HELSE MIDT-NORGE HELSE NORD HELSE SØR-ØST HELSE VEST

OVERORDNET PLAN FOR SIKKERHETSPSYKIATRI

OG ØVRIGE TILTAK FOR PERSONER MED DOM PÅ OVERFØRING TIL TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN

07.09.2023

Innhold

1 SAMMENDRAG 4
2 OM RAPPORTEN 5
2.1 Mandat 5
2.2 Organisering, arbeidsprosess og forankring 5
2.3 Om sikkerhetspsykiatri 6
3 INNSATSOMRÅDER 9
3.1 Organisering og sammenheng i tjenestetilbudet 9
3.1.1 Regionale og lokale sikkerhetsavdelinger 11
3.1.2 Rehabilitering 12
3.1.3 Overgangsboliger 13
3.1.4 Sikkerhetsboliger 14
3.1.5 Ambulante sikkerhetsteam 14
3.1.6 Kommunale botilbud 17
3.1.7 Om en rettspsykiatrisk helsetjeneste 18
3.2 Samhandling og retningslinjer 20
3.2.1 Samarbeidsavtaler 20
3.2.2 Prosedyrer for administrativ oppfølging av dom til tvungent psykisk helsevern 21
3.2.3 Nettverk for samhandling 21
3.2.4 Forebyggende tverretatlig arbeid 22
3.3 Innhold i behandlingen 23
3.3.1 Involvering av pasient og pårørende 26
3.3.2 Risikovurdering og risikohåndteringsplan 27
3.3.3 Behandlingstilbud til barn og unge voksne 29
3.4 Kapasitet 30
3.4.1 Endring i døgnkapasitet de siste 20 år 30
3.4.2 Fremtidig behov for døgnkapasitet i sykehusbasert psykisk helsevern for voksne 32
3.4.3 Forhold som påvirker fremtidig kapasitetsbehov 33
3.5 Nasjonale og regionale funksjoner, oppgaver og rutiner 35
3.5.1 Enhet for særlig høy sikkerhet 35
3.5.2 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungen psykisk helsevern 35
3.5.3 Nasjonal oversikt over varetektssurrogat 36
3.5.4 Nasjonal standard for varsling til fornærmede og etterlatte 37
3.5.5 Rettspsykiatrisk undersøkelse 37
3.6 Kompetanse 39
3.6.1 Rekruttering 41
3.6.2 Utpeking av faglig ansvarlige for personer med dom til tvungent psykisk helsevern 42
3.7 Undervisning, forskning og fagutvikling 43
3.7.1 Kompetansesentrenes ansvar for undervisning, forskning og fagutvikling 43
3.7.2 Behov for kvalitetsregister 44
3.7.3 Behov for økt kunnskap om barn og unge voksne i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet 45
3.8 Bygningsmessige forhold 46
4 RAMMEBETINGELSER SOM ER TIL HINDER FOR GOD IVARETAKELSE AV PASIENTGRUPPEN 48
4.1 Økonomiske rammebetingelser 48
4.2 Juridiske rammebetingelser 49
5 OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER 52
6 REFERANSER 55
7 VEDLEGG 59

1 SAMMENDRAG

Dette er en overordnet plan for det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og oppfølging av personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Fem innsatsområder vil være sentrale for å skape et bærekraftig tjenestetilbud for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsproblematikk og ofte rusmiddelavhengighet. Denne pasientgruppen krever mer ressurser enn de fleste andre pasientgrupper i det psykiske helsevernet, og er i behov av en helhetlig oppfølging av høy faglig standard gjennom hele forløpet.

Arbeidet er initiert på bakgrunn av funn i rapportene *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019* og *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien*. Rapportene peker på en rekke utfordringer i oppfølging av den aktuelle pasientgruppen, bl.a. redusert kapasitet i døgnavdelinger og videreføringsproblematikk, både internt i spesialisthelsetjenesten og til kommunale botilbud. Det er nødvendig å etablere nye tjenestetilbud internt i spesialisthelsetjenesten, og ta i bruk ambulante sikkerhetsteam for oppfølging av en stor andel av pasientene etter overføring til kommunene. Arbeidsgruppen foreslår en modell hvor de lokale sikkerhetsavdelingene får utvidede oppgaver gjennom rehabiliteringstilbud, overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam og eventuelle sikkerhetsboliger. Sentralt i modellen er at kompetansen og den sikkerhetspsykiatriske forståelsen videreføres i alle ledd, i et sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp. Kommunale tjenester, herunder individuelt tilpassede botilbud, er en sentral del av pasientforløpene. Kommunene må følgelig involveres tidlig i forløpene som likeverdige partnere, og det må sikres en hensiktsmessig ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene ved oppfølging av den aktuelle pasientgruppen.

