

# SIKKERHETSPSYKIATRI I NORGE 2015

EN STATUSUNDERSØKELSE

## FORORD

Norsk sikkerhetspsykiatri har vært i kontinuerlig endring siden nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus i 1987. Dette er den tredje nasjonale statusundersøkelsen av norsk sikkerhetspsykiatri, de to første ble gjennomført i 2005 og 2008. Alle tre undersøkelsene er gjort av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helseregion Sør-Øst på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Det å ha en oppdatert oversikt over norsk sikkerhetspsykiatri er viktig både for fagfeltet og for andre som er interessert i utviklingstrekk og dagens situasjon innenfor dette fagfeltet.

I forbindelse med denne undersøkelsen er spørreskjema sendt alle sikkerhetspsykiatriske enheter i norske offentlige helseforetak i 2015. Alle har svart og bidratt til at tallgrunnlaget er komplett.

De siste årene har behandlingsskapiteten gått ned mens pasientantallet er økt, våre tall viser at 4 av 10 henvisninger avslås. Det reelle avslagstallet er mest sannsynlig høyere, da vi vet at mange henvisninger ikke blir sendt på grunn av manglende behandlingsskapitet. Det er lokale variasjoner når det gjelder kapasitet, men flere avdelinger rapporterer om underkapasitet. Det kan se ut som om det er en skjevfordeling av behandlingsskapiteten i Norge. Kapasiteten på regionalt sikkerhetsnivå i Helse Sør-Øst er i dag for liten både for pasienter og observander. Det kan også se ut til at behandlingsskapiteten på lokalt nivå er for liten i enkelte deler av landet. Med den befolkningsveksten som er ventet i Helse Sør-Øst i årene fremover, bør kapasiteten på regionalt sikkerhetsnivå i denne regionen øke med to plasser i året.

I tillegg rapporteres det om pasienter som av forskjellige grunner ikke kan skrives ut eller ikke kan overføres til lavere sikkerhetsnivå. Disse pasientene tar opp sirkulasjonsplasser og gjør behandlingsskapiteten mindre enn den behøver å være. Det bør vurderes om det skal opprettes egne enheter eller plasser som kan ivareta de pasientene som er så syke at behandlingsprognose er usikker og hvor det er vanskelig å vite når pasientene kan skrives ut til annet behandlingssnivå. Overføring av pasienter til poliklinisk behandling i allmennpsykiatrien kan være krevende. Det bør derfor også vurderes om sikkerhetspsykiatrien i større grad skal ta et poliklinisk og ambulant ansvar for denne pasientgruppen.

Overlege Carl Fredrik Haaland har gjennomført undersøkelsen og skrevet rapporten. Han har fått god teknisk hjelp fra Martin Bjørnstad, bistand fra overlege Maria Sigurjonsdottir ved Regional sikkerhetsseksjon, Helse Sør-Øst, og professor Stål Bjørkly har vært veileder for prosjektet.

Harald Aulie

Seksjonsleder

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Helse Sør-Øst

## Innhold

### SIKKERHETSPSYKIATRI I NORGE 2015

1. Innledning	
1.1 Sammendrag .....	3
1.2 Historikk .....	4
1.3 Bakgrunn for statusundersøkelsen .....	5
2. Gjennomføring av undersøkelsen	
2.1 Materiale og metode .....	6
2.2 Etikk og personvern .....	6
2.3 Prosedyre for datainnsamling og dataanalyse .....	6
3. Resultater fra undersøkelsen	
3.1 Sikkerhetspsykiatri i helseforetakene .....	7
3.2 Behandlingskapasitet og behandlingsforløp .....	13
3.3 Bemanning og kompetanseprofil .....	18
3.4 Pasientpopulasjonen på undersøkelsestidspunktet .....	19
3.5 Utredning av psykisk helse og voldsrisiko .....	23
4. Rettspsykiatri i Sverige og Danmark	
4.1 Rettspsykiatri i Sverige .....	24
4.2 Rettspsykiatri i Danmark .....	25
5. Diskusjon .....	27
6. Litteratur .....	29
7. Vedlegg	
7.1 Spørreskjema .....	31
7.2 Pasientskjema .....	38

# Innledning

## 1.1 Sammendrag

Formålet med denne statusundersøkelsen var å undersøke utviklingstrekk og dagens situasjon ved norsk sikkerhetspsykiatri. Spørreskjemaer ble sendt til alle de sikkerhetspsykiatriske enhetene i norske, offentlige helseforetak i juni 2015, og metoden var dels en tverrsnittundersøkelse og dels en retrospektiv rapportering av utvalgte virksomhetsparametre for 2014. Siden statusundersøkelsen i 2005 er behandlingsskapiteten i sikkerhetspsykiatrien gått noe ned mens pasientantallet er noe økt. Men sykdomspanorama, kjønnsfordeling, alderssammensetning og voldsatferden er omtrent den samme i 2015 som har fremkommet i de tidligere undersøkelsene. Siden undersøkelsen i 2008 er det gjennomført flere omstillinger i helseforetakene og i sikkerhetspsykiatrien. I 2015 var det 15 helseforetak som hadde slik virksomhet fordelt på i alt 29 sikkerhetspsykiatriske enheter med til sammen 214 døgnbehandlingsplasser. Det er også utviklet flere ambulante og polikliniske særtilbud for denne pasientgruppen, og dette er delvis forklaring på hvordan det økte pasientantallet er håndtert. Kapasitetsbehov og kapasitetsutnyttelse varierer mellom helseforetak og helseregioner. Noen enheter har god kapasitet med ledig beredskapskapasitet, mens andre enheter har betydelig overbelegg og sprengt kapasitet. Det er fortsatt slik at fagmiljøet mener at en del pasienter kunne ha vært utskrevet fra sikkerhetspsykiatrien til annet tilbud i det psykiske helsevernet eller til hjemkommunen. Samtidig opplever sikkerhetspsykiatrien jevnt høy pågang for innleggelse av nye pasienter, og 4 av 10 pasienter får avslag på henvisning om innleggelse i sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Det er nokså god rekruttering til fagfeltet, god bemanning og høy kompetanse i norsk sikkerhetspsykiatri, men flere enheter strever med uhensiktsmessig og utslitt bygningsmasse. Trusler, utagering og vold, som oftest rettet mot personalet, er fortsatt en utfordring i sikkerhetspsykiatrien, men fagmiljøet er i dag godt skolert i metoder for voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering.

## 1.2 Historikk

Kriminalloven av 1842 slo fast at «galne og afsindige» ikke kunne straffes. Deretter kom sinnssykeloven i 1848 som slo fast at kriminelle sinnssyke ikke kunne behandles sammen med ikke-kriminelle sinnssyke. Slik fikk Norge en gruppe pasienter som verken hørte hjemme i kriminalomsorgen eller i den allmenne psykiatriske helsetjenesten, noe som delvis fortsatt er et problem. Etter mye diskusjon i siste halvdel av 1800-tallet ble *Kriminalasylet* etablert i Trondheim i 1895. *Kriminalasylet* var eiet og drevet av Justisdepartementet og hadde først plass til 16 pasienter. Kapasiteten ble fort sprengt, og asylet åpnet nye 16 plasser i overetasjen. Men det var fortsatt behov for flere behandlingsplasser, og helsesektoren åpnet sitt parallelltilbud i *Reitgjerdet sykehus* i 1923. *Kriminalasylet* og *Reitgjerdet sykehus* var underlagt to ulike departementer, men hadde felles ledelse for å sørge for fornuftig pasientflyt mellom de to institusjonene. *Reitgjerdet sykehus* var på det meste autorisert for 260 pasienter, men hadde i perioder flere pasienter innlagt. Pasienter fra fengsel eller fra politiets varetekt hadde fortrinnsrett på innleggelse, og dessuten sendte fylkene de mest krevende pasientene fra fylkesasylene til *Reitgjerdet sykehus*. Gjennomsnittlig behandlingstid var 15 – 16 år, men flere av pasientene var innlagt i 30 – 60 år. I 1961 ble sykehuset utvidet og overtok alle pasientene fra *Kriminalasylet* som ble nedlagt i 1963. Etter dette har justissektoren ikke eiet egne sykehus utenfor fengslene, og fengselssykehusene ble senere også nedlagt. Det siste fengselssykehuset ble nedlagt i 1987. Etter den tid har fengslene benyttet seg av den såkalte «importmodellen» hvor bydeler, kommuner, fylker og helseforetak leverer helsetjenester til innsattpopulasjonen, enten ved egen organisasjon inne i fengslene, ambulant tjeneste til fengselet, eller ved fremstilling utenfor fengsel.

Fra slutten av 1970-tallet ble det økende negativ offentlig oppmerksomhet omkring *Reitgjerdet sykehus*. Sykehuset hadde etter hvert fått en stor og nokså statisk pasientgruppe, behandlingen var umoderne og uten tiltak for å rehabilitere pasientene, og pasientenes levekår var dårlige og ufrie. Kongen i statsråd nedsatte i 1980 en offentlig granskingskommisjon, Blomkommisjonen, som kom med sterk kritikk av forholdene ved *Reitgjerdet sykehus*, og samme år kom pålegg om inntaksstopp i sykehuset. Sosialdepartementet oppnevnte en arbeidsgruppe, Robak-utvalget, som skulle utrede den fremtidige omsorgen for særlig farlige og vanskelige sinnslidende pasienter. Allerede på slutten av 1970-tallet var det planer om at fylkene skulle bygge opp tilbud for pasienter som tidligere hadde hatt behov for innleggelse i *Reitgjerdet sykehus*. Robak-utvalget anbefalte nedleggelse av *Reitgjerdet sykehus*. I stedet ble det anbefalt å utvikle en desentralisert modell hvor alle psykiatriske sykehus måtte få minst ett særskilt avsnitt bygget og bemannet for å ta seg av særlig farlig og aggressive pasienter.

For en liten gruppe av de farligste psykotiske pasientene skulle det etableres regionsfunksjoner ved de universitetstilknyttede psykiatriske sykehusene. Med bakgrunn i Robak-utvalgets anbefalinger vedtok Stortinget i 1982 at *Reitgjerdet sykehus* skulle avvikles i perioden 1982 – 1987, og fra 1982 og i en 20-årsperiode ble det etablert tre regionale sikkerhetsavdelinger og 17 fylkesdekkende sikkerhetsavdelinger.

Robak-utvalget beregnet i 1980 et behov for 160 – 200 sikkerhetspsykiatriske behandlingsplasser på fylkeskommunalt nivå, det vil si 5 – 6 plasser per 100 000 innbyggere,

og til sammen 25 behandlingsplasser på regionalt nivå. Sosialdepartementet nedsatte i 1990 Gunby-utvalget for å revurdere kapasitetsbehovet. Utvalget mente at den regionale kapasiteten var for lav og anbefalte 61 regionale plasser. Denne anbefalingen ble opprettholdt av Skaug-utvalget i 1992.

I stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet* fra 1996 ble det definert tre behandlingsnivåer for gruppen særlig vanskelige eller farlige alvorlig sinnslidende pasienter. *Forsterket allmennpsykiatrisk avdeling*, som kan ha en forsterket bemanning etter behov, *fylkesdekkende sikkerhetsavdeling*, som nå vanligvis kalles *lokal sikkerhetsavdeling*, som bygningsmessig er lagt til rette for håndtering av farlighet, og *regional sikkerhetsavdeling* som det høyeste sikkerhetsnivået. De fylkeskommunale sikkerhetsavdelingene ble anbefalt å ha en bemanning på minst tre turnusansatte per pasient, og de regionale sikkerhetsavdelingene minst fem ansatte per pasient, og være bygningsmessig og sikkerhetsmessig rustet til å kunne ta imot de aller vanskeligste og farligste pasientene. I *Opptrappingsplanen for psykisk helse* for perioden 1998 – 2008 ble det anbefalt at det skulle etableres 160 nye behandlingsplasser i psykiatrien for pasienter som blir dømt til overføring på tvungent psykisk helsevern, og Helse- og omsorgsdepartementet foreslo i 2005 at det i tillegg burde opprettes 30 nye døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien. I 2005 var kapasiteten i sikkerhetspsykiatrien på i alt 229 døgnplasser fordelt på 20 sikkerhetsavdelinger, i 2008 var kapasiteten på 201 døgnplasser og flere sikkerhetsavdelinger var da inne i omorganiseringsprosesser.

I 2012 ble det vedtatt endringer i psykisk helsevernloven som bla innfører et nytt sikkerhetsnivå i sikkerhetspsykiatrien i Norge, *Enhet for særlig høy sikkerhet*, som ved utgangen av 2015 ennå ikke var etablert.

### 1.3 Bakgrunn for statusundersøkelsen

Helsedirektoratet har et følge-med ansvar for at pasienter i sikkerhetspsykiatrien får tilgjengelige og adekvate tilbud om observasjon, utredning, vurdering av rett behandlingsnivå og mulighet for rehabilitering, samtidig som samfunnsvernet må sikres på en tilfredsstillende måte. For å kunne ivareta denne oppgaven har Helsedirektoratet behov for jevnlig oppdatert kunnskap fra praksisfeltet.

Etter opphør av sikringsinstituttet og innføring av særreaksjon for psykotiske lovbrøtere i 2002 ble det foreslått å øke behandlingsskapiteten i sikkerhetspsykiatrien. Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gjennomførte derfor en behovsvurdering som ble presentert i statusrapporten *Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005*. En tilsvarende statusundersøkelse ble gjentatt i 2008, men siden den gang er det gjennomført sykehussammenslåinger, endringer i kapasitet og omfordeling av oppgaver. Helsedirektoratet ga derfor kompetansesenternet for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) i oppdrag å gjennomføre en ny statusoppdatering i 2015. Det ble sendt ut en spørreundersøkelse til landets sikkerhetspsykiatriske enheter, og det er innhentet faglige og administrative opplysninger om enhetene og pasientene. Resultatene presenteres i denne rapporten.

## **2. Gjennomføring av undersøkelsen**

Denne oppdateringen av kunnskap om norsk sikkerhetspsykiatri er gjennomført ved hjelp av en spørreundersøkelse til fagfeltet og en litteraturgjennomgang av fagfeltets utvikling i Norge frem til i dag.

### **2.1 Materiale og metode**

Spørreundersøkelsen til det sikkerhetspsykiatriske fagfeltet var dels en tverrsnittsundersøkelse og dels en retrospektiv undersøkelse av utvalgte parametere for driftsåret 2014. Materiale for undersøkelsen var landets 29 definerte sikkerhetspsykiatriske enheter og de innskrevne pasientene på dagen for tverrsnittsundersøkelsen. Denne rapporten omhandler deskriptive data, presentert i form av frekvensfordelinger og enkelte krysstabeller.

### **2.2 Etikk og personvern**

Alle opplysningene som ble etterspurt er del av den informasjonen som avdelingene og enhetene allerede har samlet inn om virksomheten og pasientene. Det ble ikke innhentet pasientopplysninger som ikke var kjent fra før. Informasjon om pasientene inneholder ikke personopplysninger og vil ikke være personidentifiserbar. Det er ikke opprettet et personregister. Undersøkelsen er forelagt REK sør-øst og tilrådd av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus.

### **2.3 Prosedyre for datainnsamling og dataanalyse**

Som forberedelse til datainnsamlingen ble det sendt forespørsel til de 29 sikkerhetspsykiatriske enhetene om deltagelse. I samarbeid med overordnet leder på avdelingsnivå eller klinikknivå ble det utvalgt tre respondenter per enhet; enhetslederen, én behandler som er lege eller psykolog, og én sykepleier, i alt 87 personer. Respondentene mottok deretter en internettnettbasert spørreskjemaundersøkelse, enhetslederen mottok i tillegg noen spørsmål om faktaopplysninger om virksomheten, og behandleren mottok ett spørreskjema for hver pasient for anonymiserte pasientopplysninger. Der hvor det manglet svar på viktige spørsmål ble respondentene i ettertid kontaktet via epost eller telefon for oppklaringer.

### 3. Resultater fra undersøkelsen

Det ble mottatt et stort datamateriale fra de sikkerhetspsykiatriske enhetene i Norge. Spørreskjemaet om den faglige virksomheten i de 29 enhetene ble besvart av 86 respondenter hvorav 29 enhetsledere, 29 behandlere og 28 sykepleiere. Behandlerne har sendt inn pasientspørreskjema for i alt 248 pasienter.

#### 3.1 Sikkerhetspsykiatri i helseforetakene

##### Helse Nord

**Universitetssykehuset Nord-Norge** i Tromsø har en **Seksjon for sikkerhetspsykiatri** med to enheter, **Sikkerhetspsykiatri – Døgnbehandling** med 6 døgnplasser og egen skjermingsenhet, og **Sikkerhetspsykiatri – Rehabilitering** med 6 døgnplasser og tre treningsleiligheter tilknyttet enheten. Opptaksområdet er Finnmark, Troms og seks kommuner i Ofoten i nordre Nordland.

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

**Nordlandssykehuset** i Bodø har **Spesialpsykiatrisk avdeling** med **Sikkerhetsenheten** som har 15 døgnplasser. Opptaksområdet er Nordland fylke unntatt seks kommuner i Ofoten i nordre Nordland.

**Helgelandssykehuset** har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud og henviser pasienter med denne problematikken til Nordlandssykehuset.

Ved behov for regionale plasser henviser Helse Nord pasientene til Brøset i Helse Midt-Norge i henhold til en gjestepasientordning. Helse Nord er i ferd med å utrede behov og mulighet for en egen regional sikkerhetsavdeling for helseregionen.



## Helse Midt-Norge

**St. Olavs hospital** har **Avdeling Brøset** med to regionale og én lokal sikkerhetspost. De regionale sengepostene, **Post A** og **Post B**, har fem døgnplasser hver og betjener Helse Midt-Norge og Helse Nord. Om Brøset mottar regionale pasienter fra Helse Nord faller disse utenfor opptaksområdet og er gjestepasienter. Den lokale sikkerhetsposten, **Post C**, har seks sengeplasser og er foretaksdekkende for St Olavs hospital sitt opptaksområde.

I St. Olavs hospital er også det regionale **Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri** for Helse Midt-Norge og Helse Nord.

**Helse Nord-Trøndelag** har ikke egen foretaksdekkende sikkerhetspost og henviser pasienter ved behov til Regional sikkerhetsavdeling på Brøset i Trondheim. Akuttavdelingene i Levanger og Namsos har lukkede poster, og det er to skjermingsplasser ved sykehuset Levanger og to skjermingsplasser ved sykehuset Namsos. Dette er en struktur Helse Nord-Trøndelag ønsker å fortsette med inntil det er minst 5 – 6 pasienter i Nord-Trøndelag som trenger en sikkerhetsforsterket langtidspost.

**Helse Møre og Romsdal** har **Avdeling for sjukehuspsykiatri** med en **Forsterka rehabiliteringsseksjon** i Ålesund med 6 døgnplasser, skal økes til 8 plasser. Denne seksjonen er foretaksdekkende innen sikkerhetspsykiatri og langtidsrehabilitering i Møre og Romsdal. Det er også innlagt pasienter med sikkerhetsproblematikk til langtidsbehandling i lukket post på Hjelset, men disse behandlingsplassene inngår ikke i denne oversikten.

**Helse Midt-Norge** har i 2015 gjennomført en omfattende gjennomgang av det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet i regionen, og plangruppen anbefaler at kapasiteten opprettholdes på dagens nivå og at det bygges nytt bygg for aktiviteten på Brøset.

## Helse Vest

**Helse Bergen, Klinikk sikkerhetspsykiatri**, har **Regional sikkerhetspost** med 10 døgnplasser som betjener Helse Vest, og **Lokal sikkerhetspost** med 8 døgnplasser som betjener Helse Bergen sitt opptaksområde. Helse Førde har reservert to døgnplasser i den lokale enheten som benyttes ved behov.

I Helse Bergen er også det regionale **Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri** for Helse Vest.

**Helse Fonna** har **Seksjon for spesialisert behandling** på Valen sjukehus med **Eining for sikkerhetspsykiatri** med 9 plasser for mannlige pasienter, og **Eining for sikkerhetspsykiatri og rehabilitering** med 8 plasser hvorav 2 plasser for kvinnelige sikkerhetspasienter og øvrige plasser til forsterket rehabilitering. Valen sjukehus har også opprettet en **Spesialeining for barn / unge** med 1 plass, men enheten er prosjektorganisert fra år til år slik at denne kapasiteten ikke kan medregnes som del av den permanente kapasiteten. Valen sjukehus har også en **Poliklinikken ambulant sikkerhetsteam (AST)** med om lag 12 til 15 polikliniske pasienter. Valen sjukehus dekker opptaksområdet til Helse Fonna.

**Helse Stavanger** har **Seksjon sikkerhetspsykiatri** med **Sikkerhetspost A1** med 10 døgnplasser og **Eiketun** med 5 hybelplasser til rehabiliteringsoppgaver. Opptaksområdet er Sør-Rogaland med om lag 330 000 innbyggere.

**Helse Førde** hadde en sikkerhetspost med 8 plasser, etter hvert 6 plasser, inntil den ble nedlagt per 1.1.2013. Helse Førde har for tiden ikke eget lokalt sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud. Ved behov for lokale sikkerhetspsykiatriske tjenester henvises pasientene til to reserverte plasser i lokal sikkerhetspost i Helse Bergen iht en gjestepasientavtale. Alternativt legges pasientene inn i akuttavdeling for kortere opphold, eller får tilbud fra Ambulant sikkerhetsteam som består av overlege og fire sykepleiere. Helse Førde planlegger nybygg for akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri med til sammen 15 døgnplasser hvorav 4 plasser til sikkerhetspsykiatri / forsterket rehabilitering. Etter planen skal nybygget stå klart i 2020.

## Helse Sør-Øst

**Oslo universitetssykehus** har **Regional sikkerhetsseksjon (RSA)** på Dikemark med **Intensivpsykiatrisk døgnenhet** med 6 plasser hvorav 2 beredskapsplasser, **Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet** med 7 plasser, og **Rettspsykiatrisk døgnenhet** med 7 plasser. I 2006 gikk RSA fra 34 til 25 regionale døgnplasser, og i 2008 fra 25 til 18 regionale døgnplasser. Dette viste seg å være en underdimensjonering med økende ventetid og flere avslag på henvisninger. Derfor har man påbegynt en gradvis utvidelse av kapasiteten som i 2016 skal økes til 25 plasser samt 2 plasser for judicielle døgnobservasjoner. Opptaksområdet for RSA er Helse Sør-Øst.

