regjeringen skriver i opptrappingsplanen at den vil legge til rette for at de regionale helseforetakene kan styrke kapasiteten til behandling og oppfølging i psykisk helsevern, men at dette skal gjøres ut i fra det som er mulig og realistisk å få til innenfor rammen av sykehusøkonomien.³⁹ Spørsmålet er om det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet vil prioriteres i en ellers stram sykehusøkonomi, hvor de ulike fagfeltene konkurrerer om knappe ressurser. Det er derfor svært viktig at utviklingen i det sikkerhetspsykiatriske fagfeltet monitoreres nøye, og at kapasiteten justeres i takt med behovene.

Med bakgrunn i videreføringsproblematikken og behovet for en tettere oppfølging av deler av pasientpopulasjonen, har flere sikkerhetsavdelinger etablert ulike tjenestetilbud som har som formål å kompensere for manglende behandlingstilbud i behandlingsskjeden for øvrig. Funnene i denne undersøkelsen viser at sikkerhetsavdelingene etablerer poliklinisk virksomhet for selv å kunne følge opp pasienter som videreføres til behandling uten døgnopphold. Noen har også etablert rehabiliteringstilbud og treningsboliger. Tjenestene er bygget opp innenfor helseforetakenes økonomiske og ressursmessige handlingsrom, og ut i fra lokale behov knyttet til demografi og geografi. Dette har medført at tjenestetilbudene i landets helseforetak er noe ulike, både organisatorisk, innholdsmessig og med hensyn til dimensjonering. Noe av variasjonen man ser i tjenestetilbudet er både nødvendig og ønsket, mens andre ulikheter fremstår som u hensiktsmessige og er i så måte uønsket variasjon. Spørsmålet er om helseforetakene skal få likere forutsetninger for etablering og drift av slike tilbud, med hensyn til økonomi og ressurser.

3.1.1. Organisering og kapasitet for poliklinisk virksomhet

Kapasitet og belegg i sikkerhetsavdelingene kan ikke vurderes utelukkende på bakgrunn av antall døgnplasser. Undersøkelsen viser en utstrakt poliklinisk virksomhet, og ti lokale sikkerhetsavdelinger har etablert poliklinisk tjenestetilbud for å bedre pasientflyten og frigjøre døgnplasser. Så mange som 168 pasienter ble gitt behandling og oppfølging gjennom ulike polikliniske tjenestetilbud ved de lokale sikkerhetsavdelingene ved årsskiftet 2023/2024.⁴⁰ De regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene og de underliggende poliklinikkene, hadde dermed

³⁴ (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)

³⁵ (Kilden, Sigurjónsdóttir, Eidhammer, & Selmer, 2020)

³⁶ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

³⁷ *ibid*

³⁸ *ibid*

³⁹ (Helsedepartementet, 2023) s. 48

⁴⁰ Andelen innrapporter pasienter i behandling uten døgnopphold, avhenger av måten det ambulante tilbudet er organisert på i sikkerhetsavdelingene.

totalt sett hadde ansvar for behandlingen av 418 pasienter. Dette viser at omfanget av driften i sikkerhetsavdelingene er langt større enn det antall døgnplasser tilsier og tallene som fremkommer av Tabell 5.⁴¹

Den polikliniske virksomheten rundt om i landet har ulike ressursmessige rammebetingelser for drift, men har i all hovedsak likt formål og lik målgruppe. Når det gjelder den polikliniske virksomheten som beskrives i kapittel 2.9, ligger de største ulikhetene i valg av modell for tjenestetilbudet og organisering av virksomheten. Tre av ti polikliniske virksomheter driftes etter FACT-modellen, mens de andre syv har alle ulikt oppsett, rammebetingelser og drift. Disse avdelingene har tilpasset den polikliniske virksomheten, både organisatorisk og innholdsmessig, etter lokale behov og forutsetninger. En fordel med opprettelse av FACT-team er at man kan følge en standardisert og velutprøvd modell for oppbygging og drift. I tillegg har Helsedirektoratet tilskuddsordninger for etablering av FACT-team, hvor man kan få midler til etableringsfasen i inntil fire år, med gradvis skjønnsbasert nedtrapping og økt grad av egenfinansiering.⁴² Alle de tre avdelingene som har opprettet FACT-sikkerhet har mottatt oppstartsmidler, enten fra Statsforvalteren eller fra Helsedirektoratet. Ulempen med å drifte etter en standardisert modell som FACT-modellen er at den kan mangle nødvendig fleksibilitet i behandling og oppfølging av den aktuelle pasientgruppen.

Ved noen sikkerhetsavdelinger er den polikliniske virksomheten organisert som en del av avdelingen, mens andre steder er den en selvstendig enhet med egne ansatte. Det vanligste – basert på de innrapporterte opplysningene – er at den er en integrert del av sikkerhetsavdelingen og at noe av personalet i avdelingen også jobber poliklinisk. Dette er av stor betydning for kontinuiteten i oppfølgingen; at det samme kompetansemiljøet som følger pasienten i behandling uten døgnopphold, kjenner pasienten godt fra innleggelse i sykehusavdeling. Dette er også en fordel, sett fra pasientens side; at pasienten kjenner personalet fra innleggelse og har en stabil relasjon til kjente fagpersoner gjennom utskrivningsprosessen. Disse fordelene er helt i tråd med intensjonen bak utforming av et nytt sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp med såkalte ambulante sikkerhetsteam, som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (...).⁴³ Respondentene oppgir at denne flerbruken har flere fordeler, vet at de tette relasjonene skaper kontinuitet, forutsigbarhet og bedre tilpasset behandling. Ulempen, på den andre siden, er at denne flerbruken av personell skaper ressursmessige utfordringer, ved at sårt tiltrengt kompetanse i sikkerhetsavdelingene, også blir brukt til poliklinisk aktivitet. Fordelene med bruk av erfarent personell fra døgnavdeling til poliklinisk virksomhet, må veies opp mot ulempene dette kan medføre for daglig drift av en døgnavdeling.

Til tross for ulike valg av modell for tjenesten, har de fleste polikliniske virksomhetene sammenfallende formål; å sikre tett monitorering av pasientgruppen og legge til rette for informasjonsflyt og kompetanseoverføring i de sårbare overgangene fra sikkerhetsavdelingene og til kommunene. Det finnes ingen felles inklusjonskriterier for den polikliniske virksomheten, men målgruppen er i det store og det hele den samme ved alle helseforetakene; personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsproblematikk, og hvor oppfølgingen er særlig krevende og hvor samfunnsvernet har en sentral rolle.

Tre av de lokale sikkerhetsavdelingene har beredskapsplasser dedikert til pasienter som følges opp poliklinisk, og som kan anvendes ved vilkårsbudd, forverring av tilstand eller andre forhold som krever innleggelse i døgnenhet. Dette sikrer kontinuitet i oppfølgingen, ved at man unngår innleggelse via akuttsløyfen. Ved Vestre Viken har beredskaps plassene vist seg å redusere liggetiden ved slike innleggelser.⁴⁴ En grunn til dette er at pasienten blir lagt inn i avdeling som kjenner pasientens historikk, sykdom og risikobilde, og at det raskt kan iverksettes tilpassede og nødvendige tiltak. Enhver pasient som følges opp poliklinisk, må regnes som en potensiell kandidat for innleggelse i lengre eller kortere perioder i behandlingsforløpet. Poliklinisk oppfølging kan derfor også være en belastning for kapasiteten i døgnpostene. De avdelingene som ikke har beredskapsplasser for innleggelse av pasienter som følges opp poliklinisk, løper en større risiko med hensyn til kapasitet og belegg.

⁴¹ Årsaken til diskrepans mellom dette innrapporterte tallet (168) og tallet i Tabell 5 (91) kan forklares med at noe av den polikliniske virksomheten er organisert som egne organisasjonsenheter, og at alle pasientene som følges opp behandling uten døgnopphold ikke formelt sett er oppført som pasienter ved regionale eller lokale sikkerhetsavdelinger.

⁴² (Helsedirektoratet, 2024)

⁴³ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

⁴⁴ (Sanderud, 2023)

Etablering av mange av disse polikliniske tilbudene har sin bakgrunn i videreføringsproblematikk, og er i så måte basert på et negativt incitament. Poliklinisk sikkerhetspsykiatrisk virksomhet kan på mange måter ansees som en erstatning for en allmennpsykiatri med redusert kapasitet og manglende rammebetingelser til å ivareta pasientgruppen, etter at de er ferdigbehandlet på sikkerhetspsykiatrisk nivå. Det er vanskelig å si om det polikliniske tjenestetilbudet som er etablert er den optimale måten å følge opp den aktuelle pasientgruppen på. Erfaring fra opprettelse av FACT-sikkerhetsteam har likevel vist seg å ha flere fordeler, bl.a. ved at de legger til rette for flere utskrivelser og bedre pasientflyt, tettere monitorering og bedre samfunnsvern, samt bedre dialog og samarbeid med andre aktører i behandlingsskjeden.⁴⁵ De siste årene er derfor flere slike polikliniske tjenestetilbud etablert - ikke bare fordi det er nødvendig - men også fordi det er ønskelig. Forslagene knyttet til ambulante sikkerhetsteam i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (...) baserer seg på de gode erfaringene fra poliklinisk arbeid som er gjort ved ulike sikkerhetsavdelinger i Norge.

Et sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp fordrer god flyt og godt samarbeid med andre instanser gjennom hele forløpet. For at sikkerhetsavdelingene skal kunne drive poliklinisk virksomhet og frigjøre plasser i sykehusbasert psykisk helsevern, er det nødvendig at kommunene har adekvat og tilpasset botilbud som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (...).⁴⁶ Undersøkelsen viser at sikkerhetsavdelingene har ulike erfaringer med samarbeid med kommunene i forbindelse med videreføring av pasientene. En del av utfordringsbildet omhandler håndtering av voldsrisiko og ivaretagelse av samfunnsvernet. De avdelingene som har etablert poliklinisk virksomhet og selv følger pasientene ut i behandling uten døgnopphold, opplever at samarbeidet med kommunene har bedret seg over tid. Helsedepartementet har i opptrappingsplanen fra 2023 uttalt at de skal «*jobbe for et bedre bo- og tjenestetilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov, herunder løsninger for pasienter som er underlagt tvang etter lov om psykisk helsevern og personer som står i risiko for å utøve vold*»⁴⁷ Dette vil være et sentralt tiltak for at den polikliniske virksomheten og et sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp skal fungere etter hensikten.

Ved drøfting av slik poliklinisk virksomhet, er det også nødvendig å se på den «utglidningen» av det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet som slik virksomhet skaper. Ved at dette tilbudet ikke lenger kun er en høyspesialisert tjeneste på «toppen» av behandlingsskjeden, men yter tjenester på *alle* nivåer i det psykiske helsevernet, innfører man i *praksis* et tosporet system med et sikkerhetspsykiatrisk- og et allmennpsykiatrisk tjenestetilbud som opererer parallelt, og i liten grad sammen. Sikkerhetspsykiatrisk virksomhet blir dermed mer og mer avskilt fra det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet og håndtering av denne pasientgruppen blir i større og større grad overlatt til sikkerhetsavdelingene. På sikt vil dette kunne medføre at det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet får ytterligere begrenset kompetanse og dårligere forutsetninger for å håndtere pasientgruppen.

3.1.2. Organisering og kapasitet for innleggelse etter strafferettslig hjemmel

Det foreligger flere strafferettslige grunnlag for opphold i psykiatriske institusjoner, bl.a. dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, varetektssurrogat og rettspsykiatriske undersøkelser i psykiatrisk sykehus. Felles for disse er at behandling *ikke* er deres primærformål, til tross for at dom til tvungent psykisk helsevern forutsetter behandling. Innleggelse etter dom til tvungent psykisk helsevern og varetektssurrogat kan i tillegg besluttes av domstolene uten institusjonenes samtykke. Det er ikke dedikert egne plasser til slik virksomhet i Norge.

Denne undersøkelsen viser at personer innlagt etter strafferettslig hjemmel opptar en økende andel av kapasiteten i sikkerhetsavdelingene. Andelen døgnplasser som opptas av domfelte pasienter har økt fra 41 % i 2019 til 52 % i 2023. Antall varetektssurrogat har økt fra tolv i 2020 til 29 i 2023, mens rettspsykiatriske døgnundersøkelser har ligget på et stabilt nivå på om lag 20 undersøkelser per år de siste ti årene. Det mangler imidlertid oversikt over etterspørselen. Informasjon om innleggelser etter strafferettslig hjemmel og

⁴⁵ (Avdeling for spesialpsykiatri - Sikkerhetsseksjonen, 2018), (FACT-sikkerhet Innlandet, 2020)

⁴⁶ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

⁴⁷ (Helsedepartementet, 2023, s. 79)

gjennomføring av de ulike ordningene er derfor viktig for planlegging og dimensjonering av tjenestetilbudet i årene som kommer.

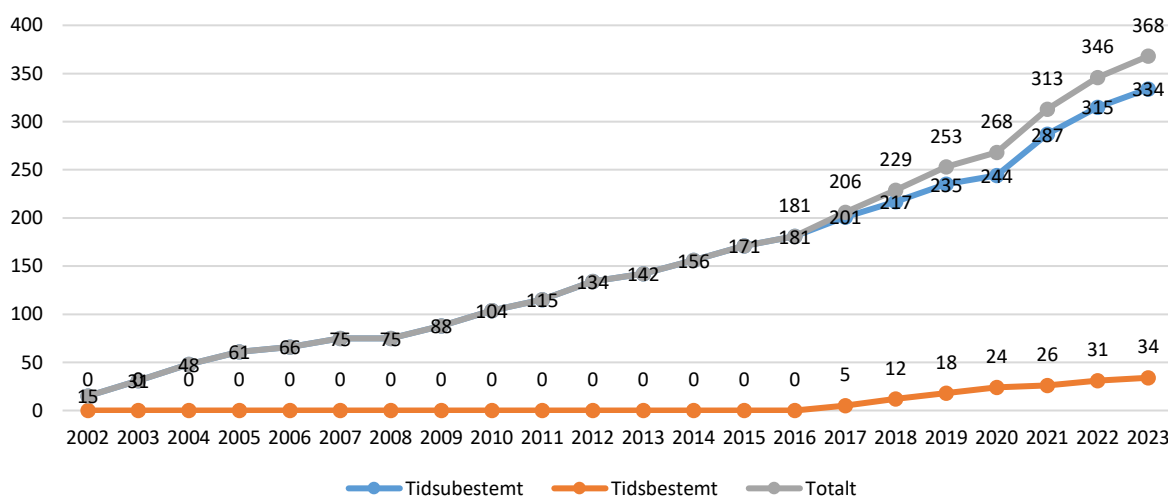
De regionale helseforetakene har nedsatt en interregional prosjektgruppe som har fått i oppdrag å se nærmere på flere regionale og nasjonale funksjoner, herunder bl.a. gjennomføring av varetektssurrogat og rettspsykiatrisk døgnundersøkelse. Gruppen skal levere sin innstilling innen utgangen av 2024.⁴⁸ Parallelt med dette er det nedsatt et utvalg som bl.a. skal se på særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern og ivaretagelsen av domfelte med alvorlige psykiske lidelser. Funnene i denne rapporten underbygger behovet for avklaring på en rekke forhold knyttet til innleggelse etter strafferettslig hjemmel.⁴⁹

3.1.2.1. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62

Særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern ble iverksatt i 2002. Vilkårene for å idømme slik særreaksjon ble utvidet i 2016. Per 31.12.2023 opptok domfelte pasienter 130 (52 %) av døgnplassene i de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene samlet sett.⁵⁰ Dette er en økning fra 2019, hvor andelen var på 41 %. Det er grunn til å tro at andelen vil fortsette å øke.⁵¹

Ved årsskiftet 2023/2024 var 368 personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern i Norge, se Figur 29. Av disse var 334 under gjennomføring av en tidsubestemt dom og 34 på en tidsbestemt dom.⁵² 40 % av de domfelte pasientene (130) var innlagt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger.