Døgnkapasiteten i sykehusbasert psykisk helsevern og i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet bør økes med minst 15 %. Dette kan bedre tjenestetilbudet og pasientforløpene for pasientgruppen, men også være en forebyggende faktor for å bremse økningen av pasienter som er i behov av behandling i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Det er særlig viktig å iverksette tiltak som tar sikte på å redusere antall personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern, gjennom tidlig intervensjon og god oppfølging av personer med risiko for voldsatferd. Færre domfelte pasienter vil redusere justissektorens innflytelse på pasientflyt og kapasitet i det psykiske helsevernet. Forslaget baserer seg på de regionale helseforetakenes *reviderte framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. I hvilken grad disse tiltakene vil være tilstrekkelige, avhenger av de mange forhold som påvirker utviklingen av fagfeltet, og hvor vellykket oppfølging av øvrige tiltak i denne rapporten vil bli. Tiltakene må iverksettes raskt og utviklingen må følges nøye.

Oppfølging av pasientgruppen må kvalitetssikres gjennom tydelige rutiner, samhandling, kompetanse, forskning og fagutvikling for å redusere risiko for svikt og alvorlige hendelser. For enkelte sentrale oppgaver, er det nødvendig å utvikle nasjonale og regionale funksjoner og rutiner. Pasientene må tilbys et behandlingstilbud av høy kvalitet, hvor målet med behandlingen er at pasientene skal kunne videreføres til lavere sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivå når pasientens tilstand tilsier dette. Vurdering av voldsrisiko og voldsrisikohåndtering står sentralt i oppfølgingen. Tiltak knyttet til rusmiddelbruk er en viktig del av voldsrisikohåndteringen for en stor andel av pasientene. Det bemerkes at det også vil være nødvendig å se på økonomiske og juridiske rammebetingelser som bedre vil legge til rette for ivaretakelse av pasientgruppen i overgangen fra spesialisthelsetjenesten og til kommunene.

Arbeidsgruppen anbefaler 37 tiltak, fordelt på 9 temaer. De foreslåtte tiltakene vil være et steg på veien til å løse utfordringene knyttet til kapasitet og behovet for en hensiktsmessig pasientflyt. Videre vil tiltakene legge til rette for bedre kvalitet i behandlingen, ivaretakelse av samfunnsvernet og mer livskvalitet og autonomi for pasientene.

Anbefalingene er utarbeidet på bakgrunn av drøftinger i arbeidsgruppen, innspill fra referansegruppen og tilbakemeldinger i innspillsmøter. Arbeidsgruppens vurderinger og forslag til tiltak er enstemmig. Rapporten er behandlet i de fire regionale helseforetakene gjennom grundige innspillsrunder.

2 OM RAPPORTEN

Prosjektarbeidet og rapporten baserer seg på de regionale helseforetakene sitt mandat av 23.05.22[1].

2.1 Mandat

I Oppdragsdokument 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er det gitt følgende utredningsoppdrag:

De regionale helseforetakene skal utarbeide en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern, jf. statusrapport om sikkerhetspsykiatri og rapport om utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien. Det skal særlig vurderes:

- behovene for endring i kapasitet, innhold, organisering og sammenheng i tjenestetilbudet
- behovet for langvarig forsterkede botilbud i samarbeid med kommunene og om det kan være hensiktsmessig å etablere tverrfaglige ambulante team for å ivareta personer som utgjør en sikkerhetsrisiko
- videreutvikling av samarbeidsavtaler med kommunene, styringsdata og retningslinjer, jf. nevnte rapporter fra de regionale helseforetakene

Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet.

2.2 Organisering, arbeidsprosess og forankring

Arbeidet har vært organisert som et interregionalt prosjekt med fagdirektør i Helse Sør-Øst som prosjekteier. Prosjektet har bestått av en styringsgruppe, en arbeidsgruppe og en referansegruppe. I tillegg er det gjennomført innspillsmøter. Mandatet ble godkjent i mai 2022 og arbeidsgruppen ble nedsatt og startet sitt arbeid i juni samme år. Arbeidet ble gjennomført i henhold til en milepælsplan som ble utarbeidet i samarbeid mellom styringsgruppen og arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen har hatt god dialog med styringsgruppen gjennom hele prosessen. Referansegruppen ble bredt nedsatt og besto av 40 deltakere fra ulike etater og nivåer. Medvirkning fra referansegruppe og innspillsmøter har lagt viktige føringer for drøftinger i arbeidsgruppen og innholdet i rapporten.