**Oslo universitetssykehus** har også lokale sikkerhetsenheter på Gaustad og Dikemark. På Gaustad ligger **Lokal sikkerhetsenhet A** med 10 døgnplasser som betjener deler av Akershus opptaksområde og **Lokal sikkerhetsenhet B** med 10 døgnplasser som betjener Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor samt Bjerke bydel i Oslo. På Dikemark ligger **Lokal sikkerhetsenhet C** med 10 døgnplasser som betjener Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde.

I Oslo universitetssykehus er også det regionale **Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri** for Helse Sør-Øst.

Oslo universitetssykehus har nettopp gjennomført en idéfase for nytt bygg hvor regional sikkerhetspsykiatri, lokal sikkerhetspsykiatri og kompetansesenteret skal samlokaliseres. Det vurderes også om det kan etableres en *Enhet for særlig høy sikkerhet* i det nye bygget.

**Akershus universitetssykehus** har **Avdeling Spesialpsykiatri** med blant annet **Sikkerhetsseksjon B** med 8 plasser. Dessuten benytter AHUS 10 døgnplasser i Lokal sikkerhetsenhet A i Oslo universitetssykehus. Opptaksområdet for sikkerhetsseksjonen er øvre og nedre Romerike, Follo, samt bydelene Grorud, Alna og Stovner i Oslo.

**Sykehuset Innlandet** har **Avdeling for Akuttpsykiatri og psykosebehandling** på Reinsvoll med blant annet **Enhet for sikkerhetspsykiatri** som har 11 døgnplasser og 5 treningshybler tilknyttet enheten. Det er etablert én stilling fordelt på seks miljøpersonale for oppfølging av pasienter i til dels lang tid etter utskrivelse fra døgnbehandling, og som gir veiledning til distriktspsykiatrien og kommuner. Opptaksområdet for sikkerhetsenheten er Hedmark og Oppland fylker.

**Sykehuset Telemark** har **Psykiatrisk sykehusavdeling** i Skien med blant annet **Seksjon for sikkerhetspsykiatri** med 9 døgnplasser og to dagpasientplasser for pasienter som følges opp i egen bolig. Opptaksområdet for sikkerhetsseksjonen er Telemark fylke.

**Sykehuset i Vestfold** har **Psykiatrisk fylkesavdeling** med blant annet **Døgn sikkerhet** på Granli på Sem utenfor Tønsberg. Enheten har 10 døgnplasser, en treningsleilighet og en spesialpoliklinikk for fem polikliniske pasienter som har åpen retur til døgnenheten. Opptaksområdet for enheten er Vestfold fylke.

**Sykehuset Østfold** har **Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering** med **Sikkerhetsseksjon 1** med 8 døgnplasser og **Sikkerhetsseksjon 2** med 8 plasser og et **Ambulant team** som i hovedsak følger opp sikkerhetspasienter som er uten døgnopphold. Opptaksområdet for sikkerhetsseksjonene er Østfold fylke. Sikkerhetsseksjonene har nylig flyttet fra Veum til nybygg på Kalnes utenfor Sarpsborg, og fagmiljøet har uttrykt noe misnøye med de nye lokalene.

**Sørlandet sykehus** har **Psykiatrisk sykehusavdeling** i Kristiansand med **Sikkerhets- / rettspsykiatrisk enhet** med 10 døgnplasser. Enheten har ikke poliklinisk eller ambulant tilbud. Opptaksområdet for enheten er Agderfylkene.

**Vestre Viken** har nylig slått sammen sikkerhetsenheten på Lier sykehus og sikkerhetsenheten på Blakstad sykehus, og i **Psykiatrisk avdeling Blakstad** er den nye **Sikkerhetsseksjon Blakstad** med 12 døgnplasser. Sikkerhetsseksjonen har også **Sikkerhetspoliklinikken** for polikliniske og ambulante tjenester. Opptaksområdet er Asker, Bærum, Sande, Svelvik, Buskerud og Jevnaker.

Tabell 1 gir en samlet oversikt over sikkerhetspsykiatriske enheter som er selvstendige, organisatoriske enheter med en egen ledelse.

Tabell 1 Sikkerhetspsykiatriske avdelinger og enheter i Norge i 2015

HELSEFORETAK	KLINIKK / AVDELING / SEKSJON	POST / ENHET / SEKSJON mv	DØGN-PLASSER
Oslo universitetssykehus	Regional sikkerhetsseksjon	Intensivpsykiatrisk døgnet	6
		Sikkerhetspsykiatrisk døgnet	7
		Rettspsykiatrisk døgnet	7
	Seksjon for psykosebehandling	Lokal sikkerhetsenhet A Gaustad	10
		Lokal sikkerhetsenhet B Gaustad	10
		Lokal sikkerhetsenhet C Dikemark	10
Akershus universitetssykehus	Avdeling Spesialpsykiatri	Sikkerhetsseksjon B	8
Sykehuset Innlandet	Akuttpsykiatri og psykosebehandling	Enhet for sikkerhetspsykiatri	11
Sykehuset Telemark	Rehabilitering psykiatri	Sikkerhetspsykiatri døgn	9
Sykehuset i Vestfold	Psykiatrisk fylkesavdeling	Døgn sikkerhet	10
Sykehuset Østfold	Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering	Sikkerhetsseksjon 1	8
		Sikkerhetsseksjon 2 og Ambulant team	8
Sørlandet sykehus	Psykiatrisk sykehusavdeling	Sikkerhets- / rettspsykiatrisk enhet	10
Vestre Viken	Psykiatrisk avdeling Blakstad	Sikkerhetsseksjon Blakstad	12
Helse Bergen	Klinikk sikkerhetspsykiatri	Regional sikkerhetspost	10
		Lokal sikkerhetspost	8
Helse Fonna	Valen sjukehus – Spesialisert behandling	Eining for sikkerhetspsykiatri	9
		Eining for sikkerhetspsykiatri og rehabilitering	2
		Spesialening for barn og unge	(1)
		Poliklinikken ambulant sikkerhetsteam	–
Helse Stavanger	Seksjon sikkerhetspsykiatri	Døgnpost A1	10
		Eiketun rehabilitering	(5)
St. Olavs Hospital	Regional sikkerhetsavdeling	Post A	5
		Post B	5
		Post C	6
Helse Møre og Romsdal	Avdeling for sjukehuspsykiatri	Forsterka rehabiliteringsseksjon	6
Nordlandssykehuset	Spesialpsykiatrisk avdeling	Sikkerhetsenheten	15
Universitetssykehuset Nord-Norge	Seksjon for sikkerhetspsykiatri	Sikkerhetspsykiatri – Døgnbehandling	6
		Sikkerhetspsykiatri – Rehabilitering	6

### 3.2 Behandlingskapasitet og behandlingsforløp

Behandlingskapasiteten i sikkerhetspsykiatrien har vært diskutert siden nedleggelsen av *Reitgjerdet sykehus* og har blitt behandlet i utvalgsarbeider, i rapporter, i stortingsmelding, i fagartikler og i media. Til forskjell fra mange andre land er sikkerhetspsykiatrien (rattsspsykiatri / forensic psychiatry) i Norge en integrert tjeneste i det psykiske helsevernet, og behandlingskapasiteten i sikkerhetspsykiatrien må sees i sammenheng med kapasiteten i de andre tjenestetilbudene i behandlingsskjeden for øvrig. Dette gjør det vanskelig å beregne hva som er den riktige kapasiteten i sikkerhetspsykiatrien. Sikkerhetspsykiatriske behandlingsforløp involverer andre deler av hjelpeapparatet før, ofte under, og etter helsehjelpen i sikkerhetspsykiatrien, men det har vært et gjennomgående problem å få videreført pasientene til lavere omsorgsnivå med lavere sikkerhetsnivå. Derfor har sikkerhetspsykiatrien helt siden oppstarten midt på 1980-tallet i noen grad utviklet særegne rehabiliteringstilbud, men med store lokale forskjeller. I tillegg har flere sikkerhetspsykiatriske institusjoner både ambulante tjenester og polikliniske tilbud, noe som er en viktig funksjon i behandlingsforløpet som ofte innebærer krevende pasientoverføringer og nødvendig kompetanseoverføring til andre deler av det psykiske helsevernet.

Kapasiteten for døgnbehandling i sikkerhetspsykiatrien var i 2005 på 229 behandlingsplasser, i 2008 var kapasiteten på 201 plasser, og i 2015 var det 214 plasser, alle er lukkede døgnplasser. Se tabell 2 for utviklingen av kapasiteten gjennom de siste tiårene.

Tabell 2 Antall døgnplasser i norsk sikkerhetspsykiatri (per 100 000 innbyggere)					
Reitgjerdet	1990	1996	2005	2008	2015
<b>260 (7,2)</b>	<b>155 (3,7)</b>	<b>157 (3,7)</b>	<b>229 (5,0)</b>	<b>201 (4,2)</b>	<b>214 (4.1)</b>

I 1990 ble alle behandlingsplassene i regionavdelingene definert som regionale. Derfor var en tredjedel av sikkerhetsplassene i Norge på det regionale nivået. Senere ble disse plassene inndelt i regionale og lokale plasser i to regionsavdelinger, og dette ga en reduksjon i andelen regionale plasser i Trondheim og Bergen med tilsvarende økning av lokale plasser. Det regionale tilbudet på Dikemark og Gaustad ble samlokalisert på Dikemark som utvidet kapasiteten gjennom hele 1990-tallet, i stor grad finansiert av gjestepasientinntekter. Da disse bortfalt fire år etter helseforetaksreformen, og flere helseforetak i regionen fikk lokale sikkerhetsavdelinger, ble kapasiteten på RSA Dikemark halvert. Dette har gitt økt ventetid på innleggelse og behandling, så Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst har nå påbegynt en gradvis kapasitetsutvidelse. Se tabell 3 for utviklingen av regionale sikkerhetsplasser i løpet av desentraliseringsprosessen av sikkerhetspsykiatrien.

Tabell 3 Antall døgnplasser i regionale avdelinger (per 100 000 innbyggere)				
1990	2005	2008	2013	2015
<b>53 (1.3)</b>	<b>54 (1.2)</b>	<b>36 (0.8)</b>	<b>38 (0.8)</b>	<b>40 (0.8)</b>

Basert på grundige pasienttellingene i 1980 anbefalte i Robak-utvalget at det måtte etableres 5-6 sikkerhetspsykiatriske sengeplasser per 100 000 innbyggere. Forutsetning for dette måltallet var at det måtte være tilstrekkelig kapasitet i de allmennpsykiatriske døgnavdelingene for øvrig. Kapasiteten i allmennpsykiatrien er imidlertid vesentlig redusert siden 1980, men i tiden som har gått er også behandlingsformen i psykisk helsevern endret med mindre institusjonspsykiatri med døgninnleggelse, og mer poliklinisk behandling. I 2015 var dekningsgraden for sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i Norge på 4.1 per 100 000 innbyggere. Men det er stor variasjon i dekningsgraden mellom helseforetakene som har sikkerhetspsykiatrisk virksomhet, med en spredning på fra 1.8 til 7.0 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Denne variasjonen jevner seg ut når man sammenlikner på helseregionnivå som har en dekningsgrad fra 3.1 til 5.6 per 100 000 innbyggere når man ser det regionale og lokale tilbudet under ett. Se tabell 4 for befolkning og dekningsgrad av døgnkapasitet for de ulike helseforetakene og helseregionene.