Figur 29: Antall personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern 2002-2023, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom.



Det er knyttet noe usikkerhet til utviklingen av antall domfelte pasienter, men prognosene tilsier en dobling fra 2022-nivå (346 domfelte) - og muligens en tredobling - av antall domfelte over en tiårsperiode.⁵³ Revidert framskrivningsmodell estimerer et sted mellom 750 og 1100 domfelte pasienter innen 2035.⁵⁴

⁴⁸ (Helse Sør-Øst RHF, 2024)

⁴⁹ (Straffereaksjonsutvalget, 2024)

⁵⁰ Det er diskrepans mellom tallene fra denne undersøkelsen og tallene i årsrapport fra Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, som oppgir at 148 av de domfelte var innlagt med døgnopphold i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger ved årsskiftet 2023/2024. Diskrepansen kan skyldes ulike metoder for informasjonsinnhentning og forsinkelser i registreringen. (Nasjonale koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2023)

⁵¹ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

⁵² (Nasjonale koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2023)

⁵³ (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2022) og (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

⁵⁴ (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2022)

Opptappingsplanen for psykisk helse påpeker at det vil være behov for en betydelig kapasitetsvekst for behandling og oppfølging for pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern, dersom vilkårene for bruk av særreaksjonen forblir uendret.⁵⁵ Dersom det blir en tredobling av antall domfelte pasienter og 40 % av disse fortsatt vil være i behov av innleggelse i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger, vil domfelte pasienter *alene* ha behov for 415 sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i 2035.

Andelen domfelte pasienter er større i de lokale sikkerhetsavdelingene (59 %), enn i de regionale (25 %). Dette kan blant annet forklares med at personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern ofte har vært innlagt i lang tid før hovedforhandling. Pasientene kan være stabilisert, utredet, risikovurdert og videreført til lokalt sikkerhetsnivå fra regional nivå før dommen blir rettskraftig, alternativt innlagt direkte i lokal sikkerhetsavdeling før dommen ble rettskraftig. Den store andelen domfelte pasienter som er innlagt i lokale sikkerhetsavdelinger utfordrer kapasiteten og kan bremse pasientsirkulasjonen, ved at mange domfelte blir værende lenge på dette behandlingsnivået, grunnet samfunnsvern hensyn og manglende mulighet for ivaretagelse i andre deler av spesialisthelsetjenesten eller i kommunene.

Det er store regionale forskjeller på hvor stor andel av døgnplassene domfelte pasienter opptar. Ved årsskiftet 2023/2024 opptok domfelte pasienter om lag 50 % av de lokale døgnplassene i Helse Sør-Øst og i Helse Vest, mens de i Helse Midt-Norge opptok om lag 70 %. I Helse Nord opptok domfelte pasienter hele 80 % av døgnplassene ved den lokale sikkerhetsavdelingen. I Helse Nord har det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet begrenset mulighet til å motta domfelte pasienter, fortrinnsvis fordi få DPS er hjemlet for tvang. Videreføring av denne pasientgruppen til behandling med eller uten døgnopphold i DPS er derfor svært vanskelig. Mens de tre andre helseregionene har om lag 40 % av de domfelte i behandling uten døgnopphold, hadde Helse Nord ved årsskiftet kun to domfelte pasienter i behandling uten døgnopphold.⁵⁶ Dette gjør at kapasitetsbehovet for døgnplasser i det sykehusbasert psykisk helsevern er større i de nordligste delene av landet, enn i sør. I doktorgradsavhandling fra 2020 påpeker forfatteren at ulikhetene gir «*opphav til betraktninger om bostedets betydning for gjennomføring av dommer*».⁵⁷ Opptappingsplanen for psykisk helse viser til at «*både kommunene og spesialisthelsetjenesten har betydelige utfordringer med å sikre gode og koordinerte tilbud til personer med sikkerhetsrisiko og samtidig ivareta samfunnsvernet. Det er utfordringer knyttet til kapasitet, kompetanse, botilbud og samarbeid mellom politi og helse. Ved en fortsatt økning i antall dømte til behandling vil nåværende utfordringer forsterkes og ytterligere påvirke den generelle kapasiteten og personellbruken i tjenestene.*»⁵⁸

Elleve av de 34 (30 %) personene som var under gjennomføring av en tidsbestemt dom i landet var ved årsskiftet 2023/2024 innlagt i lokale sikkerhetsavdelinger. Dette til tross for at personene «kun» er dømt for lovbrudd av «samfunnsskadelig eller plagsom art».⁵⁹ Ved utvidelse av særreaksjonsordningen la Justis- og beredskapsdepartementet til grunn at personer som fikk en dom på grunnlag av slike lovbrudd, i mange tilfeller ville kunne overføres til poliklinisk oppfølging «*langt raskere*» enn personer dømt på grunnlag av lovbrudd som krenker andres liv, helse eller frihet. Behovet for døgnopphold i sikkerhetsavdeling ble derfor antatt å være «*langt mindre*» for denne pasientgruppen.⁶⁰ Personer som dømmes til tidsbestemt særreaksjon har mange av de samme utfordringene som personer som dømmes til tidsubestemt særreaksjon. Det kan derfor være vanskelig å gjennomføre en slik dom uten de rammene for behandling som innleggelse i en sikkerhetsavdeling gir. En eventuell økning i antallet som får en tidsbestemt dom vil kunne komme til å påvirke andelen strafferettslig innlagte pasienter i sikkerhetsavdelingene i større grad enn tidligere antatt.

3.1.2.2. Varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188

Varetektssurrogat i sin nåværende form ble vedtatt ved lovendring i 2016.⁶¹ Etter innføring av straffeprosesslovens § 188 tredje ledd er det ikke lenger nødvendig med institusjonens samtykke til innleggelse, når siktede på

⁵⁵ (Helsedepartementet, 2023)

⁵⁶ (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2023)

⁵⁷ (Holst, 2020, s. 26)

⁵⁸ (Helsedepartementet, 2023)

⁵⁹ (Lov om straff (straffeloven))

⁶⁰ (Justis- og beredskapsdepartementet, 2015, s. 33)

⁶¹ (Lov om endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.), 2016)

fengslingstidspunktet har en sterkt avvikende sinnstilstand og antas å være straffri etter straffeloven § 20. Evalueringsutvalget som i 2019 fikk i oppdrag å evaluere varetektssurrogat fremhevet at den nye ordningen hadde "uklart anvendelsesområde, uklart omfang og uklar gjennomføring."⁶² Denne undersøkelsen viser at det fortsatt er mange uavklarte forhold knyttet til denne ordningen.

Undersøkelsen viser at varetektssurrogat gjennomføres både i de regionale og i de lokale sikkerhetsavdelingene. Personer innlagt på varetektssurrogat opptar en økende andel av døgnplassene i sikkerhetsavdelingene, og i perioden 2020-2023 ble 91 personer innlagt på varetektssurrogat. I Helse Nord er det i all hovedsak den regionale sikkerhetsavdelingen som har mottatt personer på varetektssurrogat, mens i de tre andre regionene er det i all hovedsak de lokale sikkerhetsavdelingene som har gjennomført varetektssurrogat.

Ved utvidelse av reglene for varetektssurrogat viste Justis- og beredskapsdepartementet til at «(...) forslaget innebærer et snevert unntak fra regelen om at varetektssurrogat i institusjon forutsetter institusjonenes samtykke, og at det ikke åpner for at et langt større antall varetektsfengslede vil kunne overføres til institusjon enn det som forekommer i dag.»⁶³ Det er usikkert hvor mange saker departementet la til grunn for dette estimatet. Undersøkelsen viser at det i perioden 2020-2023 har vært gjennomført et snitt på 23 varetektssurrogat per år. Dette må antas å være langt flere enn prognosene fra departementet tilsier. De innrapporterte tallene viser at dette såkalte «snevre unntaket fra regelen» har fått relativt store konsekvenser for kapasiteten i sikkerhetsavdelingene, ihvertfall i enkelte områder. Det antas at de store forskjellene skyldes ulik kjennskap til ordningen og ulik praksis hos påtalemyndigheten.

Respondentene peker på flere uheldige forhold knyttet til denne ordningen, men mest sentralt er kritikken mot at personer legges inn etter straffeprosessloven uten at det samtidig er brakt på det rene om de kvalifiserer for tvungent psykisk helsevern. Ut over selve plasseringen i helseinstitusjon, er det ikke klart hvilke lovhomepler som skal anvendes for å gi personer innlagt på varetektssurrogat den helsehjelpen vedkommende eventuelt trenger. Det psykiske helsevernet må ha et rettslig grunnlag for å gi helsehjelp til personer som er innlagt til døgnopphold. Psykisk helsevernloven § 1-1a sier at dersom en institusjon i det psykiske helsevernet er ansvarlig for et opphold som skjer i medhold av en annen lov, er det kun enkelte bestemmelser i kapittel 4 som er mulig å anvende ovenfor personen. Det innebærer at personen ikke kan undersøkes eller behandles uten å ha gitt sitt informerte samtykke, da dette er regulert i kapittel 3.⁶⁴ Dersom pasienten ikke ønsker frivillig behandling etter psykisk helsevernloven § 2-1, og ikke kvalifiserer for tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3, vil oppholdet i avdelingen kunne karakteriseres som ren «oppbevaring». Personen vil i så måte oppta en plass som kunne vært brukt til en person med behandlingsbehov. Respondentene opplyser at noen av de som legges inn på varetektssurrogat ikke er behandlingstrengende og heller ikke blir dømt til tvungent psykisk helsevern etter endt varetektsperiode.

Undersøkelsen viser at de fleste av oppholdene er av 1-6 måneders varighet. Tolv av de 91 innleggelsene i perioden hadde mer enn seks måneders varighet, herunder én som varte lengre enn to år. Det er retten som beslutter varigheten av oppholdet på varetektssurrogat.⁶⁵ En avgjørelse om varetektsfengsling eller varetektssurrogat kan bare treffes for en begrenset tidsperiode, og skal som hovedregel ikke overstige fire uker, men kan forlenges med inntil fire uker av gangen.⁶⁶ Det er opp til retten å avgjøre om og hvor lenge varetektsfengsling i form av varetektssurrogat skal opprettholdes. Institusjonen kan ikke på egen hånd skrive ut vedkommende. Undersøkelsen viser et omfang av og lengde på innleggelser som må antas å påvirke kapasiteten i sikkerhetsavdelingene.

Varetektssurrogat skal ivareta samme hensyn som ordinær varetektsfengsling, men det er svært få avdelinger som kan tilby de samme rammene som et fengsel har for varetektsinnsatte. Kun fem enheter, herunder to regionale sikkerhetsavdelinger, har rømningsikkert gjerde rundt eiendommen. 15 enheten, herunder to regionale sikkerhetsavdelinger, har rømningsikkert gjerde rundt luftegård/aktivitetsgård. Det er gjennomgående stor variasjon i de statiske sikkerhetstiltakene i sikkerhetsavdelingene, se også kapittel 3.3. Det er ofte uklart hvilke forventninger politiet og kriminalomsorgen har til gjennomføring av varetektssurrogat. Et eksempel på en

⁶² (Senneseth, Holst, Mindestrømmen, Flåan, & Rypdal, 2010, s. 6)

⁶³ (Justis- og beredskapsdepartementet, 2015) kap. 4.5

⁶⁴ (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2024)

⁶⁵ (Lov om rettergangsmåten i straffesaker)

⁶⁶ (Justis- og beredskapsdepartementet, 2015, s. Kap. 4.1 og 4.5) og (Lov om rettergangsmåten i straffesaker)

gjentakende problemstilling er om en person på varetektssurrogat kan ha utgang, og eventuelt rammene for denne. Her er det ulike syn hos ulike politidistrikt, og forutsetningene og rammebetingelsene varierer fra sak til sak.

Kun åtte enheter oppgir å ha prosedyrer for gjennomføring av varetektssurrogat. Uavklarte rammebetingelser kan vanskeliggjøre arbeidet med å utarbeide prosedyrer for gjennomføring, og kan være årsaken til hvorfor så få avdelinger har utarbeidet rutiner. Samtidig vil et etablert rutinesett være et viktig verktøy for kvalitetssikring og standardisering av tjenesten.

Straffeprosessloven sier at det er det regionale helseforetaket som skal utpeke institusjonen siktede skal oppholde seg i.⁶⁷ Slik utpeking praktiseres ulikt i de fire helseregionene. Noen steder er det utpekt en kontaktperson i det regionale eller det lokale helseforetaket som har ansvar for slik utpeking, mens andre steder er det vanlig at politiadvokatene tar direkte kontakt med aktuelle institusjoner for iverksettelse av varetektssurrogat. I noen tilfeller gjøres det derfor ingen overordnet faglig vurdering om hva som er riktig behandlings- og sikkerhetsnivå. Det er heller ingen som har samlet oversikt over antall henvendelser eller hvor varetektssurrogat gjennomføres. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (...) anbefaler at det etableres et nasjonalt administrativt organ som kan sikre oversikt for etterspørsel og gjennomføring av varetektssurrogat. Dette for å kunne planlegge virksomheten på en bedre måte.

3.1.2.3. Rettspsykiatriske undersøkelser i psykiatrisk sykehus etter straffeprosessloven § 167

Bruk av rettspsykiatrisk døgndundersøkelse er en rettssikkerhetsordning som skal sikre grundig utredning av tilregnelighet hos siktede personer, dersom denne ikke lar seg gjøre gjennom ordinær rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 165. Regional sikkerhetsavdeling ved St. Olavs hospital har tilbudt slike undersøkelser siden 1980-tallet, mens de andre regionale sikkerhetsavdelingene først startet slik virksomhet på 2000-tallet. Det foreligger ingen nasjonal oversikt over hvor mange døgndundersøkelser som er gjort siden 1980-tallet. Den første oversikten finner man i statusrapporten fra 2019 og i denne undersøkelsen.⁶⁸

Fra og med 2015 er det gjennomført 180 rettspsykiatriske døgndundersøkelser i de regionale sikkerhetsavdelingene, et snitt på 20 per år og 45 observasjoner per avdeling. Med hensyn til at Regional sikkerhetsavdeling i Helse Nord har gjennomført svært få slike undersøkelser, er snittet ved de tre andre avdelingene i realiteten langt høyere. De fleste er gjort i Helse Midt-Norge (94 av 180). I perioden 2020-2023 er det gjennomført 84 rettspsykiatriske døgndundersøkelser. Gjennomsnittlig observasjonstid lå mellom fire til seks uker. I tillegg til omfanget i de regionale sikkerhetsavdelingene, oppgir fem lokale sikkerhetsavdelinger å ha gjennomført 25 døgndundersøkelser i perioden 2020-2023.

Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (...) påpeker at det ikke finnes egne institusjoner som gjennomfører rettspsykiatriske døgndundersøkelser og at *«det er ingen formelle krav til verken institusjon, kompetanse, gjennomføring eller sluttprodukt for slike undersøkelser i Norge. (...)»*⁶⁹ Som fremgår av denne undersøkelsen gjennomføres rettspsykiatriske døgndundersøkelser både i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger, uten at det er avklart hvilke kriterier som må ligge til grunn for at en avdeling skal kunne gjennomføre slike undersøkelser.⁷⁰ Vurderingsgrunnlaget her omhandler i all hovedsak kompetanse og nødvendig mengdetrening, samt sikkerhet ved institusjonen.⁷¹ Det er ikke spesifisert hva slags kompetanse fagpersonell må ha for å kunne delta i rettspsykiatriske døgndundersøkelser. I kronikk i Tidsskrift for Den Norske Legeforening skriver Sigurjónsdóttir og Østberg at *«helsepersonelloven regulerer helsepersonellens rolle som sakkyndige for rettsvesenet jf. §§12, 15 og 27, men gir ikke spesifikk informasjon angående judisielle døgndobservasjoner.»*⁷² Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige setter krav til kompetanse hos spesialister i psykiatri og psykologi som ønsker å jobbe som sakkyndige i straffesaker, og beskriver at de sakkyndige - skal så langt det er mulig - skal gjennomføre såkalte «B-

⁶⁷ (Lov om rettergangsmåten i straffesaker)

⁶⁸ (Kilden, Sigurjónsdóttir, Eidhammer, & Selmer, 2020, s. 18)

⁶⁹ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023, s. 38)

⁷⁰ (Kilden, Sigurjónsdóttir, Eidhammer, & Selmer, 2020) og (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

⁷¹ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

⁷² (Sigurjónsdóttir & Østberg, 2012)

kurs» og «C-kurs» som gir kunnskap og kompetanse til arbeidet som rettsoppnevnte sakkyndige.⁷³ Kursene arrangeres av Den rettsmedisinske kommisjon, og er godkjent av Den norske legeförening (DNLF) som videre- og etterutdanningskurs for spesialister. Kurset er også godkjent som vedlikeholdsaktivitet av Norsk psykologforening. Et tilsvarende kurs finnes ikke for klinisk ansatt personell - verken spesialister eller fagutdannet miljøpersonell - som skal delta i rettspsykiatriske døgnobservasjoner. Noen av sikkerhetsavdelingene har etablert opplæringsprogram som tilbys til egne ansatte, men det finnes ikke noe nasjonalt undervisningsopplegg.

De regionale sikkerhetsavdelingene har alle utarbeidet skriftlige prosedyrer for gjennomføring av rettspsykiatriske døgnundersøkelser. To av de lokale sikkerhetsavdelingene som gjennomfører slike undersøkelser har ikke prosedyrer for arbeidet. Ulikhet i praksis og rutiner er bl.a. knyttet til hvem som deltar i observasjonen, hva som dokumenteres og hvilken informasjon som deles mellom de sakkyndige og observasjonsteamet. Et annet uavklart forhold er observandens status. Sigurjónsdóttir og Østberg påpeker at «*straffeprosessloven kapittel 13, som omhandler rettspsykiatriske undersøkelser, [ikke] avklarer hvilken status eller rettigheter en observand har i det psykiatriske sykehuset under observasjonsperioden.*»⁷⁴ Forfatterne anbefaler en gjennomgang av saksområdet, eventuelt en klarere lovgivning eller tolking av straffeprosessloven.⁷⁵ Det har lenge vært diskutert om det bør utarbeides en nasjonal standard for gjennomføring av slike undersøkelser, og det er mye som taler for at noen overordnede prinsipper og rammebetingelser burde være kalibrert på landsbasis.⁷⁶ Samtidig er det behov for fleksibilitet i valg av metode og lokale tilpasninger, og mulighet for tilrettelegging i henhold til de sakkyndiges behov og observandens tilstand. En eventuell nasjonal standard bør derfor avklare overordnede prinsipper og rammebetingelser, men må ha en viss fleksibilitet når det kommer til det kliniske arbeidet. Når det gjelder sluttrapporten, bør det være et minimumskrav til innhold og en standardisert oppbygging, slik at observasjonsrapporter får en mer homogen utforming.

Et problem som har blitt adressert i lang tid, er manglende avklaringer knyttet til dokumentasjon og datalagring. Observander er ikke pasienter, og notatene fra observasjonene skal derfor ikke nedfelles i personens journal, som dokumenterer *helsehjelp* og er lovregulert til slikt formål.⁷⁷ Det er også et spørsmål om hvem som eier dokumentene og hvem som er ansvarlig for lagring etter endt observasjon. De regionale sikkerhetsavdelingene oppgir å ha adskilte dokumentasjonssystemer for observasjonsnotater, men alle med ulike innretninger; I Helse Vest og Helse Midt-Norge dokumenteres det i egen del i pasientjournal, mens i Helse Sør-Øst lagres notatene i egen mappe i sykehusets tilgangsstyrte mappeområde. To av de lokale sikkerhetsavdelingene oppgir å lagre data på bærbare PC'er utenfor sykehusets IT-system. Denne praksisen er i strid med norsk lovgivning om personvern og registerføring av personopplysninger. Arbeidsgruppen er kjent med at flere sikkerhetsavdelinger har meldt behov for bedre dokumentasjonssystemer for slik virksomhet til de lokale og de regionale helseforetakene og til nasjonale myndigheter, uten at dette har ført frem.

Gjennomføring av rettspsykiatriske døgnundersøkelser gjøres i døgnavdelinger beregnet for ordinær pasientbehandling, og påvirker derfor kapasiteten for pasienter med behov for stabilisering, utredning og behandling. Det er derfor et paradoks at de regionale sikkerhetsavdelingene gjennomfører rettspsykiatriske døgnundersøkelser i en såpass stor skala, tatt i betraktning den krevende kapasitetssituasjonen og at slike undersøkelser ikke er pålagt av påtalemyndigheten og domstolene - i motsetning til dom til tvungent psykisk helsevern og varetektssurrogat. En stor andel av avslagene i sikkerhetsavdelingene er begrunnet i manglende kapasitet, og tre av fire regionale sikkerhetsavdelinger oppgir at døgnkapasiteten ikke er tilfredsstillende for avdelingens opptaksområde. Det kan derfor stilles spørsmål om gjennomføring av rettspsykiatriske døgnundersøkelser gjøres på bekostning av pasientbehandlingen. Og videre er det naturlig å spørre hvorfor. Tilbakemeldinger fra avdelingene er at rettspsykiatriske døgnundersøkelser har stor faglig interesse i fagmiljøene og bidrar til kompetanseheving blant de ansatte. I tillegg kan det ligge et økonomisk motiv bak. Domstolsadministrasjonen betaler for gjennomføring av rettspsykiatriske døgnobservasjoner, for å dekke sykehusenes utgiftene til personell som deltar i arbeidet. Med bakgrunn i kapasitet og de utgifter og inntekter døgnundersøkelsene genererer, planlegger og budsjetterer derfor flere helseforetak for x antall

⁷³ (Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige)

⁷⁴ (Sigurjónsdóttir & Østberg, 2012)

⁷⁵ ibid

⁷⁶ (Kilden, Sigurjónsdóttir, Eidhammer, & Selmer, 2020) og (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

⁷⁷ (Forskrift om pasientjournal (Pasientjournalforskriften))

døgnundersøkelser per år. Manglende gjennomføring og inntekter fra slike undersøkelser kan dermed få store økonomiske konsekvenser. Dersom sikkerhetsavdelingene skal videreføre dette tjenestetilbudet er det viktig at det er mottakskapitet for slike innleggelse, samtidig som at slik virksomhet ikke går på bekostning av øvrige pasienter. Dersom det ikke opprettes egne plasser til slik virksomhet, kan pasienter med behandlingsbehov bli stående lengre på venteliste dersom observander prioriteres. Funnene i denne undersøkelsen viser at det er nødvendig å avklare organisering og rammebetingelser for et slik tjenestetilbud. I tillegg må man få en diskusjon rundt innhold og kvalitet i tjenesten, eventuelt forhold knyttet til kompetanse og opplæring.

Da rettspsykiatriske døgnundersøkelser kun gjøres ved ledig kapasitet, er det stor variasjon i hvor mange slike undersøkelser sikkerhetsavdelingene har anledning til å gjennomføre. Tilbudet er derfor ulikt i de fire helseregionene, noe som påvirker og potensielt forsinker straffesaksbehandlingen i de ulike politidistriktene. Det er viktig å understreke at vurdering av tilregnelighet er en sentral rettssikkerhetsforanstaltning i Norge, og rettspsykiatriske døgnundersøkelse er et viktig samfunnsopdrag. Denne undersøkelsen viser at sikkerhetsavdelingene gjør et omfattende og viktig bidrag til justissektorens behov for vurdering av tilregnelighet. Avklaring av tilregnelighet og eventuelle psykiske lidelser er også en medvirkende faktor til at nødvendig helsehjelp gjøres tilgjengelig for siktede, noe som er et sentralt rettssikkerhetsprinsipp. Kapasitetsberegninger for sikkerhetspsykiatrisk drift må derfor hensynta et slikt tjenestetilbud, dersom myndighetene fortsatt mener at dette er en oppgave for helsevesenet.

3.2. Pasientpopulasjon og behandling

Pasientene som legges inn i sikkerhetsavdelingene har et komplisert symptombilde, og utredning, behandling og oppfølging krever tverrfaglig ekspertise. De fleste pasientene har grunnlidelser innen schizofrenispekteret (F20.x). Andelen pasienter med schizofrenidiagnose har de siste årene vært økende, fra 65,3 % i 2015 til 74,7 % i 2019 og 77,5 % i 2023. Andelen pasienter med schizofrenilidelse og som har rusmiddelavhengighet som bidiagnose er også jevnt økende, fra 50,0 % i 2015, 57,3 % i 2019 og 67,2 % i 2023. Samsykelighet mellom psykoselidelse og rusmiddelavhengighet gir økt sårbarhet, økt risiko for tilbakefall og påvirker prognostiske faktorer, inkludert fremtidig risiko. Oppfølgingen krever tid og kompetanse, og bør være basert på rådende retningslinjer for komorbide lidelser.⁷⁸ En grundig diagnostisk utredning av både schizofrenidiagnosen og rusdiagnosen må gjennomføres og følges opp over tid, som en av flere monitoreringer av og i behandlingsforløpet.

Undersøkelsen viser ulik praksis for bruk av tester, utrednings- og screeningverktøy i behandlingen. 13 enheter, herunder to regionale sikkerhetsavdelinger, oppgir at de bruker tester, utrednings- og screeningverktøy regelmessig. 21 enheter opplyser at de supplerer på indikasjon. Pasientene som legges inn i sikkerhetspsykiatriske avdelinger er en heterogen gruppe, noe som gjør utarbeidelse av rutiner for bruk av ulike verktøy og instrumenter vanskelig, og i mange tilfeller uhensiktsmessig. Psykoseveilederen anbefaler bruk av en rekke strukturerte verktøy i utredning av pasienter med mistanke om psykoselidelse, både for diagnostisering, kartlegging av kognitiv funksjon og vurdering av bl.a. selvmordsrisiko.⁷⁹ Disse må ansees som supplement til god og grundig klinisk utredning gjennom samtaler, observasjon, gjennomgang av sykehistorikk og innhenting av komparentopplysninger. Det bør fortløpende vurderes om de ulike tester, utrednings- og screeningverktøy skal benyttes i utrednings- og kartleggingsarbeidet.

3.2.1. Barn og unge voksne

Per 31.12.2023 utgjorde barn under 18 år og unge voksne mellom 18 og 25 år om lag 14 % av pasientpopulasjonen. Personer under 25 år har ofte mer omfattende utrednings- og behandlingsbehov enn den øvrige pasientpopulasjonen. Dette både fordi den psykiske lidelsen ofte nylig er oppstått, men også fordi symptomer hos

⁷⁸ (Helsedirektoratet, 2022)

⁷⁹ (Helsedirektoratet, 2012)

unge personer kan avvike fra de symptomer som eldre pasienter har.⁸⁰ Utredning og behandling av barn under 18 år krever særskilt kompetanse. I tillegg har barn andre rettigheter enn voksne.⁸¹ Helsedirektoratet har bedt om at statusrapporten beskriver omfang og behandling av barn og unge voksne spesifikt, og overensstemmelse mellom behov og eksisterende tilbud.

Undersøkelsen viser at det i perioden 2020-2023 var 88 personer under 25 år som fikk innleggelse i norske sikkerhetsavdelinger, herunder 24 på regionalt nivå og 64 på lokalt nivå. Ti av pasientene var under 18 år, herunder én jente. Blant de 78 pasientene som var mellom 18 og 25 år, var det 17 kvinner.

Det er kun Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest som oppgir å ha et tilpasset behandlingstilbud til pasienter under 18 år, men kun én av de ti mindreårige pasientene som var innlagt i perioden 2020-2023 var innlagt her. Flertallet av pasientene under 18 år var med andre ord innlagt i avdelinger uten et tilpasset behandlingstilbud. Kun tre enheter oppgir at de har mulighet til å tilby arealer hvor barna er skjermet fra voksne pasienter, mens tre enheter oppgir å ha et tilpasset aktivitetstilbud. Fire enheter oppgir at pasienter i skolepliktig alder ikke får tilbud om skolegang. Åtte enheter, herunder én regional sikkerhetsavdeling (Helse Vest), oppgir å ha et tilpasset behandlingstilbud for pasienter mellom 18 og 25 år. Disse avdelingene mottok 22 av de 78 pasientene i aldersgruppen 18 og 25 år til innleggelse i perioden.

Det er flere utfordringer med innleggelse av barn i sikkerhetsavdelinger. For det første kreves det barnepsykiatrisk spesialkompetanse for å utrede barn. Slik spesialistkompetanse finnes per tiden kun i Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest. Utgangspunktet er at barn under 18 år, hvor det foreligger mistanke om psykisk lidelse, i all hovedsak skal utredes og behandles i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Inntil nå har de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene bistått PHBU med utredning og behandling av enkelte barn som har alvorlig voldsproblematikk. Undersøkelsen viser at sikkerhetsavdelingene har mottatt 28 henvendelser om bistand, veiledning/konsultasjon fra barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i 2020-2023. Ved 13 anledninger har sikkerhetsavdelingene henvendt seg til BUP for bistand, veiledning/konsultasjon.

Undersøkelsen viser at det per i dag ikke er utviklet et kvalifisert tilbud til denne pasientgruppen i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Manglende beredskap for å ivareta barns særegne behov under innleggelse i sikkerhetspsykiatriske avdelinger er alvorlig. Arbeidet med å utrede behovet for et behandlingstilbud for barn under 18 år med mistanke om eller konstatert alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd, herunder behovet for regionale tjenestetilbud og eventuelt et forsterket nasjonalt tjenestetilbud, er fremhevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (...).⁸² De regionale helseforetakene har nedsatt en interregional prosjektgruppe som har fått i oppdrag å utrede innretning av tilbud for barn under 18 år. Gruppen skal levere sin innstilling innen utgangen av 2024.⁸³ Det er sentralt at dette arbeidet prioriteres for å sikre at barn ivaretas i samsvar med barnekonvensjonens intensjoner.⁸⁴

3.2.2. Kvinner

Per 31.12.2023 utgjorde kvinnelige pasienter et lite mindretall på 10 % av de pasientene som var innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Det å utgjøre en minoritet i numerisk forstand kan representere en sårbarhet i seg selv. I tillegg har noen kvinnelige sikkerhetspsykiatriske pasienter andre særtrekk som kan kreve særlig oppmerksomhet.⁸⁵ Helsedirektoratet har derfor bedt om at statusrapporten beskriver omfang og behandling av kvinnelige pasienter spesifikt, og overensstemmelse mellom behov og eksisterende tilbud.