Styringsgruppe: Arbeidet har vært ledet av en styringsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentant, se kapittel 7. Styringsgruppen har vært ledet av avdelingsdirektør for Cecilie Skule i Helse Sør-Øst RHF, avdeling Psykisk helsevern og rusbehandling. Det er avholdt 5 møter med styringsgruppen.

Arbeidsgruppe: Rapporten er utarbeidet av en gruppe med representanter fra de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, og de fire regionale helseforetakene, samt representant fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF, se kapittel 7. Arbeidsgruppen har vært ledet av spesialrådgiver Stine Kilden ved Regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF. Det er gjennomført 6 samlinger, og gruppen har hatt jevnlige møter på Teams.

Medvirkning: Helseforetak og private ideelle sykehus, aktuelle fagmiljø, kommuner, og brukerorganisasjoner har vært involvert i arbeidet gjennom representasjon i referansegruppe og gjennom innspillsmøter, se kapittel 7. Det er avholdt tre møter med referansegruppen. Det ble avholdt to innspillsmøter; ett med representanter fra helsefellesskapene

[1] (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2022)

og ett med representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner. Møtene ble avholdt digitalt på Teams. Ikke alle deltakerne fra referansegruppen har hatt anledning til å delta i alle tre møter, men har fått anledning til å sende inn innspill før og i etterkant av møtene.

Forankring: Arbeidet er forløpende forankret i de regionale helseforetakene gjennom løypemeldinger i relevante møtefora til ledelse og fagansvarlige, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter, i perioden november 2022-mars 2023. Rapporten ble levert til styringsgruppen den 01.03.2023. Rapporten er fremlagt for sentrale fora i de fire regionale helseforetakene i mars-april 2023 og innspill er innarbeidet i revidert versjon som ble oversendt styringsgruppen den 10.05.2023. Rapporten ble godkjent av styringsgruppen i møte den 22.05.2023. Rapporten skal behandles i påfølgende interregionalt fagdirektørmøte og interregionalt direktørmøte (AD-møte) før endelig godkjenning i felles styresak for styrene i de regionale helseforetakene i perioden august - september 2023.

2.3 Om 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.[2] Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri 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.»*[3] I Norge er det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet organisert som en integrert del av det ordinære psykiske helsevernet.

Rapporten *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019* viste at det var tre regionale sikkerhetsavdelinger i Norge, og 19 lokale sikkerhets-avdelinger fordelt på 15 lokale helseforetak, med 42 døgnplasser på regionalt nivå (0,8/100 000 innbyggere) og 178 døgnplasser på lokalt nivå (3,3/100 000 innbyggere). I 2019 var det totalt 220 sikkerhetspsykiatriske døgnplasser (4,1/100 000 innbyggere).[4] Arbeidsgruppen er kjent med at antall døgnplasser i ettertid har endret seg, bl.a. med opprettelse av tre regionale plasser i Helse Nord (samtidig med en reduksjon av lokale plasser), åtte lokale plasser i Helse Møre og Romsdal HF, seks lokale plasser i Helse Nord-Trøndelag HF og tre lokale plasser i Helse Førde HF.[5] Gjennomsnittlig bemanningsfaktor i de regionale avdelingene var i 2019 på 5:1, mens

FAKTA

SAMFUNNSVERN

Ordene samfunnsvern og samfunns-beskyttelse har i offentlige utredninger primært vært knyttet til vern av den enkelte borger. På et slikt mikronivå benyttes uttrykkene både om beskyttelse mot kriminalitet generelt og om vern av liv, helse og frihet spesielt.

Ved gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern innebærer hensynet til samfunnsvernet at helsevesenet er pålagt en plikt til å beskytte samfunnet mot gjentakelse av alvorlig og samfunnsskadelig kriminalitet. Med alvorlig kriminalitet, menes her lovbrudd som krenker andres liv, helse eller frihet eller utsetter disse rettsgodene for fare.

(Holst, Samfunnsvernets begrensninger. En kritisk analyse av lovverket for gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern., 2020) og Lov om straff (straffeloven) § 62.