Tabell 4 Kapasitet døgnplasser sikkerhetspsykiatri 2015	befolkning <sup>(1)</sup>	døgnplasser	døgnplasser per 100 000
<b>Regionale døgnplasser</b>			
Helse Sør-Øst	2 888 729	20	0.7
Helse Vest	1 086 829	10	0.9
Helse Midt-Norge	709 504		
Helse Nord <sup>(2)</sup>	480 740	10	0.8
<b>Lokale døgnplasser</b>			
Oslo universitetssykehus	<sup>(3)</sup> 258 191	<sup>(4)</sup> 12	4.6
Akershus universitetssykehus	514 324	<sup>(5)</sup> 18	3.5
Diakonhjemmet / Lovisenberg	279 804	<sup>(6)</sup> 8	2.9
Sykehuset Innlandet	383 960	11	2.9
Sykehuset Telemark	171 953	9	5.2
Sykehuset Vestfold	242 662	10	4.1
Sykehuset Østfold	287 198	16	5.6
Sørlandet sykehus	295 644	10	3.4
Vestre Viken	454 993	12	2.6
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>2 888 729</b>	<b>106</b>	<b>3.8</b>
Helse Bergen	439 777	8	1.8
Helse Fonna	179 521	11	6.1
Helse Førde <sup>(7)</sup>	109 170	0	0
Helse Stavanger	358 361	10	2.8
<b>Helse Vest</b>	<b>1 086 829</b>	<b>29</b>	<b>2.7</b>
St. Olavs hospital	310 047	6	1.9
Helse Møre og Romsdal	263 719	6	2.3
Nord Trøndelag	135 738	0	0
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>709 504</b>	<b>12</b>	<b>1.7</b>
Helgelandssykehuset <sup>(8)</sup>	<sup>(9)</sup> (78 492)	0	0
Nordlandssykehuset <sup>(10)</sup>	213 427	15	7.0
Universitetssykehuset Nord-Norge <sup>(11)</sup>	267 313	12	4.5
Finnmarkssykehuset <sup>(12)</sup>	<sup>(13)</sup> (75 605)	0	0
<b>Helse Nord</b>	<b>480 740</b>	<b>27</b>	<b>5.6</b>
<b>Norge</b>	<b>5 165 802</b>		
<b>Regionale døgnplasser sikkerhetspsykiatri</b>		<b>40</b>	<b>0.8</b>
<b>Lokale døgnplasser sikkerhetspsykiatri<sup>(14)</sup></b>		<b>174</b>	<b>3.4</b>
<b>Alle døgnplasser sikkerhetspsykiatri</b>		<b>214</b>	<b>4.1</b>

1) SSB. Befolkningsstatistikk per 1.1.2015, eller opplysning fra helseforetaket per sept.2015

2) benytter regionale døgnplasser på Brøset i Helse Midt-Norge ved behov

3) befolkningsgrunnlag for lokalsykehusfunksjoner

4) Oslo universitetssykehus har til sammen 30 lokale sikkerhetspsykiatriske døgnplasser hvorav 12 plasser disponeres av Oslo universitetssykehus, 10 plasser disponeres av AHUS og 8 plasser disponeres av Diakonhjemmet / Lovisenberg-sektor

5) AHUS har 8 døgnplasser og benytter i tillegg 10 døgnplasser i Oslo universitetssykehus på Gaustad, dvs 18 plasser totalt

6) benytter 8 plasser i Oslo universitetssykehus på Gaustad

7) disponerer 2 lokale sikkerhetsplasser i Helse Bergen som benyttes ved behov

8) henviser sikkerhetspsykiatriske pasienter til Nordlandssykehuset

9) befolkning inkludert i befolkningsgrunnlaget for Nordlandssykehuset

10) dekker Nordland fylke unntatt seks kommuner i Ofoten i nordre Nordland

11) dekker Finnmark, Troms og Ofoten i nordre Nordland

12) henviser sikkerhetspsykiatriske pasienter til Universitetssykehuset Nord-Norge

13) befolkning inkludert i befolkningsgrunnlaget for Universitetssykehuset Nord-Norge

14) tall per 2015 er ikke sammenliknbare med beregninger fra 2005 og 2008 fordi helseforetakenes opptaksområder er endret



Flere sikkerhetsenheter har dagtilbud for pasienter uten døgnopphold, og flere enheter driver ambulant virksomhet og har polikliniske oppgaver. Noen steder er dette organisert i egne driftsenheter som en organisatorisk atskilt del av behandlingsforløpet, andre steder er dette en del av døgnetenhetens oppgave med allokerte stillingsbrøker, mens noen enheter, som formelt ikke har slike tilbud, har likevel denne typen oppgaver ofte tilpasset behandlingsutfordringer i det enkelte pasientforløp. 14 enheter opplyser at de ikke har slike ambulante tilbud. 6 av de 29 enhetene opplyser om at de tar imot pasienter under 18 år. Tre døgnetenheter har ikke skjermingsenheter, men de øvrige har 1, 2, 3 eller 4 skjermingsplasser. De som ikke har mulighet for skjerming er enheter som ligger sammen med annen lukket sikkerhetsenhet med skjermingsmuligheter. Fem enheter har isolat.

21 av de 29 enhetene opplyser at de ikke har aktuelle omstillingsplaner som vil kunne påvirke behandlingsskapiteten. En enhet opplyser at de planlegger å bygge luftegård tilknyttet enheten. Fem enheter har planer om utbygging av flere døgnplasser, en avdeling har planer om etablering av en ny sikkerhetsenhet i tillegg til den de har, og to enheter opplyser at de kjøper sikkerhetsplasser i andre helseforetak. To enheter har planer om etablering av ambulerende team som kan følge opp pasienter etter endt døgnopphold.

På spørsmål om byggetekniske forhold svarer 6 enhetsledere at den er utilfredsstillende, 10 av lederne svarer at den er delvis tilfredsstillende, 11 at den er tilfredsstillende og 2 at den er meget tilfredsstillende. I kommentarene beskriver flere at bygningsmassen er gammel og nedslitt, og flere ønsker seg nytt bygg eller rehabilitering og oppgradering av eksisterende bygg, mer og bedre skjermingskapasitet, bedre perimetersikkerhet og adgangskontroll, bedre besøksfasiliteter, bedre aktivitetsområder og bedre sanitære forhold for pasientene. Noen ønsker luftegård og skjermet uteområde. Flere ønsker bedre rømmingssikkerhet. Det påpekes at uegnede lokaler er en sikkerhetsrisikofaktor som krever ekstra personalressurser for å sørge for sikkerhet og samfunnsvern, og at dette på sikt trolig er mer kostbart enn å oppgradere areal og infrastruktur for sikkerhetspsykiatrien. Det er også nevnt at behandlingstiden kan forlenges og at voldsrisiko kan forhøyes ved trange, uhensiktsmessige lokaler med begrensninger i behandlingsmuligheter, aktivitetsmuligheter og rehabiliteringsmuligheter.

I løpet av driftsåret 2014 mottok de sikkerhetspsykiatriske enhetene i Norge i alt 257 henvisninger for innleggelse. 98 (38%) av pasientene fikk avslag på søknad om innleggelse, og 159 pasienter fikk innleggelse (62%). Merk at de av de 159 pasientene ble noen innlagt fra andre sikkerhetsenheter. Ventetiden på innleggelse varierer fra null dager til 168 dager. Gjennomsnittlig beleggsprosent i 2014 for enhetene varierer fra 60% til 143%. Enhetene med lavest beleggsprosent er enheter med ledig beredskapskapasitet for hasteinnleggelser. Enheten med høyest beleggsprosent er normert for 11 pasienter, men har tatt i bruk ekstrakapasitet i en fleksibel bygningsmasse og benytter i tillegg rehabiliteringsplasser til ordinære sikkerhetspsykiatriske behandlingsoppgaver. Gjennomsnittlig behandlingstid i enhetene for pågående behandlingsopphold varierte fra 98 dager til 5 år. Korteste behandlingstid var 2 dager, lengste behandlingstid var 17 år. Behandlerne som er spurt mener at 129 av de innlagte pasientene vil kreve behandling i sikkerhetspsykiatrien i fem år eller mer

regnet fra undersøkelsestidspunktet. Dette utgjør noe over halvparten av sengekapasiteten i sikkerhetspsykiatrien som har 214 døgnplasser. Samtidig mener behandlerne at 71 pasienter kunne ha vært utskrevet til et lavere sikkerhetsnivå hvorav 46 som kunne ha vært utskrevet til hjemkommunen. I alt 5 av de inneliggende pasientene på undersøkelsestidspunktet burde ha vært videreført til et høyere sikkerhetsnivå. Seks av behandlerne mente at enheten ikke har tilfredsstillende pasientsirkulasjon, 16 behandlere mente at enheten har delvis tilfredsstillende sirkulasjon, og syv mente at de har god pasientsirkulasjon. I løpet av 2014 ble 113 pasienter utskrevet fra de sikkerhetspsykiatriske enhetene, merk at utskrivelser i slutten av 2013 og begynnelsen av 2015 er ikke medregnet her. På tidspunktet for undersøkelsen sto 12 pasienter på venteliste for innleggelse i sikkerhetspsykiatrien.

Antallet pasienter i sikkerhetspsykiatrien er i tverrsnittundersøkelsene om lag 20% høyere i 2015 enn i 2005, mens kapasiteten for døgnbehandling i den offentlige tjenesten har gått ned fra 229 til 214 i samme periode. Samtidig er det utviklet flere dagtilbud og ambulante og polikliniske tjenester i regi av sikkerhetspsykiatrien, og i perioden er det trolig også etablert nye, private tilbud for noen pasienter som formelt er innskrevet i den offentlige sikkerhetspsykiatriske helsetjenesten. Dette er trolig forklaringer på hvordan tjenesten har håndtert den økte etterspørselen. Det er uvisst om behovet er større enn det som registreres i antall henvisninger til sikkerhetspsykiatrien. På spørsmål om pasientpågang oppgir 12 av enhetslederne at den er stor, 17 at den er passelig, og ingen at pasientpågangen er liten. Det påpekes at det er behov for flere døgnplasser i allmennpsykiatrien for å få effektive behandlingsforløp når pasienten vurderes som klar for tilbakeføring fra sikkerhetspsykiatrien.