Undersøkelsen viser at det i perioden 2020-2023 var 90 kvinner som fikk innleggelse i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger, herunder 15 på regionalt nivå og 75 på lokalt nivå. Det er verdt å merke seg at kvinneandelen blant pasientene under 25 år som var innlagt per 31.12.2023 var på 18 %. Det var høyere enn andelen blant pasientene

⁸⁰ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

⁸¹ (FN - De forente nasjoner, 1998.)

⁸² (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

⁸³ (Helse Sør-Øst RHF, 2024)

⁸⁴ (FN - De forente nasjoner, 1998.)

⁸⁵ (Streb, et al., 2022)

over 25 år, der kvinner kun utgjorde 6 %. Fire enheter oppgir å ha et tilpasset behandlingstilbud til kvinner, herunder en regional sikkerhetsavdeling (Helse Vest). Kun 10 % av kvinnene (9 av 90) som var innlagt i perioden 2020-2023 var innlagt i en av disse avdelingene. Av de fire enhetene som oppgir å ha et tilpasset tilbud til kvinner, er det tre som kan tilby arealer hvor kvinnene er skjermet fra mannlige pasienter. Utover dette oppgir syv enheter å ha et tilpasset aktivitetstilbud, fem enheter oppgir å ha særlig kompetanse og tre enheter anvender tilpassede utredningsverktøy. Det fremkommer ikke av undersøkelsen hva slags verktøy dette er.

Respondentenes utdypende svar på spørsmål knyttet til kvinnelige pasienter viser at de anser dette som en ressurskrevende gruppe, knyttet til sammensatte og kompliserte sykdomsforløp, samt utagerings- og selvskadingsproblematikk. Det kan synes paradoksalt at det til tross for påpekning av flere antatt kjønnsespesifikke utfordringer og manglende tilpasning av tilbudet ved sikkerhetsavdelingene, likevel er et betydelig flertall av avdelingene som vurderer tilbudet til kvinnelige pasienter som tilfredsstillende. Dette må imidlertid ses i sammenheng med at det psykiske helsevernet generelt heller ikke behandler kvinner og menn verken fysisk atskilt eller spesifikt kjønnsstilpasset. Som et eksempel kan det nevnes at de oppdaterte retningslinjene for psykosebehandling - som gjelder et flertall av de sikkerhetspsykiatriske pasientene - ikke skiller mellom behandling av kvinner og menn, med mindre kvinnene er gravide eller ammende.⁸⁶ Funnene i denne undersøkelsen samsvarer således med praksis i det psykiske helsevernet for øvrig.

Samtidig er det viktig å påpeke at det er særegenheter ved institusjonsbehandling i sikkerhetspsykiatri som har praktiske likhetstrekk med straffegjennomføring i fengsel, der ivaretagelse av kvinners særegne sårbarhet er nedfelt i et eget regelsett for å sikre tilrettelagte forhold under frihetsberøvelse.⁸⁷ Noen av kvinnene som får innleggelse i sikkerhetsavdelingene er dømt til tvungent psykisk helsevern. For denne gruppen spesielt er det grunn til å se hen til hvilke betingelser kriminalomsorgen ville vært lovpålagt å tilby dersom kvinnene hadde vært underlagt straffegjennomføring i fengsel. For eksempel ville kvinnene som hovedregel vært fysisk atskilt fra mannlige medinnsette, og helsetilbudet til kvinnene måtte ivareta flere kjønnsespesifikke krav. Funnene i undersøkelsen, som viser at kvinnelige pasienter ved noen avdelinger må dele bad og WC med mannlige medpasienter, er utenfor det som per i dag anses akseptabelt i fengsel. Selv om det er sentrale prinsipielle forskjeller mellom straffegjennomføring og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern, kan det likevel være læring å hente fra det arbeidet som er gjort internasjonalt over år for å sikre ivaretagelse av kvinner under frihetsberøvelse, og styrke ansattes kunnskap om hvilke særlige forhold som gjør seg gjeldende for kvinnelige pasienter underlagt behandling i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.

3.2.3. Miljøterapi og aktivitetstilbud

Det store flertallet av sikkerhetsavdelingene i Norge oppgir at de jobber etter en miljøterapeutisk/sykepleiefaglig profil. Svarene viser en viss variasjon, fra generelle tiltak til mer spesifikke prinsipper. Respondentene oppgir at det miljøterapeutiske arbeidet består av en rekke generelle behandlingsoppgaver som omfatter ivaretagelse av grunnleggende behov i dagliglivet, som f.eks. søvn, hvile og personlig hygiene, samt ulike hverdags- og fritidsaktiviteter som stell av rom, handling og lignende. Dette kan i all hovedsak beskrives som ADL- funksjoner. Det vektlegges også fysiske miljøfaktorer som romutforming og møblering, samt psykososiale miljøfaktorer som husregler, strukturert dagsplan, forutsigbarhet, stabilt personale og gode opplæringsrutiner. Seks enheter opplyser imidlertid at de *ikke* jobber etter en spesifikk miljøterapeutisk/sykepleiefaglig profil. Det er usikkert hva slags tilnærming disse avdelingene har til det miljøterapeutiske arbeidet.

Store Norske Leksikon definerer miljøterapi som «(...) en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov. Hensikten med miljøterapien er å fremme individenes muligheter for læring, mestring og personlig ansvar.»⁸⁸ I følge Lillevik og Øyen er miljøterapi «en planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet som nyttiggjør seg av de til enhver tid tilgjengelige ressurser som omgivelsene gir. Gjennom samhandling tar man sikte på å legge til rette

⁸⁶ (Helsedirektoratet, 2012)

⁸⁷ (United Nations Office on Drugs and Crime.)

⁸⁸ (Store Norske Leksikon, 2021)

for fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst; å styrke klientens egenomsorg. Dette oppnås ved å variere mellom støtte og utfordring i en terapeutisk allianse preget av anerkjennelse og respekt for klientens egenverd og integritet.»⁸⁹ Videre sier forfatterne at miljøterapi skal forankres i teori og forskning, og baseres på anerkjent metodikk og modeller. Miljøterapi kan forstås som en behandlingsform hvor det fysiske og det relasjonelle miljøet aktivt tas i bruk for å fremme positiv endring hos pasientene.⁹⁰ Forskning viser at pasienter opplever relasjonen til miljøpersonalet som det viktigste ved miljøterapien, og legger vekt på at personalet skal være empatiske, forståelsesfulle og interesserte i den situasjonen pasienten befinner seg i. De mest fornøyde pasientene er de som oppfatter miljøet i døgnenheten som strukturert og støttende, med lite sinne og aggresjon.⁹¹ Miljøterapi som behandlingsform er omdiskutert, og noen hevder at det ikke finnes dokumentasjon for at det vi i dag kaller miljøterapi har noen som helst form for terapeutisk funksjon.⁹² Flere klinikere og forskere har stilt spørsmål ved om miljøterapi har utspilt sin rolle og ytret behov for å tenke nytt om begrepet og praksisene.⁹³

Fire enheter svarer at de bygger sin miljøterapi på Gundersons prinsipper.⁹⁴ Gunderson definerer fem terapeutiske komponenter som eksisterer i alle behandlingsmiljøer, uavhengig av type avdeling, pasientgruppe og avdelingsideologi:

1. trygghet: sikre fysisk velvære, øke selvkontroll og å ta vare på liv.
2. støtte: øke selvfølelse og identitetsfølelse.
3. struktur: skape forutsigbarhet over tid, for sted og situasjon og gi en trygg plattform.
4. engasjement: lære å ta sjanser og utvide sine grenser i forhold til seg selv og andre.
5. bekreftelse: bekrefte pasientens egenart og egenverdi og frigjøre egne ressurser for videre vekst.

I tråd med prinsippene i ViVo-utdanningen, er det flere respondenter som understreker viktigheten av å arbeide parallelt med både risiko- og vekst-prinsippet. Flere av respondentene beskriver at det miljøterapeutiske arbeidet er rettet mot forståelse, forebygging og håndtering av vold og aggresjon, og at dette gjøres i samspill med pasienten. Undersøkelsen viser to hovedtrekk i det miljøterapeutiske arbeidet; *relasjon-kommunikasjon-samspill* med pasienten med henvisning til MAP, og *strukturert profesjonell tilnærming* med henvisning til ERM.⁹⁵ Disse to tilnærmingene er ikke gjensidig utelukkende, men snarere utfyllende og komplementerende. Å involvere pasienten i sin egen behandling er et viktig prinsipp i moderne sikkerhetspsykiatri, og arbeidet med både MAP og ERM har som ambisjon å stryke relasjonen til pasienten. En måte å involvere pasient på kan være gjennom såkalt kognitiv miljøterapi, som beskrives som en «*aktiv, strukturert, problemorientert, psykoedukativ og dynamisk form for behandling*».⁹⁶ Den kognitive modellen kan brukes i behandlingsmiljøet, med den hensikt å utvikle alternativer til pasientens dysfunksjonelle reaksjonsmønstre og utvikle nye ferdigheter.

Miljøterapi og tilhørende aktivitetstilbud må speile alle fasene av et pasientforløp, og aktivitetene må tilpasses den enkelte. Pasientenes helsemessige tilstand og utgangstatus vil være helt avgjørende for i hvilken grad de er i stand til å nyttiggjøre seg av tilbudene som finnes. Erfaringsvis vil en andel av pasientene, særlig i de regionale sikkerhetsavdelingene – på grunn av sin psykiske tilstand –, i liten grad være i stand til å delta i noen form for aktivitet. Respondentene oppgir et vidt spekter av aktivitetstilbud, men påpeker begrensninger, bl.a. knyttet til pasientens fungering og bygningsmessige forhold. Noen avdelinger har aktivitetsbygg og egnede uteområder i nær avstand til døgnpostene, mens andre avdelinger ikke har arealer eller lokalisasjoner som muliggjør et variert aktivitetstilbud. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (...) påpeker at «*et variert aktivitets- og fritidstilbud (...) er viktig for at den aktuelle pasientgruppen skal ha bedre muligheter til å fungere i samfunnet. Slike tilbud er også viktige element i vurderingen av pasientene med hensyn til aktuell voldsrisiko og funksjonsnivå. Arenaer for ulike aktivitetstilbud er av stor betydning for å sikre fremdrift i pasientenes videre rehabiliteringsprosess.*»⁹⁷ Aktivitetstilbudet handler derfor ikke bare om aktivisering av pasienter, som ofte er innlagt på tvang over lengre

⁸⁹ (Lillevik & Øien, 2015)

⁹⁰ (Smith & Spitzmueller, 2016)

⁹¹ (TIPS Sør-Øst, 2024)

⁹² (Langø Kristiansen, 2015)

⁹³ (Borge & Hummelvoll, 2019), (Skorpen & Øye, 2010) og (Aarre & Nøstdal)

⁹⁴ (Gunderson, Will, & Mosher, 1983)

⁹⁵ (SIFER, 2024) og (Fluttert, van Meijel, Nijman, Bjørkly, & Gryndonck, 2010)

⁹⁶ (Lykke & Oestrich, 2001)

⁹⁷ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023, s. 25)

tid, men er også et helt sentralt verktøy for kartlegging og trening av pasientens funksjonsnivå, og dermed et middel for raskere bedring og videreføring. I dette arbeidet kan det være betydningsfullt med særskilt fagkompetanse som f.eks. ergoterapi. Dette er kompetanse som bl.a. er viktig i ADL-utredning og trening av daglige ferdigheter som gjør pasienten bedre i stand til å fungere i hverdagen. Det er også nødvendig med tilstrekkelig ressurser til å gjennomføre aktivitetene. Mange pasienter må ha følge med mer enn én ansatt, og ved gjennomføring av en aktivitet vil derfor flere ansatte være borte fra døgnenhetene over lengre tid. Dette krever en høy bemanningsfaktor. Et velfungerende aktivitetstilbud kan derfor være avhengig av flere forhold; bygningsmasse, ressurser og kompetanse, for å nevne noe.

3.2.4. Kartlegging, forebygging og håndtering av vold og aggresjon

Kartlegging, forebygging og håndtering av vold og aggresjon er en sentral komponent i utredning og behandling i norske sikkerhetsavdelinger. Kunnskap om og forståelse av hva som ligger bak aggressiv atferd er viktig for å redusere voldstrykket hos pasientene, og det er viktig at situasjoner med aggresjon og vold blir møtt med systematikk og tilstrekkelig kompetanse.

Kartlegging av vold hos pasientgruppen kan deles inn i to deler; vold begått av pasientene *før* innleggelse og kartlegging av vold *under* innleggelse. HelseDirektoratet har publisert faglige råd for bruk av strukturert klinisk voldsrisikovurdering, hvor de anbefaler bruk av V-RISK-10 og BVC (Brøset Violence Checklist) som verktøy for innledende kartlegging av voldsrisiko, og HCR-20v3 og START (Short Term Assessment of Risk and Treatability) for mer omfattende risikoutredning.⁹⁸ Denne undersøkelsen viser at om lag en tredjedel av sikkerhetsavdelingene anvender V-RISK-10 og om lag halvparten anvender BVC.⁹⁹ Funnene samsvarer med tall fra forrige statusrapport. Videre viser denne undersøkelsen, som statusrapporten fra 2019, at samtlige sikkerhetsavdelinger benytter HCR-20v3 for strukturert klinisk risikovurdering av vold og aggresjon.¹⁰⁰ Om lag en tredjedel anvender START. Vi ser en dobling av antall sikkerhetsavdelinger som anvender ERM, sammenliknet med undersøkelsen i 2019.

Erfaringer fra flere sikkerhetsavdelinger viser at HCR-20v3 ikke bare er et viktig verktøy for bruk i sikkerhetsavdelingene, men er også av stor betydning når pasientene videreføres fra sikkerhetsavdelingene og til poliklinisk oppfølging. Verktøyets kartleggingsdel gir grunnlag for utarbeidelse av en risikohåndteringsplan som er førende for oppfølgingen og som kan deles med relevante aktører. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (...) påpeker at «*utarbeidelse av en risikohåndteringsplan vil bidra til at pasienten selv, dens pårørende og de personene i hjelpeapparatet som er i kontakt med pasienten, blir kjent med de tiltak som skal gjennomføres når det oppstår situasjoner som øker risiko for vold, og ved forverring av pasientens helsetilstand*».¹⁰¹ HCR-20v3 kan derfor bidra til etablering av et felles kunnskapsgrunnlag partene imellom og å styrke kvalitet i pasientoppfølgingen etter utskrivelse fra døgnopphold.