VOLD

«Forsettlig bruk, eller trussel om bruk, av fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner eller en gruppe, som enten resulterer i, eller har høy sannsynlighet for å resultere i, død, fysisk eller psykisk skade eller mangelfull utvikling.»

(WHO - Verdens helseorganisasjon, 2002)

[2] (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997)
[3] (SIFER, 2023)
[4] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[5] I rapporten Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 står det: *«Antall sikkerhetspsykiatriske døgnplasser vil, etter planene, i løpet av 2021 være på 223 døgnplasser; 47 på regionalt nivå og 176 på lokalt nivå.»*

den i lokale sikkerhetsavdelinger i gjennomsnitt var på 3:1.[6] Det er stor variasjon i bemanningsfaktoren i de lokale sikkerhetsavdelingene, noe som blant annet kan knyttes til ulik utforming av det samlede døgntjenestetilbudet i de ulike helseforetakene. Gjennomføringen av det psykiske helsevernet hjemles i psykisk helsevernloven.[7] Psykisk helsevernlovens kapittel 4A gir de regionale avdelingene anledning til å fatte vedtak om rutinemessig ransaking, adgangskontroll og nattelåsing av pasientrom mv. Kapittel 4A gjelder ikke for de lokale sikkerhetsavdelingene.

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. Regionalt nivå skal behandle de pasientene som er for ressurskrevende eller voldelige for håndtering i de lokale sikkerhetsavdelingene.

Pasienter som er i behov av et sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud er en sammensatt gruppe både med hensyn til alder, diagnostikk, voldsproblematikk, samt utrednings-, behandlings- og rehabiliteringsbehov.[8] I 2019 utgjorde kvinner 13,4 % av pasientpopulasjonen, og personer under 25 år utgjorde 13 % av pasientene som var innlagt i sikkerhetsavdelingene. Schizofreni og diagnoser knyttet til rusmiddelavhengighet er dominerende for pasientpopulasjonen.[9] Varigheten av innleggelsene varierer mye og avhenger av pasientenes tilstand og behandlingsbehov. Noen innleggelser forlenges på grunn av utfordringer knyttet til overføring til et lavere behandlingsnivå.[10] Flere pasienter er i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet i mange år, og noen har vært innlagt i over 20 år. Noen pasienter har kun èn innleggelse og mottar videre behandling i det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet. Et stort flertall (93,9 %) har en eller flere tidligere innleggelser, og blir lagt inn flere ganger på grunn av nye voldshendelser og/eller forverring i psykisk tilstand.[11] Disse pasientene omtales ofte som «svingdørspasienter», og kjennetegnes ved at de ikke får tilstrekkelig behandling og oppfølging for sin psykiske lidelse mellom kortvarige opphold i akuttavdeling.

Pasientene er innlagt etter sivilrettslig og/eller strafferettslig hjemmel, se faktaboks. Avhengig av hvilket hjemmelsgrunnlag pasientene er innlagt etter, skal hensynet til behandling og samfunnsvern vektes ulikt. For personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern og oppfyller farekriteriet, skal behandlingen være rettet mot psykisk lidelse og å redusere faren for eget og andres liv og helse.[12] For personer med tidsbestemt dom på overføring til tvungent psykisk helsevern skal det legges vekt på hensynet til behandling av den domfelte *og* på behovet for å beskytte samfunnet mot faren for nye lovbrudd. Ved gjennomføring av en tidsubestemt dom skal det legges *særlig* vekt på behovet for samfunnsbeskyttelse.[13] Hensynet til samfunnsvernet skal med andre ord vektes høyere, enn hensynet til pasienten og dennes behandling. I brev av 31.01.2007 til Den rettsmedisinske kommisjon uttale Riksadvokaten at *«hensikten med*

FAKTA

INNLEGGELSE ETTER SIVILRETTSLIG OG STRAFFERETTSLIG HJEMMEL

Sivilrettslig innleggelse gjøres etter følgende hjemmelsgrunnlag:

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

Strafferettslig innleggelse gjøres etter følgende hjemmelsgrunnlag:

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

www.lovdata.no

[6] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020) Bemanningsfaktor = Antall ansatte i turnus per pasient per døgn.
[7] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62)
[8] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[9] ibid
[10] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)
[11] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[12] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) § 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern
[13] (Lov om straff (straffeloven), LOV-2005-05-20-28) § 62. Vilkår for å idømme overføring til tvungent psykisk helsevern

dom til overføring til tvungent psykisk helsevern er primært å verne samfunnet, ikke å sørge for at domfelte får behandling.»[14] I Riksadvokatens rundskriv 2/2020 presiseres det at særreaksjonen skal verne samfunnet, og ikke ilegges for å sikre den utilregnelige behandling eller for å hindre at vedkommende skader seg selv.[15]