### 3.3 Bemanning og kompetanseprofil

Stortingsmelding 25 *Åpenhet og helhet* fra 1996 fastsetter bemanningen i norsk sikkerhetspsykiatri til fem ansatte per pasient i regionale avdelinger og tre ansatte per pasient i fylkeskommunale avdelinger. Beregning av bemanningsstørrelsen kan gjøres på ulikt vis, det vanligste er å beregne antall stillinger som inngår i enhetens turnus delt på antall døgnplasser i drift. Det gir et forholdstall for bemanning per pasient. Bemanningen er sjelden jevnt fordelt hele tiden. Et forholdstall på 5:1 kan i praksis bety at fordelingen av personalet er to personale per pasient på dagvakt, to på aftenvakt, og en på nattevakt. Et slikt opplegg kombinerer miljøterapi med sikkerhet for pasienten, medpasienter, behandlingspersonalet og andre personer. Mange land, som i større grad har lagt opp til færre ansatte, og mer fysisk, statisk og rigid sikkerhet i sine rettspsykiatriske institusjoner, misunner oss denne kompetansebaserte og dynamiske modellen.

Statusundersøkelsen i 2008 beregnet bemanningsfaktoren i sikkerhetsavdelingene. For de tre regionale avdelingene var bemanningsfaktoren i 2008 på 5.1 (spredning 4.6 – 6.2). I 2015 er bemanningsfaktoren også 5.1 (spredning 4.6 – 6.0). I 2008 hadde de fylkesdekkende sikkerhetsavdelingene gjennomsnittlig bemanningsfaktor på 4.4 (spredning 3.2 – 6.1). I 2015 har den gjennomsnittlige bemanningsfaktoren gått ned til 3.2 (spredning 2.0 – 5.0). Da er høyeste bemanningsfaktor i en nyopprettet ungdomsavdeling med én pasient innlagt med bemanningsfaktor på 11.5 tatt ut av beregningsgrunnlaget. I tillegg er bemanningen i rehabiliteringsleiligheter, som ikke inngår i de 214 sikkerhetspsykiatriske døgnplassene, i polikliniske og i ambulante funksjoner holdt utenfor beregningen.

Alle sikkerhetsenhetene har overlege i hel eller brøkdelsstilling. Gjennomsnittlig overlegedekning er 1.7 overlegestilling per enhet (spredning 0.5 – 2.0). Da er alle de 29 enhetene tatt med i beregningen. 19 enheter har også ansatt leger i utdanningsstillinger. Disse utgjør mellom 0.5 til 2 årsverk i enheten, til sammen 19 årsverk, med et gjennomsnitt for alle 29 enhetene på 0.7 lege per enhet. 19 enheter har psykologspesialist tilsatt i mellom 0.5 til 2.0 årsverk i de aktuelle enhetene, til sammen 19.5 psykologspesialister. Dette gir et gjennomsnitt på 0.7 psykologspesialist per sikkerhetspsykiatrisk enhet. Noen enheter som ikke har psykologspesialist opplyser om at de har tilgang på psykologspesialist eller nevropsykolog ved behov uten at disse er fast tilknyttet enheten. 12 enheter har ansatt psykolog i fra 0.5 til 3.0 årsverk, det vil si 0.5 psykolog per enhet for de 29 enhetene.

25 av 29 enheter har fast ansatte psykiatriske spesialsykepleiere, til sammen 234.3 spesialsykepleier-årsverk. Variasjonen for alle 29 enhetene er fra 0 til 19 spesialsykepleiere med et gjennomsnitt på 8.1 per enhet. Alle enhetene har ansatt sykepleiere med til sammen 317.5 årsverk. Variasjonen er på 1 til 16 sykepleiere per enhet med et gjennomsnitt på 11 sykepleiere per enhet. 28 enheter har ansatt helsefagarbeidere til sammen i 202.5 årsverk med spredning 0 – 14.6 og gjennomsnitt på 7.0 helsefagarbeidere per enhet. Det er også ansatt annet pleiepersonell med ulik kompetanse som miljøterapeut, miljøarbeider e.l. i hele eller delte stillinger.

19 enheter har ansatt sosionom i halv eller hel stilling. Noen enheter har opptil tre sosionomer. Fem enheter har fysioterapeut i halv eller hel stilling, og en enhet har

idrettspedagog. 12 enheter har ergoterapeut i halve eller hele stillinger, noen enheter har to ergoterapeuter. Noen enheter har aktivitører. I tillegg kommer administrativt og merkantilt personale, fagutviklingspsykeleier, forskningskonsulent og andre mindre representerte yrkesgrupper. Vi har ikke innhentet data som kan gi en samlet oversikt over antall årsverk tilsatt i norsk sikkerhetspsykiatri eller fordelingen på hele og delte stillinger.

På spørsmål om enheten har tilfredsstillende rekruttering av spesialkompetanse slik at god pasientbehandling kan ivaretas, svarte 14 enheter ja. 12 enheter svarte at de har delvis god rekruttering, og 3 enheter svarte at de ikke har tilfredsstillende rekruttering. Noen enheter rapporterte om langvarige, tunge behandlingsoppgaver og slitasje på personalet.

Alt i alt er ser bemanningsfaktoren ut til å være tilfredsstillende, rekruttering av spesialkompetanse til enhetene er nokså god, kompetanseprofilen i denne bransjen er tverrfaglig sammensatt, og den samlede kompetansen i norsk sikkerhetspsykiatri synes å være svært god. Behandlingsoppgavene kan være tunge og langvarige, og det er en viss risiko for slitasje på personalet.

### **3.4 Pasientpopulasjonen**

Pasienter som får innleggelse i sikkerhetspsykiatriske avdelinger har som hovedregel en akutt eller kronisk, alvorlig psykisk sykdom og samtidig en farlig, voldelig eller særlig vanskelig atferd. Pasientene tilfredsstiller som regel vilkårene for tvungent psykisk helsevern med døgnbehandling, eller de er dømt til overføring på tvungent psykisk helsevern. Noen personer er innlagt til judisiell døgnobservasjon, og noen pasienter er innlagt til vareteksturrogat.

Statusundersøkelsen i 2005, som inkluderte 210 pasienter med 80% menn og 20% kvinner, fant at 79% av pasientene i sikkerhetspsykiatrien hadde en psykoselidelse. Hoveddiagnosene var schizofreni (57%), annen psykoselidelse (9%), schizoaffektiv lidelse (9%), alvorlig personlighetsforstyrrelser (16%), og affektiv psykose (4%). De mest fremtredende psykiske tilleggsproblemene var rusproblem (48%), alvorlig personlighetsproblematikk (39%) og stemningssvingninger (26%). Årsaker til innleggelse i sikkerhetspsykiatrien var vold mot andre og vold både mot andre og seg selv (82%).

Vårt materiale fra 2015 omfatter 248 pasienter hvorav 217 menn (87.5%) og 31 kvinner (12.5%). Gjennomsnittsalder for pasientene i enhetene varierte fra 15 til 45 år for menn, og fra 24 til 47 år for kvinner. Eldste pasient i sikkerhetspsykiatrien var 75 år. Vi fant i 2015 at 79.8% av populasjonen har en psykoselidelse (schizoaffektiv lidelse medtatt). Vi fant færre pasienter med personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose enn i 2005, for øvrig har sykdomspanoramaet i sikkerhetspsykiatrien holdt seg forholdsvis stabilt. Se tabell 5 for fordeling av diagnosegrupper i 2005 og 2015.

Tabell 5 Hoveddiagnose i 2005 og 2015	2005	2015
Schizofreni	119 (56.7%)	162 (65.3%)
Personlighetsforstyrrelse	33 (15.7%)	10 (4.0%)
Schizoaffektiv lidelse	19 (9.1%)	13 (5.2 %)
Annen psykoselidelse	18 (8.6%)	23 (9.3%)
Affektiv lidelse	9 (4.3%)	9 (3.6%)
Utviklingsforstyrrelse	4 (1.9%)	7 (2.8%)
Annet	8 (3.8%)	24 (9.8%)

I 2015 var det som i 2005 diagnosen paranoid schizofreni som dominerte i pasientgruppen. Etter dette følger andre psykoselidelser og psykoseliknende lidelser, stemningslidelse, emosjonelle problemer, utviklingsforstyrrelse, rusmiddelmisbruk og personlighetsforstyrrelse. Se tabell 6 for diagnosefordelingen i 2015.

Tabell 6 Hoveddiagnose i 2015	Antall	Andel
F20 Schizofreni	162	65.3 %
F22 Paranoid psykose	17	6.9 %
F25 Schizoaffektiv lidelse	13	5.2 %
F31 Bipolar affektiv lidelse	8	3.2 %
R45.4 Irritabilitet og sinne	8 <sup>(1)</sup>	3.2 %
F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	7	2.8 %
F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	6	2.4 %
F10-19 Rusmiddelmisbruk / avhengighet	5 <sup>(2)</sup>	2.0 %
F06.2 Organisk psykose	3	1.2%
F28-F29 Ikke-organisk psykose	3	1.2 %
F43.1 Posttraumatisk stresslidelse	3	1.2 %
F43.2 Tilpasningsforstyrrelse	2	0.8 %
F21 Schizotyp lidelse	2	0.8 %
F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse	3	1.2 %
F99.8 Uspesifisert psykisk lidelse	2	0.8%
F32 Unipolar affektiv lidelse	1	0.4 %
F61 Blandede og andre personlighetsforstyrrelser	1	0.4 %
F62 Vedvarende personlighetsforstyrrelse etter katastrofale livshendelser	1	0.4 %
D82 Velo-cardio-facialt syndrom	1	0.4 %
	n=248	≈ 100 %

- 1) Pasienter uten F-diagnose og som ikke har fått døgntilrettelagt behandling, men har mottatt ambulant behandling i form av sinnemestringskurs  
2) Hvorav fire pasienter med dyssosial personlighetsforstyrrelse som tilleggsdiagnose

Pasientene i sikkerhetspsykiatrien har ofte flere enn én psykiatrisk diagnose. Blant de 248 pasientene som er undersøkt fant vi at 143 (57.7 %) hadde to eller flere psykiatriske diagnoser. Den vanligste kombinasjonen var schizofreni samtidig med rusmiddelmisbruk/avhengighet som plager 50 % av de schizofrene pasientene. Av de 162 pasientene med schizofreni hadde 109 pasienter flere psykiatriske diagnoser i tillegg. Se tabell 7 for psykiatriske tilleggssykdommer for denne største undergruppen.

Tabell 7 Tilleggsdiagnoser ved schizofreni i sikkerhetspsykiatrien	Andel
Rusmiddelavhengighet/misbruk	50 %
Dyssosial personlighetsforstyrrelse / personlighetstrekk	7.4 %
Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse / personlighetstrekk	2.5 %
Psykisk utviklingshemming	2.5 %
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	2.5 %
Posttraumatisk stresslidelse	0.6 %
Vedvarende personlighetsforstyrrelse etter katastrofale livshendelser	0.6 %
Organisk personlighetsforstyrrelse og atferdsforstyrrelse	0.6 %
Blotting	0.6 %
Ingen tilleggsdiagnose	32.7 %

GAF-S og GAF-F er mål på henholdsvis pasientens symptomintensitet og funksjonsnivå og måles fra 0 – 100, hvor 100 betyr minst symptomer og best fungering. For de sikkerhetspsykiatriske pasientene varierte GAF-S fra 1 til 74 og GAF-F fra 4 til 74, altså en heterogen pasientgruppe mhp lidelsestrykk og fungeringsevne. Pasientene med døgnbehandling hadde gjennomsnittlig GAF-S 42.4 og GAF-F 42.2. For de sikkerhetspsykiatriske pasientene uten døgnopphold var gjennomsnittlig GAF-S 49 og GAF-F 47.7. Forskjellen mellom pasienter med og uten døgnbehandling var liten, men statistisk signifikant, og kan tyde på at pasientene utskrives fra døgnopphold selv med pågående psykosesymptomer og begrenset funksjonsnivå.