Slik tidligere rapporter har avdekket, ser vi også i denne undersøkelsen at det er stor variasjon og mangel på systematisk registrering og kartlegging av vold og aggresjon under behandlingsforløpet. Under halvparten av sikkerhetsavdelingene oppgir å bruke SOAS-R (The Staff Observation Aggression Scale) og kun én enhet oppgir å bruke REFA (Registrering av Farlig Atferd).¹⁰² Arbeidsmiljøloven stadfester at arbeidstakere skal beskyttes mot vold og trusler så langt det er mulig.¹⁰³ Det rapporteres likevel om et omfattende omfang av trusler og vold mot ansatte i sikkerhetsavdelingene. Erfaring fra sikkerhetspsykiatrisk drift tilsier at flere sikkerhetsavdelinger benytter avvikssystemer til registrering av hendelser med vold og aggresjon, en metode som egner seg dårlig for systematisk kartlegging av vold og aggresjon i institusjon. Det er en tankevekker at nær halvparten av sikkerhetsavdelingene i Norge ikke anvender faglig forankrede verktøy for noe som er så sentralt for virksomheten. Det er i denne sammenhengen betimelig å stille spørsmål om hvorfor avdelingene ikke anvender verktøy som er utviklet for

⁹⁸ (HelseDirektoratet, 2018)

⁹⁹ (Hartvig, et al., 2007) og (Almvik, Woods, & Rasmussen, 2000)

¹⁰⁰ (Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013)

¹⁰¹ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023, s. 28)

¹⁰² (Nijman, et al., 1999) og (Bjørkly, 2000)

¹⁰³ (Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven))

formålet. Undersøkelsen har ikke kartlagt avdelingenes begrunnelse for valg av ulike verktøy, men det er naturlig å anta at det er flere årsaker til hvorfor noen avdelinger velger et verktøy fremfor et annet.

SOAS-R er et verktøy som skal fylles ut hver gang en medarbeider er vitne til aggressiv oppførsel fra en pasient. Dette er tidkrevende arbeid, og ikke alltid gjennomførbart i løpet av en arbeidsdag. I tillegg viser forskning at når et instrument er sensitivt (lav terskel for å registrere) kan det oppstå «rapporterings-slitasje» blant helsepersonell, og at ikke nødvendigvis alle hendelser blir registrert. Studier viser at de mest alvorlige hendelsene registreres, men at det over tid blir en nedgang i registrering av de mindre alvorlige hendelsene.¹⁰⁴ I studier som tar for seg samtidig bruk av flere verktøy, kan det se ut som om det blir en underrapportering for alle instrumentene.¹⁰⁵ En annen faktor som er relevant for bruk av de ulike verktøyene, er opplevd nytteverdi. Det kan være utfordrende å benytte verktøy som SOAS-R, dersom miljøpersonalet ikke opplever at det som kartlegges anvendes i det videre behandlingsopplegget. Implementering av slike verktøy krever derfor forpliktelse på alle nivåer i behandlingen; fra ledelse til behandlere og til miljøpersonell. Det er også viktig at det er praktisk tilrettelagt og enkelt å registrere fortløpende i løpet av arbeidsdagen. Flere av de sentrale verktøyene for bruk i sikkerhetspsykiatriske avdelinger er ikke tilgjengelig digitalt i sykehusenes systemer, og flere steder fylles de ulike kartleggingsverktøyene ut for hånd. Arbeid med å gjøre de ulike verktøyene tilgjengelig digitalt bør prioriteres. Dette vil lette analysearbeidet og gjøre informasjonen raskt tilgjengelig for de ansatte.

Det er grunn til å tro at bruk av SOAS-R (eller andre tilsvarende instrumenter) vil kunne heve kvaliteten på det kliniske arbeidet med stabilisering, utredning og behandling av målgruppespasientene i sikkerhetsavdelingene. Kartlegging av vold og aggresjon ved bruk av SOAS-R vil kunne gi detaljert kunnskap om forhold knyttet til hver enkelt hendelse. Kartleggingen bidrar derfor til systematisk innhenting av data og mulighet for analyse av den innsamlede informasjonen. Man får dermed et kunnskapsgrunnlag som kan bidra til forebygging av fremtidige aggresjonshendelser. I en artikkel fra Nederland peker forfatterne på at systematisk innhenting av aggresjonsdata gjennom SOAS-R kan være et viktig bidrag til å identifisere forvarslere til hendelsene med vold og trusler, og dermed forenkle arbeidet med ERM.¹⁰⁶

3.2.5. Gjennomføring av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 4

Undersøkelsen viser at de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene i 2023 fattet 3750 vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4, hvorav 1405 på regionalt nivå og 2345 på lokalt nivå. Tolv vedtak på regionalt nivå ble fattet etter kapittel 4A. Kapittel 4A gir bl.a. anledning til rutinemessig ransaking, adgangskontroll og nattelåsing av pasientrom.

Kartleggingen viser ikke hvor mange pasienter vedtakene omfatter. Det er grunn til å tro at noen enkeltpasienter genererer et større antall av vedtak, og at ulik utforming av bygningsmassene, samt kultur og kompetanse påvirker antall vedtak etter kapittel 4. Denne undersøkelsen er den første statusrapporten som har kartlagt vedtak etter psykisk helsevernlovens kapittel 4 i norske sikkerhetsavdelinger. Det foreligger derfor ingen sammenlikningsgrunnlag med tidligere rapporter, og det er ikke mulig å vurdere betydningen av omfanget av vedtakene. Arbeidet med å fatte vedtak er svært tidkrevende oppgave med høye krav til dokumentasjon, særlig for spesialistene.

Når det gjelder de regionale sikkerhetsavdelingene viser kartleggingen at Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst har fattet en betydelig andel av vedtakene om isolasjon (460 av 465). De står også for en stor andel av vedtakene om fastholding (75 %) og skjerming (55 %). Ved de lokale sikkerhetsavdelingene er det fattet flest vedtak om skjerming (675). Deretter følger vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke (443) og kortvarig fastholding (387). Disse vedtakene er relativt jevnt fordelt på de ulike avdelingene.

Det er trolig flere forklaringer på hvorfor Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst står for en så stor andel av vedtakene. Når en enhet har en periodevis økning i vedtak etter kapittel 4, kan dette ofte forklares ved innleggelse

¹⁰⁴ (Lockertsen, 2020)

¹⁰⁵ *ibid*

¹⁰⁶ (Fluttert, et al., 2008) og (Fluttert, van Meijel, Nijman, Bjørkly, & Grypdonck, 2010)

av enkelte svært krevende pasienter, og at disse i en konkret periode generer et høyt antall vedtak. Når det gjelder isolasjon, er det også ulik praksis i sikkerhetsavdelingene. Ved enkelte avdelinger fattes det vedtak om isolasjon i tilfeller der pasienten får beskjed om å oppholde seg på eget rom uten å ha mulighet til å forlate rommet, selv om rommet ikke er låst. En annen forklaring til den store andelen av isolasjonsvedtak i Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst kan være at avdelingen de senere årene har etablert rom som er egnet for formålet.

Til tross for en omfattende bruk av isolasjon ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst, viser årets kartlegging at det er vedtak om skjerming som utgjør den største andelen, med 913 vedtak i 2023. Terskelen for å kunne fatte vedtak om skjerming som kontrolltiltak er klart lavere enn for isolasjon, som krever at det er en akutt nødsituasjon hvor bruk av tvangsmiddelet er uomgjengelig nødvendig for å hindre skade på pasienten eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.¹⁰⁷ Skjerming har tradisjonelt sett blitt benyttet i miljøterapeutisk øyemed ovenfor pasienter som trenger å oppholde seg i et miljø med begrenset stimuli. Konsekvensen av skjerming er ofte at pasienten er helt eller delvis avskåret fra resten av pasientene og kun har kontakt med helsepersonell. Tiltaket gjennomføres enten på pasientens rom eller i en skjermingsenhet.¹⁰⁸ Sivilombudet påpeker at skjerming i mange tilfeller har et preg av isolasjon, da mange pasienter tilbringer store deler av døgnet alene, ofte uten særlig kontakt med personalet.¹⁰⁹ De fleste sikkerhetsavdelingene i Norge har egne skjermingslokaler eller enheter, som er tilpasset formålet. Likevel praktiseres skjerming noe ulikt fra avdeling til avdeling, og den kliniske praksisen ved skjerming er ikke entydig definert i Norge. Det kan være store variasjoner i skjermingslokalenes utforming, bygningsmessige forhold og personalets kompetanse. Sivilombudets funn tyder på at noen sykehus skjærmer mer enn andre, og at enkelte pasienter utsettes for skjerming over lang tid.¹¹⁰ Sivilombudet går langt i å kritisere den norske praksisen for skjerming i psykisk helsevern i sin temarapport. Sivilombudet beskriver at skjermingsenhetene gjennomgående har et nakent og sterilt preg, og at mange pasienter og ansatte omtaler dem som «fengselsliknende». Temarapporten påpeker videre at det er behov for alternativer til dagens skjermingspraksis.¹¹¹

Det er kun vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-8 som defineres som tvangsmidler, herunder bruk av mekaniske tvangsmidler, isolasjon, enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding. Debatten om bruk av tvangsmidler har pågått over lang tid, både i Norge og internasjonalt. For eksempel har England og Nederland tradisjonelt sett i større grad benyttet isolasjon enn Norge, og i liten grad mekaniske tvangsmidler.¹¹² I Norge har man vært relativt omforent om at bruk av mekaniske tvangsmidler og kortvarig fastholding er å foretrekke, da det gir bedre mulighet for å opprettholde kontakt og kommunikasjon med pasienten, og fortløpende observere pasientens psykiske og somatiske tilstand. En av årsakene til at isolasjon har vært et lite brukt i Norge, kan skyldes at bruk av isolasjon bl.a. krever godkjente rom til formålet.

Årets kartlegging viser at de regionale sikkerhetsavdelingene fatter få vedtak etter kapittel 4A (12). Kapittel 4A er tvangshjemler for særskilte sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Bestemmelsene i kapittel 4A har et tilleggsformål om ivaretagelse av samfunnsvernet, og ble iverksatt ved lovendring i 2012.¹¹³ Kapittel 4A hjemler bl.a. bruk av rutinemessige sikkerhetstiltak, noe som kan være nødvendig å anvende i noen situasjoner. Tilbakemeldingene fra de regionale sikkerhetsavdelingene er at de ønsker å bruke minst mulig inngripende tiltak overfor pasientene, og at bruk av kapittel 4A kun er nødvendig i noen ytterst få tilfeller, hvor de har særlig krevende pasienter. Vurderingsgrunnlaget ligger både i pasientens psykiske tilstand og i ytre krav om sikkerhet. En annen årsak til at det fattes få vedtak etter kapittel 4A, er at loven stiller en rekke krav til bygningsmessige forhold som få – eller ingen – av de regionale sikkerhetsavdelingene har.

¹⁰⁷ (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven))

¹⁰⁸ (Sivilombudet, 2018)

¹⁰⁹ *ibid*

¹¹⁰ *ibid*

¹¹¹ *ibid*

¹¹² (Lau, Brackmann, Mokros, & Habermeyer, 2020) og (Whittington, Aluh, Caldas-da-Almeida, & et al, 2023)

¹¹³ (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011-2012)

3.2.5.1. Gjennomføring av ettersamtaler

I 2017 ble det innført et krav om å gjennomføre ettersamtaler, hvor pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres.¹¹⁴ Samtalen er frivillig, og tilbud om samtale skal gis og finne sted så snart som mulig etter at tvangsbruken er avsluttet. I undersøkelsen oppgir 70 % av respondentene at det gjennomføres ettersamtaler i «*de fleste tilfeller*», mens 4,3 % oppgir at det gjøres «*sjeldent*». Kunnskapsgrunnlaget om evalueringssamtaler er svakt, men Helsedirektoratet viser til studier som tyder på at evalueringssamtaler kan bidra til en mer profesjonell og etisk praksis innen forebygging og bruk av tvangsmidler.¹¹⁵ En artikkel fra Hammervold et al fra 2021 viser at pasientenes erfaringer med evalueringssamtaler spriker fra «meningsfullt» til «meningsløst». Det er vanskelig å si om svarene i denne undersøkelsen er en indikasjon på at det nye regelverket ikke er fullt ut implementert, eller om gjennomføring av slike samtaler er krevende – og i noen tilfeller ikke gjennomførbart – med tanke på målgruppesasientenes psykiske tilstand og symptomtrykk.

3.2.5.2. Forholdet mellom psykisk helsevernloven og arbeidsmiljøloven

Et viktig moment i diskusjonen om bruk av tvang, er tvang som et *hensiktsmessig og nødvendig* middel i behandling av alvorlig sinnslidende mennesker, som trenger hjelp til å bli bedre av sin psykiske lidelse, og i noen tilfeller hjelp til å hindre dem i å skade andre. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (...) skriver at det har «*vært et ensidig fokus på å redusere tvang i Norge, uten at de etiske verdiene som skal ivaretas med tvangshjemler samtidig har vært diskutert*».¹¹⁶ Videre sies det at det er «*behov for endring i fokus, fra reduksjon av tvang til kvalitetssikret bruk av tvang, hvor det etiske grunnlaget diskuteres og vektlegges i større grad*».¹¹⁷ I en leder i Tidsskrift for Den Norske Legeforening fra 2021 understreker Fixdal og Aulie at «*for enkelte pasienter er tvang riktig omsorg og nødvendig for å gjennomføre behandling til beste for pasienten*».¹¹⁸ Med mandat om å modernisere reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren, leverte det regjeringsoppnevnte Tvangslovutvalget i 2019 et forslag til ny tvangslov. I lederen anfører forfatterne at «*forslaget bærer preg av å bygge på en ideologi som ikke tar opp i seg en nyansert diskusjon om bruk av tvang som nødvendig for god behandling og noen ganger riktig omsorg for pasienten*».¹¹⁹ Forfatterne påpeker at man fra klinisk praksis vet «*at brukere også har positive erfaringer med tvang og har opplevd det som nødvendig omsorg og hjelp. Disse stemmene er vanskelige å finne i diskusjonen om tvang i behandling*».¹²⁰ En endring i ordskiftet knyttet til tvang, hvor den grunnleggende etikken i tvangsbruken vektlegges i større grad, vil kunne bidra til at diskusjoner om bruk av tvangsmidler blir mer hensiktsmessige og ivaretar flere samtidige hensyn.

I diskusjonen om tvangsmiddelbruk, er det også svært viktig å inkludere hensynet til de ansattes ve og vel og sikkerhet på arbeidsplassen. Håndtering av pasienter med voldsproblematikk medfører en stor belastning for de ansatte, både fysisk og psykisk. Vold og trusler fra pasientene kan medføre sykefravær og kortvarige og/eller kroniske skader. Respondentene oppgir et stort antall hendelser med trusler og vold mot ansatte i sikkerhetsavdelingene, noen flere enn 100 slike hendelser i 2023. Fem av respondentene oppgir at hendelsene med vold mot ansatte medførte alvorlige personskader. Arbeidsmiljøloven fastslår at arbeidstakerne skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre. Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd.¹²⁰ I denne sammenheng kan bruk av tvangsmidler være nødvendig for ivaretagelse av de ansattes lovhjemlede rettigheter.