Det hviler et stort ansvar for ivaretakelse av denne pasientgruppen på det psykiske helsevernet generelt og det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet spesielt. I Helsetilsynets rapport etter alvorlig hendelse i 2019 står det: *«Et førende moment for tilretteleggingen og gjennomføringen av det tvunget psykiske helsevernet, og som er i konflikt med behandlernes vanlige fokus og vekt på pasientens autonomi og samtykke, er at samfunnsvernet kommer foran pasientens behov for rehabilitering og medbestemmelse dersom det oppstår en konflikt mellom disse formålene.»*[16] Oppfølging av den aktuelle pasientgruppen innebærer med andre ord at det må tas andre hensyn i behandlingen enn for øvrige pasienter i det psykiske helsevernet. Oppfølgingen krever en annen kompetanse og forståelse av en rekke forhold som er spesielt for pasientgruppen.

[14] (Riksadvokaten, 2007, 01, 31)
[15] (Riksadvokaten, 2022)
[16] (Helsetilsynet, 2019)

3 INNSATSOMRÅDER

Arbeidsgruppen har identifisert fem innsatsområder for det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Felles for innsatsområdene er at de berører flere deler og nivåer av det psykiske helsevernet, og involverer aktører også utenfor spesialisthelsetjenesten.

INNSATSOMRÅDER

1. Etablere et helhetlig sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, med fokus på god behandling av den psykiske lidelsen og ivaretakelse av samfunnsvern.
2. Styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, gjennom felles utarbeidelse av rutiner og avtaler som regulerer samhandling rundt den aktuelle pasientgruppen.
3. Dimensjonere døgntilbudet i det psykiske helsevernet generelt og antall døgnplasser for det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet spesielt, for å møte behovet. Kapasitetsbehovet i *revidert framskrivningsmodell* legges til grunn.
4. Sikre kompetanse og høy faglig standard i behandling i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.
5. Redusere uønsket variasjon og sikre et likeverdig tjenestetilbud i hele landet.

Innsatsområdene fordeler seg på temaene i kapittel 3 og 4. Under hvert kapittel er det en beskrivelse av problemstillingen, og forslag til konkrete tiltak for området. Tiltakene oppsummeres i kapittel 5.

3.1 Organisering og sammenheng i tjenestetilbudet

Rapporten *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* anbefaler at det utredes en mer enhetlig organisering av sikkerhetspsykiatrien, for å sikre et nødvendig og likeverdig tjenestetilbud til pasientgruppen i hele landet.[17] I dag er helseregionene noe ulikt organisert hva gjelder praksis for hvor pasientene videreføres etter utskrivelse fra lokale sikkerhetsavdelinger. I enkelte deler av landet overføres pasienter fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling via allmenpsykiatriske døgnavdelinger, før overføring til kommunale botilbud. Andre steder skrives pasienten ut til kommunen direkte fra den lokale sikkerhetsavdelingen. Inntil nå har den aktuelle pasientgruppen mottatt behandling både i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og i det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet, avhengig av sykdomsbilde og voldsproblematikk. Dette har budt på utfordringer når det gjelder kompetanse i oppfølgingen og ivaretagelse av samfunnsvernet.

Det er samtidig store forskjeller på de kommunene helseforetakene skal samarbeide med, både når det gjelder areal og innbyggertall. Noen kommuner er eller ligger i nærheten av store byer, mens andre ligger i distriktene og har spredt befolkning. Dette skaper ulike utfordringer, både for spesialisthelsetjenesten og for kommunene som skal ta imot pasienter fra helseforetakene. Ved overføring mellom de to nivåene, må helseforetakene forholde seg til kommuner med ulike forutsetninger for ivaretakelse av pasientgruppen. Kommunene på sin side, må forholde seg til noe ulike behandlingstilbud i de fire helseregionene.[18] I *St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdiar for den norske helsetenesta* blir likhet, rettferdighet og likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet trukket frem som sentrale verdier i

[17] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)
[18] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)

helsetjenesten.[19] Norge er et lite land, men har store geografiske og demografiske forskjeller i de ulike landsdelene. Dette påvirker organisering av det psykisk helsevernet, og behandling av den aktuelle pasientgruppen. Det er ikke nødvendigvis et mål å fjerne alle disse ulikhetene, men det er ønskelig å redusere den uønskede variasjonen i tjenestetilbudet.