Lovhjemmelsgrunnet for innleggelse i sikkerhetspsykiatrisk avdeling er som oftest i henhold til psykisk helsevernlovens kapittel 3 om tvungent psykisk helsevern eller etter psykisk helsevernlovens kapittel 5 om dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Unntaksvis skjer innleggelsen frivillig eller etter regler i straffeprosessloven. På tidspunktet for undersøkelsen var 10 % av pasientene frivillig innskrevet i sikkerhetspsykiatrien med eller uten døgnopphold, og to observander var innlagt til judisiell døgnobservasjon. 45% av pasientene i sikkerhetspsykiatrien var innlagt til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, 15% av pasientene hadde tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og 30% hadde dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.

Sikkerhetspsykiatrien mottar en stor andel av pasientene som dømmes på overføring til tvungent psykisk helsevern. Den mistenkte eller tiltalte gjerningsmannen for alvorlig kriminalitet får ofte innleggelse i sikkerhetspsykiatrien på vanlige sivilrettslig grunnlag før rettskraftig dom dersom det foreligger alvorlig psykisk sykdom. Hvis ikke blir pasienter som dømmes til overføring til psykisk helsevern ofte overført til sikkerhetspsykiatrien først etter at dom har falt fordi det anses som nødvendig med plassering i en sikkerhetsforsterket institusjon av hensyn til samfunnsvernet. Sikkerhetspsykiatriens oppgave er å behandle og rehabilitere den dømte pasienten slik at han eller hun kan videreføres til andre deler av det psykiske helsevernet senere i domsforløpet. Men en stor andel av de dømte pasientene er til enhver tid i sikkerhetspsykiatrien, i november 2015 utgjorde denne andelen halvparten av de dømte pasientene. Se tabell 8 for fordelingen i helseregionene.

Tabell 8 Pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern per november 2015	antall dømte	i sikkerhetspsykiatrien	andel dømte pasienter i sikkerhetspsykiatrien
Helse Sør-Øst	109	47	<b>43 %</b>
Helse Vest	31	19	<b>61 %</b>
Helse Midt-Norge	15	7	<b>47 %</b>
Helse Nord	12	11	<b>92 %</b>
<b>Norge</b>	<b>167</b>	<b>84</b>	<b>50 %</b>

Pasientene som kommer til de sikkerhetspsykiatriske enhetene har som oftest en voldshistorikk fra tidligere eller fra rett før innleggelsen. I denne undersøkelsen fant vi at fra tiden tidligere enn den aktuelle innleggelsen hadde 84% av pasientene hatt en historie med utøvd trusler og vold, 40% narkotikaforbrytelser, 25% vinningskriminalitet, 17% hadde begått drap og 6.5% hadde utøvd seksualforbrytelse. Forut for den aktuelle innleggelsen hadde 78.5% av pasientene utøvd trusler og vold, 21% narkotikaforbrytelse, 15.5% drap, 8% vinningskriminalitet og 3.5% seksualforbrytelse. 10% av pasientene hadde før innleggelsen ingen historie på forannevnte atferd, men hadde suicidalatferd eller selvskadingsproblematikk. I avdelingen hadde 46% av pasientene kommet med trusler, 34% utagering mot gjenstander og inventar, 13% hadde utagert fysisk mot medpasienter, 41% hadde utagert fysisk mot personale, og en pasient hadde stiftet med brann i institusjonen.

Ingen enheter hadde opplevd gisselsituasjoner i 2015. 28% av pasientene hadde drevet selvskading før innleggelse, 8.5% hadde fortsatt selvskading under innleggelsen. 27% av pasientene hadde selvmordsatferd forut for innleggelsen, og 4.5% hadde fortsatt aktiv suicidal atferd under behandlingsoppholdet.

Det ble registrert 25 skader på pasient, og 619 skader på personale i de sikkerhetspsykiatriske enhetene i 2014. Det ble avdekket 126 tilfeller av rusmiddelbruk inne i enheten, og 255 tilfeller av rusmiddelbruk ute på permisjon i 2014. Det ble gjort 64 beslag av rusmiddel og 79 beslag av farlig gjenstand inne i enhetene. Det rapporteres om 25 rømninger ut fra enhetene og 41 rømninger fra permisjon i 2014.

### 3.5 Utredning av psykisk sykdom og voldsrisiko

I arbeidet med sikkerhetspsykiatriske pasienter kreves god kunnskap om utredning og behandling av alvorlig psykisk sykdom og særskilt kompetanse på voldsriskovurdering og voldsriskohåndtering. I løpet av de siste 15 – 20 årene har diagnosesystemer og voldsriskovurderingsmetodikk blitt vesentlig forbedret. Norge har kommet langt på dette feltet, og stadig flere helsepersonell i psykisk helsevern har videreutdanning i profesjonell strukturert voldsriskovurdering og håndtering.

Kartlegging av sikkerhetspsykiatriens spesialkompetanse på dette området viser at respondentene fra 24 enheter svarer at de innehar nødvendig kompetanse på utredning og behandling av målgruppepasienter, 5 enheter mener at de delvis har denne kompetansen, og ingen svarer at de ikke har denne kompetansen. Respondenter fra 26 enheter mener at de har kompetanse på voldsriskohåndtering for pasientgruppen, 4 enheter mente at de delvis har dette, og ingen mente at de mangler kompetansen. Alle enhetene opplyser om at de har faste opplæringsrutiner for nyansatte. 26 enheter har også opplæringsrutiner for andre ansatte, 3 enheter har dette i noen grad, og ingen manglet slike rutiner.

Behandlerne ble spurt om enheten benytter en fast, strukturert utredningsstandard for diagnostikk etter diagnosesystemet ICD-10. 25 enheter har faste utredningsrutiner supplert med tilleggsundersøkelser på indikasjon. 5 enheter har ikke fast utredningsstandard for diagnostikk, men benytter også strukturerte og seminstrukturerte instrumenter på indikasjon.

Alle enhetene benytter en rutinemessig fast utredningsstandard for voldsriskovurdering, og alle bruker utredningsverktøyet HCR-20. I tillegg benyttes en rekke tilleggsinstrumenter enten som fast standard eller på indikasjon.

Kommentarer fra fagfeltet går ut på at man ønsker at flere i personalgruppen skal gjennomføre videreutdanning i voldsriskovurdering og håndtering. Flere enheter etablerer eller forbedrer sine utredningsprogram for pasientutredninger.



## 4 Rettspsykiatri i Sverige og Danmark

### 4.1 Rettspsykiatri i Sverige

Begrepet sikkerhetspsykiatri benyttes ikke i Sverige. Til forskjell fra norsk sikkerhetspsykiatri, som er en del av allmenpsykiatrien hos oss, er den svenske rettspsykiatriska vården en særomsorg med egen lovgivning. Til forskjell fra norsk rettspsykiatri, som i praksis er avgrenset til strafferettslig sakkyndighet, innebærer svensk rettspsykiatri også rettspsykiatriske klinikker for døgnbehandling av pasienter innlagt til administrativ tvangsinnleggelse, observerer til judisiell observasjon, pasienter innlagt fra fengsel eller pasienter som har fengslingsforbud på grunn av allvarlig psykisk störning og er dømt til rettspsykiatrisk vård. Denne delen av svensk rettspsykiatri tilsvarer stort sett vår sikkerhetspsykiatri.

Rettsmedisin er i Sverige organisert som en egen medisinsk spesialitet under Rättsmedicinalverket (RMV) som har ansvaret for administrasjon, organisering og kvalitetskontroll av alle rettspsykiatriske undersøkelser. RMV ligger under Justisdepartementets ansvarsområde.

Sverige har altså to ulike lover som regulerer psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Begge spesialisthelsetjenestene er organisert under helsevesenet. Den ene er lovgivning for rettspsykiatrisk vård som styrer psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for pasienter som er innlagt i rettspsykiatriske vård, og den andre regulerer vanlig allmenpsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Sistnevnte likner mest på psykisk helsevernloven i Norge. Disse to psykiatriske systemene arbeider side om side med delvis ulik pasientpopulasjon.

Pasienter som regnes som særlig farlige behandles på spesielle rettspsykiatriske avdelinger som Rättspsykiatriska regionskliniken i Sundsvall. Der behandler de psykisk syke lovbrøtere samt pasienter som krever ekstra oppfølging innlagt etter administrative bestemmelser. Det er fem rettspsykiatriske regioner i Sverige, hver region er ansvarlig for organiseringen av helsetjenesten i sitt område. Dekningsgraden av rettspsykiatriske sengeplasser i Sverige er 8 pr 100 000 innbyggere, altså det dobbelte av hva vi har i Norge når korrigert for befolkningstall.

Sverige bruker ikke begrepet «utilregnelighet» som grunnlag for straffefritak. Man opererer i stedet med begrepet «allvarlig psykisk störning». Som grunnlag for rettens avgjørelse om å dømme en pasient til psykisk helsevern ligger en psykiatrisk undersøkelse / etterforskning som vanligvis utføres på egne utredningsavdelinger der siktede oppholder seg i 3 uker for observasjon. Også psykiske syke personer har skyldevne i Sverige. Der det foreligger skyld blir den tiltalte dømt og holdt ansvarlig uavhengig av mentale tilstand på tidspunktet for den straffbare handlingen. Hvis de handlet under en alvorlig psykisk lidelse blir de ikke dømt til fengsel, men til psykisk helsevern. Sverige har om lag 2 000 pasienter som ikke kan fengsles og i stedet er overført til tvungent psykisk helsevern under ansvar av den rettspsykiatriske vården<sup>(10)</sup>.

I Sverige får mange rettspsykiatriske pasienter en prøveordning til utskrivning som er pålagt av retten. Derfor har den rettspsykiatriske vården i Sverige også en poliklinisk virksomhet hvor de følger pasienter videre ut i samfunnet. Denne oppfølgingen kan fortsette over flere år. Dette sikrer en smidig overgang fra innleggelse til poliklinisk behandling eller tilbake til innleggelse når behovet for døgnplass melder seg ved forverret tilstand.

#### 4.2 Rettspsykiatri i Danmark

Begrepet sikkerhetspsykiatri benyttes ikke i Danmark. Psykiatrien i Danmark deles opp i to deler, «hovedfunctionen» (allmennpsykiatrien), og «regionale rettspsykiatriske klinikker», som begge er innen spesialisthelsetjenesten. Rettspsykiatriske klinikker i Danmark forestår innleggelse av observander til judisiell observasjon og døgnbehandling for pasienter på dom til psykiatrisk behandling. Denne delen av dansk rettspsykiatri likner vår sikkerhetspsykiatri. I Danmark stiller myndigheten spesifikke krav til sikkerhet for å godkjenne de rettspsykiatriske behandlingsinstitusjonene på regional og nasjonalt nivå. Rettspsykiatriske pasienter behandles både i «hovedfunctionen» og i regionale rettspsykiatriske klinikker avhengig av sykdomstilstand og risikoprofil. De rettspsykiatriske pasientene som er mulig å behandle i hovedfunctionen får behandling der, både døgnbehandling og poliklinisk behandling. Flere av de regionale rettspsykiatriske klinikkene tar seg av både døgnbehandling og poliklinisk virksomhet.