Forholdet mellom psykisk helsevernloven og arbeidsmiljøloven har vært gjenstand for diskusjon i det sikkerhetspsykiatriske fagmiljøet gjennom mange år. Utfordringen er når etterlevelse av det ene lovverket, reduserer muligheten for etterlevelse av det andre. Det er et førende prinsipp i den norske rettsstaten at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og høy risiko for voldsutøvelse skal ivaretas på en human og skånsom måte. Følgelig

¹¹⁴ (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven))

¹¹⁵ (Helsedirektoratet, 2024)

¹¹⁶ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023, s. 24)

¹¹⁷ (Fixdal & Aulie, 2021)

¹¹⁸ *ibid*

¹¹⁹ *ibid*

¹²⁰ (Forskrift om utførelse av arbeid) og (Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven))

har pasientene rettigheter som skal sikre at de ikke utsettes for unødig tvang eller annen urettmessig behandling. Et dilemma i behandling av denne pasientgruppen, er at redusert bruk av tvangsmidler kan medføre høyere risiko for fysisk og psykisk skade hos arbeidstakerne. I tilsynsrapport fra Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst fra 2023 skriver Arbeidstilsynet: «Det er et mål om mindre bruk av tvangsmidler ovenfor pasientene, men dette gir også en forhøyet risiko for de ansatte med tanke på hva de utsettes for av trusler, sjikane og fysisk vold.»¹²¹ Mindre inngripende tiltak ovenfor pasientene kan derfor innebære mer skade på de ansatte.

Norske sikkerhetsavdelinger er satt til å drifte med to lovverk som fremstår som uforenlige. Det tilbakevendende spørsmålet blir derfor hva som er «riktig» bruk av tvang. Det er viktig at en videre diskusjon om bruk av tvangsmidler ivaretar hensynet til den sårbare pasientpopulasjonen, men også hensynet til ansatte som jobber under svært krevende forhold.

3.3. Bygningsmessige forhold

Tidligere statusrapporter har understreket behovet for utbedring av bygningsmassen sikkerhetsavdelingene drifter i.¹²² Denne undersøkelsen viser, i likhet med undersøkelsene fra 2015 og 2019, fortsatt store utfordringer knyttet til bygningsmessige forhold, sett opp mot behandlingmessige behov og sikkerhetshensyn.

Om lag 60 % av respondentene oppgir at enhetens fysiske utforming i «*liten grad*» eller i «*svært liten grad*» er tilpasset utredning og behandling av målgruppepasienter. Det nevnes bl.a. behov for bedre skjermingskapasitet og aktivitetsarealer. Flere oppgir dårlig inneklima, lite dagslys og dårlig lydisolering. Noen oppgir at støy og aktivitet fra andre nærliggende avdelinger også er et forstyrrende element. Noen steder har ikke pasientene egne bad. Uegnete lokaler kan ha innvirkning på tilfriskningsgrad og varighet av det enkelte behandlingsforløp. Sivilombudet påpeker at dårlige fysiske forholdene bidrar til økt tvangsbruk og uverdige forhold for innlagte og ansatte.¹²³ Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (..) skriver at «*det er viktig å ta hensyn til at pasientgruppen enten er holdt inne på tvungent psykisk helsevern eller dømt til behandling, og dermed har liten mulighet til å påvirke egen livssituasjon. Derfor er det samfunnets plikt å sørge for at behandlingen foregår på en måte som er pasientene og samfunnet verdig.*»¹²⁴

Om lag 40 % av enhetene oppgir at avdelingenes fysiske utforming i liten eller i svært liten grad ivaretar sikkerheten på en tilfredsstillende måte. Her nevnes det uegnede lokaler med smale korridorer, dårlige siktlinjer, dødsoner og trange trappehus. Det nevnes behov for bedre rømningssikkerhet, luftegårder og skjermede uteområder. Samtlige enheter har alarmanlegg, men utover dette er det store forskjeller på hva slags statiske sikkerhetstiltak avdelingene har. Kun fem enheter oppgir å ha rømningssikkert gjerde rundt eiendommen, mens om lag halvparten har rømningssikkert gjerde rundt luftegård/aktivitetsgård. 19 enheter oppgir å ha metalldetektor, elleve enheter kameraovervåkning og tre enheter gjennomlysningsmaskin. Kun to regionale sikkerhetsavdelinger har besøksrom med glassvegg. Det er naturlig å se den statiske sikkerheten i sammenheng med antall rømninger og beslag. Flere respondenter oppgir å ha hatt hendelser med rømning fra avdelingen (innenfra eller fra avdelingene eiendom) i 2023. En stor andel av sikkerhetsavdelingene oppgir å ha gjort beslag av rusmidler og farlige gjenstander i avdelingene og på avdelingens eiendom. Fornyelse av bygningsmassen er et viktig tiltak for å bedre det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og forholdene for den aktuelle pasientgruppen. Det kan også være rekrutteringsfremmende å kunne tilby moderne lokaler med gode fasiliteter.

Sikkerhetsavdelingenes kjernevirksomhet er håndtering av voldsrelatert atferd, og det er sentralt at bygningsmassen ivaretar grunnleggende krav til sikkerhet. Ikke bare med hensyn til medpasienters og de ansattes trygghet, men også med hensyn til det økende antallet domfelte pasienter, personer fra varetekt og rettspsykiatriske undersøkelser, og følgelig samfunnets behov for vern. Funn fra årets undersøkelse viser at sikkerhetsavdelingene har helt ulike forutsetninger for å ivareta sikkerheten, både for pasienter og ansatte, og for

¹²¹ (Arbeidstilsynet, 13.09.2023)

¹²² (Haaland, Sigurjónsdóttir, Bjørnstad, & Bjørkly, 2016) og (Kilden, Sigurjónsdóttir, Eidhammer, & Selmer, 2020)

¹²³ (Sivilombudet, 2022) og (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023)

¹²⁴ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023, s. 46)

samfunnet for øvrig. Det foreligger ingen nasjonale standarder for hvilke sikkerhetsforanstaltninger sikkerhetsavdelingene i Norge skal ha. Forarbeidene redegjør for at lokale sikkerhetsavdelinger skal være «*bygningmessig (...) lagt til rette for å kunne håndtere farlighet*» og at de regionale sikkerhetsavdelingene skal være «*særskilt tilrettelagt for formålet bygningmessig og med sikkerhetsutstyr.*» Det fremgår ikke hva som legges i disse begrepene.¹²⁵ Det kan være krevende for samarbeidspartnere, som påtalemyndigheten og domstolen, å ha kunnskap om hva slags sikkerhetsmessige rammer en sikkerhetsavdeling kan tilby ved for eksempel gjennomføring av varetektssurrogat.

Psykisk helsevernloven kapittel 4A hjemler bruk av statiske sikkerhetstiltak i regionale avdelinger, som bl.a. bruk av metalldetektor og annet teknisk utstyr for undersøkelse av pasient og besøkende, glassvegg i besøkesrom og nattelåsing av pasientrom. Formålet med bestemmelsene er ivaretagelse av samfunnsvernet.¹²⁶ Psykisk helsevernloven setter samtidig tydelige krav til bygningmessige rammebetingelser for bruk av enhet for særlig høy sikkerhet. Det er få – om ingen – sikkerhetsavdelinger i dag, som tilfredsstiller de bygningmessige kravene for å fatte vedtak om innleggelse i slik enhet. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri (..) påpeker at «*gode bygninger som er tilrettelagt for behandling av sikkerhetspsykiatriske pasienter er viktige for å kunne gi god behandling i trygge omgivelser. Bygningmessige investeringer er kostnadskrevende, men essensielle for et verdig, høyspesialisert tilbud til denne pasientgruppen, og vil kunne bidra til bedre ivaretagelse av samfunnsvernet.*»¹²⁷

Siden forrige statusrapport har sikkerhetsavdelingene ved Sykehuset Sørlandet og St. Olavs hospital flyttet inn i nye lokaler, bygget for formålet. Lokal sikkerhetslanding ved Sykehuset Sørlandet er samlokalisert med psykisk helsevern for voksne i nytt bygg på Eg i Kristiansand. St. Olavs hospital har bygget et nytt bygg for Avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, som innbefatter Regional sikkerhetsavdeling, Lokal sikkerhetsavdeling, Regionalt kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, samt Sentral Fagenhet. Det er iverksatt bygging av nye bygg for sikkerhetsavdelingene ved Akershus universitetssykehus (2024), Vestre Viken (2025) og Oslo universitetssykehus (2027). Det er planlagt for nybygg for Sykehuset Innlandet (2032-2033) og Helse Stavanger (satt på vent). De avdelingene som har tatt i bruk nye bygg for sin sikkerhetspsykiatriske virksomhet har tilegnet seg unik kunnskap om behov og løsninger for behandling av målgruppepasienter. Det er svært viktig at denne kunnskapen tas med i det videre arbeidet når nye sikkerhetsavdelinger skal bygges.

¹²⁵ (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997, s. 100)

¹²⁶ (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven))

¹²⁷ (Helse Sør-Øst Regionale helseforetak, 2023, s. 46)

4. ANBEFALINGER FOR FREMTIDIGE STATUSRAPPORTER

Arbeid med årets undersøkelse har vist flere forbedringspunkter, både med hensyn til metodikk og tematikk.

Det har vært svært krevende å få eksakt oversikt over antall pasienter som følges opp av sikkerhetsavdelingene, siden avdelingene er ulikt organisert og har ulik praksis for driften. Dette gjelder i hovedsak pasienter som er i behandling uten døgnopphold. Her ser det ut til at måten man definerer denne oppfølging på og hvor det faglige ansvaret ligger, er avgjørende for hvordan respondentene har svart opp undersøkelsen. I Tabell 5 fremkommer «antall pasienter per 31.12.2023», herunder totalt antall pasienter i behandling *med* og *uten* døgnopphold per 31.12.2023. Her ble det innrapportert 91 pasienter i behandling uten døgnopphold. Ti avdelinger oppgav å ha poliklinisk virksomhet. Som fremkommer i kapittel 2.9 oppga disse å ha 168 pasienter i behandling uten døgnopphold. Det er med andre ord en diskrepans mellom de pasientene som følges opp av sikkerhetsavdelingene og hvor det faglige ansvaret ligger i disse avdelingene, og de pasientene som følges opp av ulike polikliniske virksomheter tilknyttet – men ikke nødvendigvis samorganisert – med sikkerhetsavdelingene. Det er nødvendig å utforme spørreskjemaene på en annen måte ved neste undersøkelse, slik at man bedre fanger opp og får oversikt over den polikliniske aktiviteten.

I tillegg til dette har flere avdelinger ønsket å belyse deres «følge-med-ansvar» for en mye større portefølje enn det som fremkommer av antall innleggelses, både med og uten døgnopphold. Flere sikkerhetsavdelinger har et overordnet ansvar for alle domfelte pasienter og en stor andel av pasientene med alvorlig psykisk lidelse, voldsproblematikk og rusmiddelavhengighet (ofte innlagt etter phvl § 3.3) i egen region. Disse pasientene har ikke vært mulig å fange opp i denne undersøkelsen. Undersøkelsen belyser derfor kanskje ikke i tilstrekkelig grad den arbeidsmengden som påligger sikkerhetsavdelingene, utover behandling og oppfølging av innlagte pasienter.

Denne undersøkelsen er den første i rekken som særlig har sett på tjenestetilbudet til barn under 18 år, unge voksne mellom 18 og 25 år og kvinner. Spørsmålene i årets undersøkelse fanger ikke i stor nok grad opp problemstillinger knyttet til disse gruppene, men svarene antyder at det er flere interessante temaer det bør sees nærmere på. Det er bl.a. nødvendig å stille utfyllende spørsmål om pasientgruppen mellom 18 og 25 år, og det er nødvendig med en generell forbedring av spørreskjemaene, som gir respondentene mulighet til å nyansere svarene sine ytterligere.

5. REFERANSER

- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist; sensitivity, specificity and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*(15(12), 1284–1296).
- Arbeidstilsynet. (13.09.2023). *Tilsynsrapport for Oslo universitetssykehus HF*.
- Avdeling for spesialpsykiatri - Sikkerhetsseksjonen. (2018). *Beskrivelse av innovasjonsprosjekt*. Blakstad: Vestre Viken HF, Blakstad sykehus.
- Bjørkly, S. (2000). Interrater Reliability of the Report Form for Aggressive Episodes in Group Ratings. *Journal of Family Violence*(Vol. 15, No. 3, 2000). doi:10.2466/pms.1998.87.3f.1405
- Borge, L., & Hummelvoll, J. (2019). *Miljøterapi – samspill og læring i helende omgivelser. En oppdatering*. Hentet fra <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2019-01-04>
- Douglas, K., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20v3 Voldsrisikovurdering. Brukermanual*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Eriksen, H. M., Kvamme, H., & Gross-Benberg, A. (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien. En kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune*. Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Trondheim: SIFER.
- FACT-sikkerhet Innlandet. (2020). *Forprosjekt 2020*. Sykehuset Innlandet HF .
- Fixdal, T., & Aulie, H. (2021). Tvang kan være god omsorg. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*(2021 Vol. 141.). doi:10.4045/tidsskr.21.0774
- Fluttert, F., van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Effect of the early recognition method on the number of aggressive incidents and episodes of seclusions in forensic care. *Journal Clinical Nursing*(19, 1529–1537.).
- Fluttert, F., van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A., & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in forensic psychiatric patients. *Archives of Psychiatric*.
- FN - De forente nasjoner. (1998.). FNs konvensjon om barnets rettigheter. *Ratifisert av Norge 8. januar 1991., Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*, Artikkel 37.
- Forskrift om pasientjournal (Pasientjournalforskriften), FOR-2019-03-01-168. Hentet fra Lovdata: www.lovdata.no
- Forskrift om rettspsykiatriske undersøkelser og sakkyndige, FOR-2020-09-30-1921. Hentet fra www.lovdata.no
- Forskrift om utførelse av arbeid, FOR-2011-12-06-1357. Hentet fra www.lovdata.no
- Gunderson, J. G., Will, O. A., & Mosher, L. R. (1983). *Principles and practice of milieu therapy*. New York: Jason Aronson.
- Hartvig, Østberg, Alfarnes, Moger, Skjønberg, & Bjørkly. (2007). *V-RISK-10 (Voldsrisiko sjekklister-10)*. Oslo: Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). *St.meld. nr.25 (1996-1997) Åpenhet og helhet*. Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011-2012). *Prop. 108L (2011-2012) Endringer i psykisk helsevernloven (regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå m.m.)*. Regjeringen.