Helsetjenesten i Danmark er organisert i fem helseregioner med eget ansvar for somatisk og psykiatrisk behandling. Hver region har psykiatriske avdelinger med lukkede sengeposter. Det er ingen enhetlig organisering av den rettspsykiatriske virksomheten, men den er underlagt Justisdepartementets ansvarsområde. Tidligere lå det administrativt under rikspolitiet (tilsvarende POD i Norge).

Danmark har én lov for psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, men fra 2005 har det kommet en lovregulering særskilt for den rettspsykiatriske spesialisthelsetjenesten. I Danmark kan psykisk syke som begår kriminelle handlinger dømmes til tre ulike typer reaksjoner:

Anbringelsesdom er den varianten hvor rettsvesenet styrer mye av gjennomføringen av reaksjonen. Personer som har anbringelsesdom behandles på Sikringen (Nykjøbing på Sjælland) eller i andre psykiatriske avdelinger, oftest regionale rettspsykiatriske avdelinger. Personer med anbringelsesdom kan ikke utskrives eller gis permisjoner uten eksplisitt hjemmel fra rettsvesenet. Det finnes spesiell lovregulering angående Sikringen.

Det er også mulig å dømme personer til behandling i psykiatriske døgnavdelinger, såkalt behandlingsdom. I slike tilfeller har overlegen beslutningsmyndigheten angående behandling, utskrivning og permisjoner. Det er også mulig å styre behandlingen mellom innleggelser og ambulante tilbud ut i fra pasientens psykiske tilstand og samarbeid.

Den tredje varianten er dom til ambulant behandling, hvor personer kan idømmes behandling som kan foregå poliklinisk med eller uten hjemmel for innleggelse til døgnbehandling og med eller uten hjemmel for tilsyn fra Kriminalomsorgen.

Behandlingen foregår da enten i retspsykiatriske poliklinikker eller vanlige psykiatriske poliklinikker. Kriminalomsorgen har et forpliktende samarbeidsansvar i de tilfeller hvor retten har besluttet at kriminalforsorgen skal føre tilsyn, gi oppfølging eller ha oppfølging i en forhåndsdefinert bolig for pasientene.

Det er gjennomført en omfattende opprustning og oppbygning av retspsykiatriske klinikker som følge av en betydelig økning av antallet rettspsykiatriske pasienter i Danmark. De siste 10 år har opprustningen gitt 12 % økning i døgnplasser i retspsykiatriske klinikker årlig. Sengepostene har i all hovedsak blitt organisert i etablerte psykiatriske sykehus av en viss størrelse. De retspsykiatriske klinikkene har fått høyere bemanning og bedre bygningsmessige forhold for å oppnå den sikkerheten som er nødvendig <sup>(9)</sup>.

Danmark hadde i 2015 om lag 4 000 pasienter som er dømt til psykiatrisk behandling, og denne gruppen utgjør en stor del av de psykiatriske pasientene i Danmark. Rettspsykiatriske sengeplasser i Danmark er 6,6 pr 100 000 innbyggere <sup>(10)</sup>.

## 5. Diskusjon

Spørreskjemaet som gikk til alle respondentene var omfattende og forutsatte innsamling og en del utregning av mye data. Noen spørsmål er ikke besvart av alle, men med tre respondenter i hver enhet ble spørsmålene godt dekket. Spørsmålene som kun gikk til enhetslederen var imidlertid sårbare for mangelfulle eller feilaktige svar.

Pasientopplysninger var begrenset til et minimum for å sikre anonymitet. Datasettet kan derfor ikke gi et komplett bilde av pasientpopulasjonen på undersøkelsestidspunktet. Det kan ikke beregnes kjønns- og aldersfordeling, lovhjemmel for innleggelse, nøyaktig fordeling av behandlingstid, og en del andre viktige pasient- og behandlingskarakteristika. Det ble i stedet stilt spørsmål om pasientpopulasjonen på gruppenivå, noe som begrenser muligheten for dataanalyser sentralt. Ved beregning av kapasitetsutnyttelse i sikkerhetspsykiatrien må det forutsettes at alle pasienter som var i døgnbehandling på tidspunktet for undersøkelsen ble registrert.

På grunn av store og små omorganiseringer i og mellom helseforetakene siden forrige undersøkelse i 2008 har det ikke vært mulig å få frem sammenliknbare tall på noen viktige virksomhetsområder.

Antallet pasienter i sikkerhetspsykiatrien er om lag 20% høyere i 2015 enn i 2005, mens kapasiteten for døgnbehandling i sikkerhetspsykiatrien har gått ned fra 229 plasser til 214 plasser i samme periode. Samtidig er det utviklet flere dagtilbud og ambulante og polikliniske tjenester i regi av sikkerhetspsykiatrien, og i perioden er det trolig også etablert nye, private tilbud for noen pasienter som formelt er innskrevet i den offentlige sikkerhetspsykiatriske helsetjenesten. Dette er trolig forklaringer på hvordan tjenesten har håndtert den økte etterspørselen. Det er uvisst om behovet for sikkerhetspsykiatriske helsetjenester er større enn det som registreres i antall henvisninger til sikkerhetspsykiatrien. Nær 4 av 10 henvisninger til døgnbehandling i sikkerhetspsykiatrien blir avslått. Fagmiljøet mener at antall henvisninger ville ha vært høyere dersom henvisende instans hadde fått flere av søknadene om innleggelse innvilget. Et samlet fagmiljø mener også at andre deler av mottaksapparatet bør utbygges med flere døgnplasser slik at overføringer fra sikkerhetspsykiatrien til lavere omsorgsnivå og sikkerhetsnivå kan gjennomføres når pasienten er klar for overføring fremfor å måtte vente unødige i sikkerhetspsykiatrien.

Utviklingen av ambulante sikkerhetsteam kan oppfattes som etablering av en særomsorg for de sikkerhetspsykiatriske pasientene, en modell som likner den svenske med organisatorisk særegen behandlingslinje hvor rettspsykiatrien følger pasienten helt ut til bosetting i kommuner, og med handlingsplikt fra rettspsykiatrien ved sykdomsforverring eller andre forhold. Denne utviklingen i Norge synes i liten grad å være toppstyrt, men løsninger som lokalt har vært nødvendige å etablere for å sørge for rimelig behandlingsprogresjon for pasientene når mottaksapparatet vegrer seg for å overta behandlingsforløpet.

Pasienter med minst symptomtrykk og best fungering hadde GAF-skåre over 70, men hadde likevel høy risiko for voldsatferd. Det kan stilles spørsmål om de best fungerende pasientene har rett på prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven. Det kan tenkes at disse pasientene følges opp av sikkerhetspsykiatrien ikke på grunn av symptomtrykk, men på grunn av vedvarende farlighet og voldsrisiko. Noen fagfolk har kommentert at behandlingsapparatet for øvrig noen ganger vegrer seg for å overta pasienter fra sikkerhetspsykiatrien. Årsaker til dette kan være skepsis til stigmatiserende sykehistorier og kriminalhistorikk, vegring mot behandlingsansvar for risikofylte behandlingsoppdrag, eller opplevelsen av ikke å ha nødvendige faglige og materielle ressurser for å kunne overta oppdraget.

Denne statusrapporten dokumenterer at det på tidspunktet for undersøkelsen var 71 pasienter som kunne utskrives til lavere sikkerhetsnivå, hvorav 46 pasienter kunne utskrives til kommunalt nivå. I Sverige er sikkerhetspsykiatri en særomsorg med ansvar for hele behandlingsforløpet ut til hjemkommune, og med handlingsplikt hvis det tilkommer behov for retur til døgnavdeling. Dette gir smidige og effektive forløp gjennom behandlingsskjeden. I Norge skal pasienter i prinsippet overføres til den allmenne distriktspsykiatrien når pasienten kan utskrives fra døgnopphold. Men i praksis kan dette være krevende overføringsprosesser. Det er kun noen få sikkerhetsavdelinger som har egne formaliserte poliklinikker knyttet til virksomheten. Andre sikkerhetsenheter følger opp utskrevne pasienter uten at de har en formell organisatorisk poliklinikk. Det bør vurderes om det skal allokere ressurser til sikkerhetsenheter slik at de i større grad kan påta seg ambulante behandlingsoppgaver når indisert videreføring til allmennpsykiatrien uteblir.

Både Sverige og Danmark har betydelig høyere dekningsgrad av sikkerhetsforsterkede døgnplasser. I Sverige er avdelingene store med høyt antall innlagte pasienter. Dette gir mulighet for effektiv ressursutnyttelse mhp infrastruktur og sikkerhet. Den fysiske sikkerheten i avdelingene i Sverige er betydelig høyere enn i Norge. I Danmark stilles det spesifikke og detaljerte krav til sikkerhet og bygningsmasse for å få godkjenning som retspsykiatrisk regionklinikk. Slik ordning har også vært vurdert i Norge i 2008, men arbeidet ble aldri slutført. Det kan tenkes at det ville være en fordel for sikkerhetspsykiatriske pasienter, pårørende, fagfolk og samfunnet omkring om det ble utviklet spesifiserte nasjonale krav til sikkerhet i norske sikkerhetspsykiatriske enheter. I denne undersøkelsen rapporterer flere sikkerhetspsykiatriske enheter om uegnede og nedslitte lokaler, og til tross for at flere har byggeplaner er det i Norge et betydelig etterslep på oppgradering av bygningsmasse og sikkerhet i norsk sikkerhetspsykiatri. Flere enheter påpeker at uegnede lokaler er en sikkerhetsrisikofaktor som krever ekstra personalressurser for å sørge for sikkerhet og samfunnsvern, og at dette på sikt trolig er mer kostbart enn å oppgradere bygningsmasse og infrastruktur for sikkerhetspsykiatrien.

## 6. Litteratur

1. Kjelsberg E, Hartvig P.: Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005. En statusrapport. 2005.
2. Kjelsberg E, Sandli C.: Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008. 2009.
3. Status for norsk sikkerhetspsykiatri – oppdrag. Helsedirektoratet. 2015.
4. Stortingsmelding nr 25 1996-1997. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet. 1997.
5. Sigurjónsdóttir M. Sikkerhetspsykiatrien trenger flere sengeplasser. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 767-8.
6. Bjørkly S, Hartvig P, Roaldset J.O, Singh J. NORWEGIAN DEVELOPMENTS AND PERSPECTIVES ON VIOLENT RISK ASSESSMENT. CRIMINAL JUSTICE AND BEHAVIOR. Online First Version of Record. Aug 27, 2014.
7. Kleve L. forensic psychiatric services in Norway. The Journal of Forensic Psychiatry. Vol 7 No 1 May 1996.
8. Strand S, Holmberg G, Söderberg E. Den Rättspsykiatriska vården. 2009. Studentlitteratur.
9. Retspsykiatri. Kvalitet og sikkerhed. Rapport utarbeidet av Danske regioner. 2010.  
<http://www.regioner.dk/psykiatri/~media/F028464E7FB543B2AE3DC6ABA49D4829.ashx>
10. Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning. 2009.