- Helse Sør-Øst regionale helseforetak. (2022). *Forslag til revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Helse Sør-Øst RHF.
- Helse Sør-Øst Regionale helseforetak. (2023). *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer dømt til tvungen psykisk helsevern*.
- Helse Sør-Øst RHF. (2024, 04 16). Invitasjon til å delta i interregionalt arbeid for gjennomføring av tiltak i overordnet plan for sikkerhetspsykiatri.
- Helsedepartementet. (2023). *Meld. St. 23 (2022 –2023) Opptrappingsplan for psykisk helse*. Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000dddpdfs.pdf>
- Hesledirektoratet. (2012). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra [https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47](https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47)
- Hesledirektoratet. (2018). *Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse*. Hentet 2024 fra www.hesledirektoratet.no: <https://www.hesledirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse>
- Hesledirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Hesledirektoratet . Hentet fra [https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/a](https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/a)
- Hesledirektoratet. (2023, 07 27). Status for norsk sikkerhetspsykiatri - oppdrag. Oslo.
- Hesledirektoratet. (2024). *Oppfølging av voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester*. Hentet fra www.hesledirektoratet.no: <https://www.hesledirektoratet.no/tilskudd/oppfolging-av-voksne-med-behov-for-langvarig-oppfolging-og-sammensatte-tjenester>
- Hesledirektoratet. (2024). *Tilnærminger i pasientbehandlingen*. Hentet 2024 fra www.hesledirektoratet.no: <https://www.hesledirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne/tilnaerminger-i-pasientbehandlingen/pasienten-skal-tilbys-minst-en-samtale-for-evaluering-av-tvangstiltak-som-har-vaert-gjennomfort#f5e7e03b-ce50-4f81-a>
- Holst, Ø. (2020). *Samfunnsvernets begrensninger. En kritisk analyse av lovverket for gjennomføring av dom på tvungen psykisk helsevern*. Juridisk fakultet. Universitetet i Bergen.
- Høgskolen i Molde. (2024). *VIVO*. Hentet fra www.himolde.no: <https://www.himolde.no/studier/program/vivo/>
- Haaland, C. F., Sigurjónsdóttir, M., Bjørnstad, M., & Bjørkly, S. (2016). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015. En statusrapport*. Oslo: Kompetansesentert for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri. Oslo universitetspsykehus HF.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2015). *Prop. 122 L (2014-2015) Endringer i straffeloven 2005 mv (strafferettslige særreaksjoner m.m.)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-122-l-20142015/id2412699/?ch=1>
- Kilden, S., Sigurjónsdóttir, M., Eidhammer, G., & Selmer, L. E. (2020). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport*. Kompetansesentert for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Oslo: SIFER.
- Kjeldsberg, E., & Hartvig, P. (2005). *Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005*. Oslo: Kompetansesentert for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør. Ullevål universitetspsykehus HF.

- Kjeldsberg, E., & Sandli, C. S. (2009). *Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008*. Oslo: Kompetansesenteret for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst. Ullevål universitetssykehus HF.
- Langø Kristiansen, P. (2015). Miljøterapi kamuflerer inkompetanse. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2015/09/miljoterapi-kamuflerer-inkompetanse>
- Lau, S., Brackmann, N., Mokros, A., & Habermeyer, E. (2020). Aims to Reduce Coercive Measures in Forensic Inpatient Treatment: A 9-Year Observational Study. *Front(Psychiatry 11:465)*. doi:10.3389/fpsy.2020.00465.
- Lillevik, O., & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? Mangfoldig. Miljøterapi er et uttrykk for en fagideologisk tenkning mer enn en konkret metode. Hentet 2024 fra Fagutvikling: <https://sykepleien.no/forskning/2015/04/hva-er-miljoterapi>
- Lockertsen, Ø. (2020). *Short-term violence risk assessment in acute psychiatry – A naturalistic prospective inpatient study*. Oslo MET. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2753762>
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). (u.d.). (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra www.lovdata.no
- Lov om endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.). (2016). Hentet fra www.lovdata.no
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). (u.d.). Hentet fra www.lovdata.no
- Lov om rettergangsmåten i straffesaker. (u.d.). (LOV-1981-05-22-25). Hentet fra www.lovdata.no: www.lovdata.no
- Lov om straff (straffeloven). (u.d.). (endringslov LOV-2016-04-29-7). Hentet fra www.lovdata.no
- Lykke, J., & Oestrich, I. (2001). *Kognitiv miljøterapi: manual til personalet*. Psykologisk forlag.
- Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS). (2024). *Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS)*. Hentet fra www.stolav.no: <https://www.stolav.no/avdelinger/psykisk-helsevern/klinikk-psykisk-helsevern-allmenn-rehabilitering-og-sikkerhet/avdeling-for-sikkerhets-fengsels-og-rettspsykiatri/nasjonal-enhet-for-rettspsykiatrisk-sakkyndighet/>
- Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). *Årsrapport 2023*. Oslo universitetssykehus HF. Hentet fra <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-sikkerhetsseksjon-rsa/nasjonal-koordineringsenhet-for-dom-til-tvungent-psykisk-helsevern/arsrapporter/>
- Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2024, 05 31). *Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern*. Oslo universitetssykehus HF. Hentet fra www.oslo-universitetssykehus.no: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/495d32/contentassets/5062422ba77143d887f83534b71c8ec8/retningslinje---nasjonal-koordineringsenhet-for-dom-til-behandling-040424.pdf>
- Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2024). *Varetektssurrogat*. Hentet fra www.oslo-universitetssykehus.no: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-sikkerhetsseksjon-rsa/varetektssurrogat-rsa/>
- Nijman, H., Muris, P., Merckelbach, H., Palmstjerna, T., Wistedt, B., Vos, A., . . . Allertz, W. (1999). The Staff Observation Aggression Scale–Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*(Volume 25, pages 197–209.). doi:10.1111/j.1600-0447.1987.tb02936.x
- Oslo kommune. (2024, 05 29). *Oslo kommune*. Hentet fra BEF001: Folkemengden etter kjønn og alder (B), 1990-2024:

https://statistikkbanken.oslo.kommune.no/statbank/pxweb/no/db1/db1__Befolkning__Folkemengde/OK-BEF001.px/

Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus HF. (2023, 10 23). Personvernombudets tilråding til behandling av personopplysninger for: «Status for norsk sikkerhetspsykiatri - En statusrapport.». 23/23296.

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst. (2024). *Fagnettverk*. Hentet fra www.oslo-universitetssykehus.no: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-seksjon-for-sikkerhets-fengsels-og-rettspsykiatri/regionalt-kompetansesenter-for-sikkerhets-fengsels-og-rettsp>

Robak, O., Høye, K., & Kjerschow, A. (1980). Vedrørende omsorgen for særlig farlige og vanskelige sinnslidende. Det kongelige sosialdepartement.

Sanderud, L. (2023). *FACT-sikkerhet – En løsning for fremtiden*. FACT-konferansen - Tilbake til hverdagen, Drammen.

Senneseth, M., Holst, Ø., Mindestrømmen, M., Flåan, O., & Rypdal, K. (2010). *Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat*. Bergen: SIFER.

SIFER. (2024). Hentet fra www.sifer.no: <https://sifer.no/om-sifer/>

SIFER. (2024). *C-kurs i rettspsykiatri*. Hentet fra <https://sifer.no/undervisning/c-kurs-i-rettspsykiatri/>

SIFER. (2024). *ERM (Early Recognition Method)*. Hentet fra www.sifer.no: <https://sifer.no/verktoy/erm/>

SIFER. (2024). *MAP (Møte med Aggresjonsproblematikk)*. Hentet fra www.sifer.no: <https://sifer.no/map/>

Sigurjónsdóttir, M., & Østberg, B. (2012). Judisiell døgnobservasjon etter straffeprosessloven §167. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2012/10/helse-og-jus/judisiell-dognobservasjon-etter-straffeprosessloven-ss167>

Sivilombudet. (2018). *Skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling. Temarapport*. Hentet 2024 fra https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf

Sivilombudet. (2022). *Besøksrapport - Oslo universitetssykehus, Regional sikkerhetsseksjon, Dikemark, 30. august – 1. september 2022*. Hentet fra <https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2023/01/Besoksrapport-2022-Oslo-universitetssykehus-Regional-sikkerhetsseksjon-Dikemark.pdf>

Skorpen, A., & Øye, C. (2010). *Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer: En litteraturoversikt*. (12(3), 15–27).

Smeekens, V. M., & et.al. (2021). *National Library of Medicine*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8492920/>

Smith, Y., & Spitzmueller, M. (2016). Worker. *Worker perspectives on contemporary milieu therapy: A cross-site ethnographic study*. . Hentet fra <https://doi.org/10.1093/swr/svw003>

Statistisk sentralbyrå. (2024, 03 14). 01222: *Endringer i befolkninga i løpet av kvartalet, for kommunar, fylke og heile landet (K) 1997K4 - 2023K4*. Hentet fra www.ssb.no: <https://www.ssb.no/statbank/table/01222>

Statistisk sentralbyrå. (2024, 05 13). 13599: *Framskrevet folkemengde 1. januar, etter innvandringskategori / landbakgrunn, statistikkvariabel, år og alternativ*. Hentet fra www.ssb.no : <https://www.ssb.no/statbank/table/13599/tableViewLayout1/>

Statistisk sentralbyrå. (2024, 06 20). www.ssb.no. Hentet fra 13942: Aktivitet, kapasitet og beleggspersent i spesialisthelsetjenesten, etter tjenesteområde og helseforetak 2015 - 2023: <https://www.ssb.no/statbank/table/13942>

- Store Norske Leksikon. (2021). *Store Norske Leksikon*. Hentet 2024 fra Miljøterapi: <https://sml.sn.no/milj%C3%B8terapi>
- Straffereaksjonsutvalget. (2024). *Mandat*. Hentet fra <https://straffereaksjonsutvalget.no/mandat/>
- Streb, J., Lutz, M., Dudeck, M., Klein, V., Maaz, C., Fritx, M., & Franke, I. (2022, 03 23). Are Women Really Different? Comparison of Men and Women in a Sample of Forensic Psychiatric Inpatients. *Frontiers*. Hentet fra <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.857468/full>
- TIPS Sør-Øst. (2024). *Psykose/Bipolar*. Hentet fra <https://www.psykose-bipolar.no/hvilke-typer-behandling-hjelper/miljoterapi/>
- United Nations Office on Drugs and Crime. . (u.d.). *The Bangkok Rules. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders with their Commentary*.
- Whittington, R., Aluh, D., Caldas-da-Almeida, J. M., & et al. (2023). Zero Tolerance for Coercion? Historical, Cultural and Organizational Contexts for Effective Implementation of Coercion-Free Mental Health Services around the World. *Healthcare* (2023, 11, 2834). Hentet fra <https://doi.org/10.3390/healthcare11212834>
- Aarre, T., & Nøstdal, A. (u.d.). Korleis kan vi gje miljøterapi retning og innhald? Røynsler frå eit avklaringsprosjekt. . (20(1), 64–71). Hentet fra <https://doi.org/10.18261/tph.20.1.7>

6. VEDLEGG

Helseforetakenes opptaksområder per 31.12.2023.¹²⁸

Sykehuset Østfold			
Halden	31 935	Østfold	
Moss	52 051	Østfold	Inkludert tidligere Rygge kommune.
Sarpsborg	59 771	Østfold	
Fredrikstad	85 230	Østfold	
Hvaler	4 787	Østfold	
Aremark	1 347	Østfold	
Marker	3 658	Østfold	
Indre Østfold	47 006	Østfold	Opprettet av tidligere Askim, Eidsberg, Hobøl, Spydeberg og Trøgstad kommuner.
Skiptvet	3 919	Østfold	
Rakkestad	8420	Østfold	
Råde	7 883	Østfold	
Våler (Østfold)	6 145	Østfold	
Vestby	19 493	Akershus	
Sykehuset Østfold	331 645		

Sykehuset Innlandet			
Hamar	32 879	Hedmark	
Ringsaker	35 612	Hedmark	
Løten	7 929	Hedmark	
Stange	21 605	Hedmark	
Åsnes	7 339	Hedmark	
Våler (Hedmark)	3 615	Hedmark	
Elverum	21 761	Hedmark	
Trysil	6 566	Hedmark	
Åmot	4 289	Hedmark	
Stor-Elvdal	2 276	Hedmark	
Rendalen	1 837	Hedmark	
Engerdal	1 361	Hedmark	
Tolga	1 604	Hedmark	
Tynset	5 692	Hedmark	
Alvdal	2 526	Hedmark	
Folldal	1 532	Hedmark	
Os (Hedmark)	1 891	Hedmark	
Lillehammer	28 768	Oppland	
Gjøvik	30 903	Oppland	
Dovre	2 503	Oppland	
Lesja	1 983	Oppland	
Skjåk	2 141	Oppland	
Lom	2 212	Oppland	
Vågå	3 531	Oppland	
Nord-Fron	5 586	Oppland	
Sel	5 756	Oppland	
Sør-Fron	3 119	Oppland	
Ringebu	4 413	Oppland	
Øyer	5 124	Oppland	
Gausdal	6 177	Oppland	
Østre Toten	14 840	Oppland	
Vestre Toten	13 691	Oppland	
Lunner	9 357	Oppland	
Gran	13 593	Oppland	
Søndre Land	5 587	Oppland	
Nordre Land	6 510	Oppland	
Sør-Aurdal	2 836	Oppland	
Etnedal	1 366	Oppland	
Nord-Aurdal	6 562	Oppland	
Vestre Slidre	2 112	Oppland	

¹²⁸ (Statistisk sentralbyrå, 2024) og (Oslo kommune, 2024)

Øystre Slidre	3 298	Oppland	
Vang	1 645	Oppland	
Sykehuset Innlandet	343 927		

Akershus universitetssykehus			
Lillestrøm	94 201	Akershus - Romerike	Inkludert tidligere Skedsmo, Fet og Sørum kommuner.
Rælingen	20 099	Akershus - Romerike	
Nittedal	25 882	Akershus - Romerike	
Gjerdrum	7 398	Akershus - Romerike	
Ullensaker	43 814	Akershus - Romerike	
Nes	24 645	Akershus - Romerike	
Eidsvoll	27 916	Akershus - Romerike	
Nannestad	16 126	Akershus - Romerike	
Hurdal	3 041	Akershus - Romerike	
Lørenskog	48 188	Akershus - Romerike	
Aurskog-Høland	18 058	Akershus - Romerike	Inkludert tidligere Rømskog kommune.
Kongsvinger	18 058	Hedmark – Kongsvingeregionen	
Grue	4 532	Hedmark – Kongsvingeregionen	
Nord-Odal	4 992	Hedmark – Kongsvingeregionen	
Sør-Odal	8 112	Hedmark – Kongsvingeregionen	
Eidskog	6 040	Hedmark – Kongsvingeregionen	
Grorud	28 060	Oslo	
Alna	50 375	Oslo	
Stovner	34 159	Oslo	
Nesodden	20 521	Akershus - Follo	
Nordre Follo	63 560	Akershus - Follo	Opprettet av tidligere Ski og Oppegård kommuner.
Frogn	16 244	Akershus - Follo	
Ås	22 005	Akershus - Follo	
Enebakk	11 482	Akershus - Follo	
Akershus universitetssykehus	617 508		

Oslo universitetssykehus			
Nordre Aker	54 195	Oslo	
Bjerke	36 464	Oslo	
Østernsjø	51 784	Oslo	
Nordstrand	53 968	Oslo	
Søndre Nordstrand	39 113	Oslo	
Sagene	47 659	Oslo	
Marka	1 673	Oslo	
Oslo universitetssykehus	284 856		(UFB Oslo kommune = 1 423)

Lovisenberg			
Grünerløkka	65 585	Oslo - Lovisenberg	
Gamle Oslo	63 714	Oslo - Lovisenberg	
St. Hanshaugen	40 087	Oslo - Lovisenberg	
Sentrum	1 505	Oslo - Lovisenberg	
Lovisenberg	170 891		

Diakonhjemmet			
Vestre Aker	51 870	Oslo - Diakonhjemmet	
Ullern	35 422	Oslo - Diakonhjemmet	
Frogner	60 654	Oslo - Diakonhjemmet	
Diakonhjemmet	147 946		

Vestre Viken			
Drammen	104 487	Buskerud	Inkludert tidligere Nedre Eiker og Svelvik kommuner.
Kongsberg	28 848	Buskerud	
Ringerike	31 581	Buskerud	
Hole	6 989	Buskerud	
Flå	1 115	Buskerud	
Nesbyen	3 301	Buskerud Tidl. Nes	Tidligere «Nes kommune».
Gol	4 986	Buskerud	
Hemsedal	2 666	Buskerud	
Ål	5 007	Buskerud	

Hol	4 496	Buskerud	
Sigdal	3 526	Buskerud	
Krødsherad	2 241	Buskerud	
Modum	14 665	Buskerud	
Øvre Eiker	20 779	Buskerud	
Lier	28 470	Buskerud	
Flesberg	2 781	Buskerud	
Rollag	1 395	Buskerud	
Nore og Uvdal	2 486	Buskerud	
Asker	98 815	Akershus	Inkludert tidligere Røyken og Hurum kommuner.
Bærum	130 921	Akershus	
Jevnaker	7 037	Oppland	
Vestre Viken	506 592		

Sykehuset i Vestfold			
Horten	27 939	Vestfold	
Tønsberg	59 174	Vestfold	Inkludert tidligere Re kommune.
Sandefjord	66 231	Vestfold	
Larvik	48 715	Vestfold	
Holmestrand	26 872	Vestfold	Inkludert tidligere Sande kommune. Befolkningen i tidligere Sande kommune tilhører opptaksrådet til Vestre Viken.
Færder	27 501	Vestfold	
Sykehuset i Vestfold	256 432		

Sykehuset Telemark			
Porsgrunn	37 193	Telemark	
Skien	56 619	Telemark	
Notodden	13 266	Telemark	
Siljan	2 382	Telemark	
Bamble	14 269	Telemark	
Kragerø	10 445	Telemark	
Drangedal	4 086	Telemark	
Nome	6 539	Telemark	
Midt-Telemark	10 904	Telemark	Opprettet av tidligere Bø og Sauherad kommuner.
Tinn	5 533	Telemark	
Hjartdal	1 630	Telemark	
Seljord	2 979	Telemark	
Kviteseid	2 458	Telemark	
Nissedal	1 471	Telemark	
Fyresdal	1 256	Telemark	
Tokke	2 212	Telemark	
Vinje	3 851	Telemark	
Sykehuset Telemark	177 093		

Sørlandet Sykehus			
Risør	6 825	Aust-Agder	
Grimstad	24 969	Aust-Agder	
Arendal	46 355	Aust-Agder	
Gjerstad	2 444	Aust-Agder	
Vegårshei	2 268	Aust-Agder	
Tvedestrand	6 323	Aust-Agder	
Froland	6 236	Aust-Agder	
Lillesand	11 523	Aust-Agder	
Birkenes	5 480	Aust-Agder	
Åmli	1 802	Aust-Agder	
Iveland	1 380	Aust-Agder	
Evje og Hornnes	3 967	Aust-Agder	
Bygland	1 180	Aust-Agder	
Valle	1 205	Aust-Agder	
Bykle	1 011	Aust-Agder	
Kristiansand	116 986	Vest-Agder	Inkludert tidligere Sogndalen og Søgne kommuner.
Lindesnes	23 690	Vest-Agder	Inkludert tidligere Marnadal og Mandal kommuner.
Farsund	9 876	Vest-Agder	
Flekkefjord	9 279	Vest-Agder	
Vennesla	15 452	Vest-Agder	
Åseral	923	Vest-Agder	

Lyngdal	10 835	Vest-Agder	Inkludert tidligere Audnedal kommune.
Hægebostad	1 776	Vest-Agder	
Kvinesdal	6 192	Vest-Agder	
Sirdal	1 873	Vest-Agder	
Sørlandet Sykehus	319 850		

Helse Stavanger			
Eigersund	15 221	Rogaland	
Stavanger	149 048	Rogaland	Inkludert tidligere Finnøy og Rennesøy kommuner.
Sandnes	83 702	Rogaland	Inkludert tidligere Forsand kommune.
Sokndal	3 347	Rogaland	
Lund	3 226	Rogaland	
Bjerkreim	2 892	Rogaland	
Hå	19 827	Rogaland	
Klepp	20 900	Rogaland	
Time	19 910	Rogaland	
Gjesdal	12 362	Rogaland	
Sola	28 685	Rogaland	
Randaberg	11 742	Rogaland	
Strand	13 703	Rogaland	
Hjelmeland	2 643	Rogaland	
Kvitsøy	544	Rogaland	
Helse Stavanger	387 752		

Helse Fonna			
Haugesund	38 292	Rogaland	
Suldal	3 889	Rogaland	
Sauda	4 572	Rogaland	
Bokn	883	Rogaland	
Tysvær	11 570	Rogaland	
Karmøy	43 306	Rogaland	
Utsira	215	Rogaland	
Vindafjord	8 938	Rogaland	
Etne	4 072	Vestland	
Sveio	5 742	Vestland	
Bømlo	12 268	Vestland	
Stord	19 287	Vestland	
Fitjar	3 203	Vestland	
Tysnes	2 922	Vestland	
Kvinnherad	13 089	Vestland	
Ullensvang	11 017	Vestland	Inkludert tidligere Jondal og Odda kommuner.
Helse Fonna	179 559		

Helse Bergen			
Bergen	291 940	Vestland	
Eidfjord	968	Vestland	
Ulvik	1 089	Vestland	
Voss	16 471	Vestland	Inkludert tidligere Granvin kommune.
Kvam	8 496	Vestland	
Samnanger	2 502	Vestland	
Bjørnafjorden	26 080	Vestland	Opprettet av tidligere Fusa og Os kommuner.
Austevoll	5 300	Vestland	
Øygarden	39 768	Vestland	Inkludert tidligere Fjell og Sund kommuner.
Askøy	30 145	Vestland	
Vaksdal	3 852	Vestland	
Modalen	384	Vestland	
Osterøy	8 200	Vestland	
Alver	29 986	Vestland	Opprettet av tidligere Meland, Radøy og Lindås kommuner.
Austrheim	2 881	Vestland	
Fedje	519	Vestland	
Masfjorden	1 694	Vestland	
Gulen	2 234	Vestland	
Helse Bergen	472 509		

Helse Førde			
Solund	750	Vestland	
Hyllestad	1 268	Vestland	
Høyanger	3 879	Vestland	
Vik	2 551	Vestland	
Sogndal	12 319	Vestland	Inkludert tidligere Balestrand og Leikanger kommuner.
Aurland	1 800	Vestland	
Lærdal	2 160	Vestland	
Årdal	5 239	Vestland	
Luster	5 371	Vestland	
Askvoll	2 986	Vestland	
Fjaler	2 869	Vestland	
Sunnfjord	22 450	Vestland	Opprettet av tidligere Naustdal, Førde, Gaular og Jølster kommuner.
Bremanger	3 392	Vestland	
Stad	9 610	Vestland	Opprettet av tidligere Eid og Selje kommuner.
Gloppen	5 926	Vestland	
Stryn	7 271	Vestland	
Kinn	17 349	Vestland	Opprettet av tidligere Flora, Vågsøy, Balestrand og Leikanger kommuner.
Helse Førde	107 190		

Helse Møre og Romsdal			
Aukra	3 678	Møre og Romsdal	
Averøy	5 955	Møre og Romsdal	
Aure	3 408	Møre og Romsdal	
Hustadvika	13 437	Møre og Romsdal	Opprettet av tidligere Eide og Fræna kommuner.
Giske	8 691	Møre og Romsdal	
Gjemnes	2 700	Møre og Romsdal	
Hareid	5 322	Møre og Romsdal	
Herøy	8 968	Møre og Romsdal	
Kristiansund	24 404	Møre og Romsdal	
Molde	32 816	Møre og Romsdal	Inkludert tidligere Nesset og Midsund kommuner.
Fjord	2 492	Møre og Romsdal	Opprettet av tidligere Nordal og Stordal kommuner.
Rauma	7 299	Møre og Romsdal	
Sande	2 438	Møre og Romsdal	
Smøla	2 159	Møre og Romsdal	
Stranda	4 348	Møre og Romsdal	
Sula	9 720	Møre og Romsdal	
Sunnadal	7 227	Møre og Romsdal	
Surnadal	5 953	Møre og Romsdal	
Sykkylven	7 617	Møre og Romsdal	
Tingvoll	3 041	Møre og Romsdal	
Ulstein	8 861	Møre og Romsdal	
Vestnes	7 147	Møre og Romsdal	
Volda	11 093	Møre og Romsdal	Inkludert tidligere Hornindal kommune.
Ørsta	10 958	Møre og Romsdal	
Ålesund	67 866	Møre og Romsdal	Inkludert tidligere Haram, Sandøy, Skodje og Ørskog kommuner.
Vanylven	3 026	Møre og Romsdal	
Helse Møre og Romsdal	270 624		

St. Olavs hospital			
Heim	6 093	Trøndelag	Opprettet av tidligere Hemne, Halså og deler av Snillfjord kommuner.
Rindal	1 958	Trøndelag	
Trondheim	214 565	Trøndelag	Inkludert tidligere Klæbu kommune.
Hitra	5 323	Trøndelag	Inkludert deler av tidligere Snillfjord kommune.
Frøya	5 453	Trøndelag	
Ørland	10 522	Trøndelag	Inkludert tidligere Bjugn kommune.
Åfjord	4 339	Trøndelag	Inkludert tidligere Roan kommune.
Oppdal	7 389	Trøndelag	
Rennebu	2 484	Trøndelag	
Orkland	18 793	Trøndelag	Opprettet av tidligere Orkdal, Meldal, Agdenes deler av Snillfjord kommuner.
Røros	5 685	Trøndelag	
Holtålen	2 035	Trøndelag	
Midtre Gauldal	6 140	Trøndelag	
Melhus	17 560	Trøndelag	
Skaun	8 484	Trøndelag	

Malvik	14 783	Trøndelag	
Selbu	4 216	Trøndelag	
Tydal	773	Trøndelag	
Indre Fosen	10 023	Trøndelag	
St. Olavs Hospital	346 618		

Helse Nord-Trøndelag			
Flatanger	1 116	Trøndelag	
Grong	2 322	Trøndelag	
Høylandet	1 222	Trøndelag	
Inderøy	6 938	Trøndelag	
Leka	604	Trøndelag	
Levanger	20 574	Trøndelag	
Lierne	1 301	Trøndelag	
Meråker	2 454	Trøndelag	
Namsos	15 083	Trøndelag	Inkludert tidligere Fosnes og Namsdalseid kommuner.
Namskogran	810	Trøndelag	
Overhalla	3 924	Trøndelag	
Osen	898	Trøndelag	
Røyrvik	423	Trøndelag	
Snåsa	2 114	Trøndelag	
Steinkjer	24 032	Trøndelag	Inkludert tidligere Verran kommune.
Stjørdal	24 717	Trøndelag	
Verdal	15 193	Trøndelag	
Frosta	2 645	Trøndelag	
Nærøysund	9 968	Trøndelag	Opprettet av tidligere Vika og Nærøy kommuner.
Bindal	1 399	Nordland	
Helse Nord-Trøndelag	137 737		

Helgelandsykehuset			
Nesna	1 808	Nordland – Mo i Rana	
Hemnes	4 485	Nordland – Mo i Rana	
Rana	25 994	Nordland – Mo i Rana	
Rødøy	1 139	Nordland – Mo i Rana	
Deler av Lurøy	(1 886) 943	Nordland – Mo i Rana	
Træna	442	Nordland - Sandnessjøen	
Dønna	1 427	Nordland - Sandnessjøen	
Leirfjord	2 352	Nordland - Sandnessjøen	
Alstahaug	7 421	Nordland - Sandnessjøen	
Sømna	1 976	Nordland - Sandnessjøen	
Brønnøy	7 826	Nordland - Sandnessjøen	
Vega	1 208	Nordland - Sandnessjøen	
Vevelstad	480	Nordland - Sandnessjøen	
Herøy	1 842	Nordland - Sandnessjøen	
Vefsn	13 469	Nordland - Mosjøen	
Grane	1 447	Nordland - Mosjøen	
Hattfjelldal	1 284	Nordland - Mosjøen	
Helgelandsykehuset	75 543		

Nordlandssykehuset			
Beiarne	1 062	Nordland - Salten	
Bodø	53 712	Nordland - Salten	
Fauske	9 827	Nordland - Salten	
Gildeskål	1 958	Nordland - Salten	
Hamarøy	2 729	Nordland - Salten	Inkludert den sørlige delen av tidligere Tysfjord kommune.
Saltdal	4 880	Nordland - Salten	
Steigen	2 672	Nordland - Salten	
Meløy	6 180	Nordland - Salten	
Deler av Lurøy	(1 886) 943	Nordland - Salten	
Sørfold	1 858	Nordland - Salten	
Vågan	9 793	Nordland - Lofoten	
Vestvågøy	11 619	Nordland - Lofoten	
Flakstad	1 229	Nordland - Lofoten	
Moskenes	954	Nordland - Lofoten	

Værøy	683	Nordland - Lofoten	
Røst	460	Nordland - Lofoten	
Andøy	4 553	Nordland - Vesterålen	
Bø	2 634	Nordland - Vesterålen	
Hadsel	8 236	Nordland - Vesterålen	
Sortland	10 618	Nordland - Vesterålen	
Øksnes	4 569	Nordland - Vesterålen	
Nordlandsykehuset	141 169		

Universitetssykehuset i Nord-Norge			
Tromsø	78 745	Troms	
Harstad	25 056	Troms	
Kvæfjord	2 845	Troms	
Ibestad	1 311	Troms	
Gratangen	1 070	Troms	
Lavangen	986	Troms	
Bardu	3 986	Troms	
Salangen	2 069	Troms	
Målselv	6 714	Troms	
Sørreisa	3 485	Troms	
Dyrøy	1 073	Troms	
Senja	14 894	Troms	Opprettet av tidligere Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy kommuner.
Balsfjord	5 571	Troms	
Karlsøy	2 237	Troms	
Lyngen	2 743	Troms	
Storfjord	1 825	Troms	
Kåfjord	1 974	Troms	
Skjervøy	2 794	Troms	
Nordreisa	4 794	Troms	
Kvænangen	1 157	Troms	
Narvik	21 580	Nordland	Inkludert tidligere Ballangen kommune og den nordlige delen av tidligere Tysfjord kommune.
Lødingen	2 060	Nordland	
Tjeldsund	4 281	Nordland	Inkludert tidligere Skånland kommune.
Evenes	1 330	Nordland	
Universitetssykehuset i Nord-Norge	194 580		

Finnmarksykehuset			
Loppa	864	Finnmark	
Hasvik	979	Finnmark	
Hammerfest	11 338	Finnmark	Inkl. tidligere Kvalsund kommune
Alta	21 708	Finnmark	
Måsøy	1 113	Finnmark	
Nordkapp	2 951	Finnmark	
Kautokeino	2 848	Finnmark	
Karasjok	2 565	Finnmark	
Porsanger	3 889	Finnmark	
Lebesby	1 215	Finnmark	
Gamvik	1 070	Finnmark	
Berlevåg	892	Finnmark	
Båtsfjord	2 113	Finnmark	
Vardø	1 972	Finnmark	
Vadsø	5 807	Finnmark	
Tana	2 807	Finnmark	
Nesseby	859	Finnmark	
Sør-Varanger	10 063	Finnmark	
Finnmarksykehuset	76 026		

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER Sør-Øst)

Sognsvannsveien 21

0372 Oslo

www.oslo-universitetssykehus.no/kps og www.sifer.no

PUBLISERT 26.06.2024

ISBN 978-82-692218-3-1