## 7. Vedlegg

# SIFER

## Sikkerhetspsykiatri 2015

Gjelder (Respondent/enhet)

Spørsmål om utfylling av spørreundersøkelsen kan rettes til SIFER ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst:

Martin Bjørnstad 48 18 62 16 eller Carl Fredrik Haaland 95 11 11 10.

Takk for at du tar deg tid til å fylle ut dette skjemaet!

Opptaksområde:

Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet:

Type enhet:

- Regional sikkerhetsavdeling/regional sikkerhetsseksjon
- Lokal sikkerhetsavdeling/sikkerhetsseksjon/sikkerhetsenhet
- Forsterket allmennpsykiatrisk enhet/rehabiliteringsenhet
- Annet (beskriv)

Døgnplasser, totalt antall:

Døgnplasser, antall lukkede:

Døgnplasser, antall åpne plasser / rehabiliteringsplasser:

Beredskapsplasser/akutt-plasser, antall:

Andre typer plasser, beskriv:

Har enheten skjermet enhet(er)?

- Ja  Nei

Hvor mange skjermingsplasser?

Har enheten isolat(er)?

- Ja  
 Nei

Har enheten poliklinisk tilbud/ambulant tjeneste e.l.?

- Nei

- Ja, beskriv:



Foreligger det planer for omstilling, kapasitetsendring el for enheten?

- Nei
- Ja, beskriv:
- Vet ikke

Totalt antall innlagte kvinner:

Totalt antall innlagte menn:

Gjennomsnittsalder kvinner:

Gjennomsnittsalder menn:

Alder på yngste innlagte pasient:

Alder på eldste innlagte pasient:

Antall pasienter innlagt på TPH §3-3 med døgnopphold:

Antall pasienter innlagt på TPH §3-3 uten døgnopphold (dagpasienter / polikliniske pasienter / permisjon o.l.):

Antall pasienter innlagt til tvungen observasjon §3-2:

Antall pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern:

Antall pasienter frivillig innlagt til døgnbehandling §2-1:

Antall pasienter frivillig innlagt uten døgnopphold §2-1 (dagpasienter/polikliniske pasienter/permisjon o.l.):

Antall observander innlagt til judisiell døgnobservasjon §167:

Antall pasienter på venteliste:

Antall pasienter med antatt behov for langtidsbehandling i sikkerhetspsykiatrien (fortsatt behov for behandling i 5 år eller mer):

Andre pasientoppgaver/behandlingsoppgaver? Beskriv:

Hvor mange av dagens innlagte pasienter (antall) er etter din vurdering ferdigbehandlet på dette nivået/klare for videreføring?

Hvor mange av dagens innlagte pasienter (antall) er etter din vurdering klar for overføring til lavere sikkerhetsnivå?

Hvor mange av dagens innlagte pasienter (antall) har etter din vurdering behov for overføring til høyere sikkerhetsnivå?

Hvor mange av dagens innlagte pasienter (antall) kunne etter din vurdering vært utskrevet til hjemkommunen?

Har dere tilfredsstillende pasientsirkulasjon?

- Ja

Delvis

Nei

Etter din mening, hva er til hinder for tilfredsstillende pasientsirkulasjon?

Er noen pasientgrupper vanskeligere å få videreført/utskrevet?

Kjøper avdelingen/helseforetaket sikkerhetsplasser i andre helseforetak?

Ja

Nei

Andre kommentarer vedrørende pasientbehandlingen:

Antall nye innleggelses i 2014 (Ikke medregnet pasienter innlagt før 2014):

Hvorav antall reinnleggelses (pasient med èn eller flere tidligere innleggelses i enheten):

Antall utskrivelser i løpet av 2014:

Antall mottatte henvisninger i løpet av 2014:

Antall avslag i 2014:

Gjennomsnittlig ventetid i 2014 (tid fra mottatt henvisning til innleggelse):

Korteste ventetid i 2014 (tid fra mottatt henvisning til innleggelse):

Lengste ventetid i 2014 (tid fra mottatt henvisning til innleggelse, medregnet evt ventetid før 2014):

Gjennomsnittlig beleggprosent i 2014:

Gjennomsnittlig behandlingstid for avsluttede opphold (utskrevne i 2014):

Gjennomsnittlig behandlingstid for pågående opphold (fortsatt innlagt):

Korteste behandlingstid i 2014:

Lengste behandlingstid i 2014 (velg det lengste oppholdet av enten avsluttet opphold eller pågående opphold):

Antall stillinger (årsverk) totalt (inkludert ledere, leger, psykologer, administrativt personale mv):

Pleiefaktor (gjennomsnittsberegning av pleiepersonale per pasient per døgn, feks 3:1 som betyr 1 pers. dagvakt, 1 pers. aftenvakt og 1 pers. nattevakt som er normen i lokal sikkerhetspsykiatri, eller 5:1, dvs 2 + 2 + 1 som er normen for regional sikkerhetspsykiatri):

Overleger:

Psykologspesialister:

Leger:

Psykologer:

Psyk.sykepleiere:

Sykepleiere:

Helsefagarbeidere:

Annet pleiepersonell:

Sosionom:  
Fysioterapeut:  
Ergoterapeut:  
Annet:

Ikke Delvis Meget  
tilstrekkelig tilstrekkelig Tilstrekkelig tilstrekkelig

Hvordan vurderer du  
bemanningen i forhold til  
behovet?

Delvis Meget  
Utilfredsstillende tilfredsstillende Tilfredsstillende tilfredsstillende

Hvordan  
vurderer du  
avdelingens  
fysiske  
utforming ?

Hvilke forbedringer er ønskelige/nødvendige?

Hvilke tiltak har enheten for å forhindre rømning?

Antall rømninger fra enheten i 2014:

Antall rømninger fra permisjon e.l. i 2014:

Antall påviste tilfeller av rusmiddelbruk inne i avdeling i 2014:

Antall påviste tilfeller av rusmiddelbruk utenfor avdeling i 2014 (i.f.m. permisjoner e.l.):

Antall beslag av rusmiddel i 2014:

Antall beslag av farlig gjenstand i 2014:

Opplevd gisselsituasjon i 2014:

- Ja  
 Nei

Antall gisselsituasjoner i 2014:

Antall personskade på pasient i 2014:

Antall personskade på personell i 2014:

Svært Liten Passelig Stor Svært  
liten stor

Hvordan er pågangen for å få plass hos dere?

## Pasientinntak

Tar dere i mot pasienter utenfor definert opptaksområde?

- Ja, regelmessig
- En sjelden gang
- Nei

Antall gjestepasienter / sektorfremmede pasienter i 2014:

Bruker avdelingen/enheten en målgruppedefinisjon/inntakskriterier?

- Ja
- Nei

Fravikes målgruppedefinisjonen/inntakskriterier?

- Ja
- Delvis
- Nei

Hvorfor fravikes inntakskriterier?

Slik du vurderer det, har enheten behov for flere døgnplasser? Beskriv

Slik du vurderer det, har samarbeidende enheter behov for flere døgnplasser?

- Ja
- Nei
- Usikker

Tar enheten imot pasienter under 18 år?

- Ja
- Nei

## Kompetanse

Har enheten tilstrekkelig kompetanse for utredning av målgruppepasienter?

- Ja
- Delvis
- Nei

Har enheten tilstrekkelig kompetanse for behandling av målgruppepasienter?

Ja

Delvis

Nei

Har enheten tilstrekkelig kompetanse for voldsrisikohåndtering av målgruppepasienter?

Ja

Delvis

Nei

Har enheten tilstrekkelig rekruttering av spesialkompetanse nødvendig for pasientbehandlingen?

Ja

Kun delvis

Nei

Har enheten faste opplæringsrutiner for nyansatte?

Ja

I noen grad

Nei

Har enheten faste opplæringsrutiner for andre ansatte?

Ja

I noen grad

Nei

## Utredningsredskaper diagnostikk

Benytter enheten utredningsredskaper/utredningsbatteri for diagnostikk(ICD-10)?

Ja

Nei

Hvilke redskaper/instrumenter benyttes som fast rutine:

Hvilke redskaper/instrumenter benyttes sporadisk/på indikasjon?

Benytter enheten utredningsredskaper/utredningsbatteri for vurdering av voldsrisiko?

Ja

Nei

Hvilke voldsrisikovurderingsredskaper/instrumenter benyttes som fast rutine:

Hvilke voldsrisikovurderingsredskaper/instrumenter benyttes sporadisk/på indikasjon?

*Alle kommentarer relevant for pasientbehandling, behandlingsforløp, kapasitet og etterspørsel, rekruttering, kompetanse og ledelse, ressurser, omstillinger og drift, muligheter og utfordringer i sikkerhetspsykiatrien mottas med takk!*

Andre kommentarer:

## Anonymiserte pasientopplysninger - sikkerhetspsykiatri 2015

Det skal fylles ut ett skjema per pasient som er innlagt på tidspunkt for undersøkelsen, både for pasienter med døgnopphold og for pasienter uten døgnopphold.

Skal du fylle ut skjema for flere pasienter? Klikk på den grønne boksen i mailen du mottok for å fylle ut nytt skjema, etter at dette er ferdig utfylt.

### Gjelder – (Navn på respondent/enhet)

ICD-10 hoveddiagnose

*NB: Det er viktig å få med eventuell rusdiagnose*

ICD-10 tilleggsdiagnose

ICD-10 tilleggsdiagnose

ICD-10 tilleggsdiagnose

GAF-S:

GAF-F:

Tidligere kriminalhistorikk (Flere svar mulig):

- Ingen
- Vold/trusler
- Seksualforbrytelser
- Narkotikaforbrytelser
- Vinningskriminalitet
- Drap
- Annen kriminalitet
- Vet ikke

Kriminalitet forut for innleggelsen (Flere svar mulig):

- Ingen
- Vold/trusler
- Seksualforbrytelser
- Narkotikaforbrytelser
- Vinningskriminalitet
- Drap
- Annen kriminalitet

- Vet ikke

Utagering/vold i avdelingen type (Flere svar mulig):

- Ingen
- Trusler
- Utagering mot gjenstander/inventar/ og lignende
- Utagering mot medpasient
- Utagering mot personale eller andre personer
- Vet ikke

Utagering/vold i avdelingen frekvens:

- Aldri
- Sjeldnere enn hver måned
- Månedlig
- Ukentlig
- Daglig
- Vet ikke

Utagering/vold i avdelingen alvorlighetsgrad:

- Ikke forekommende
- Ikke alvorlig/bagatellmessig
- Moderat alvorlig/ ikke personskade
- Svært alvorlig/personskade
- Vet ikke

Tidligere selvskading

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Aktuell selvskading

- Ja
- Nei



Tidligere suicidal atferd

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Aktuell suicidal atferd

- Ja
- Nei

Døgnopphold?

- Med døgnopphold
- Uten døgnopphold