Behandling av den aktuelle pasientgruppen er ansett for å være særlig krevende, og erfaring viser at det ofte er utfordrende å videreføre pasientene fra lokale sikkerhetsavdelinger til andre døgnavdelinger i det psykiske helsevernet. Dette til tross for at voldsatferden har avtatt og at pasientene er vurdert ferdigbehandlet i lokal sikkerhetsavdeling. Frykten for gjentatt voldsatferd synes å være en sentral faktor som hindrer gode pasientforløp og tilbakeføring til det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet og videre til kommunale botilbud. Når overføringer til andre døgnavdelinger likevel gjennomføres, er det et gjentakende problem at mottagende avdeling ikke viderefører den behandling og de tiltak som er anbefalt fra den lokale sikkerhetsavdelingen. Behandling planlegges dermed ikke ut i fra pasientens risikoprofil og med samfunnsvern som et sentralt hensyn. Dette øker igjen risiko for nye voldshandlinger og/eller reinnleggelser til det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.

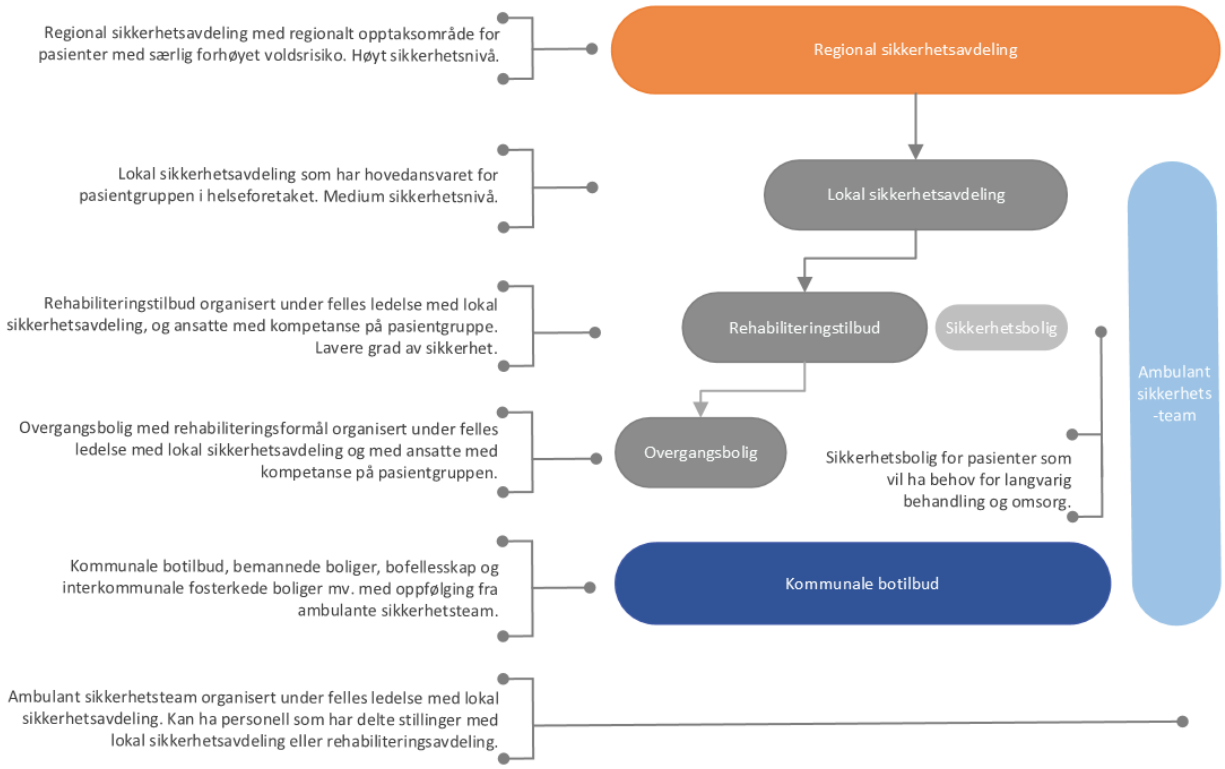
En sentral årsak til at behandling og tiltak ikke videreføres, kan være manglende forståelse av og manglende kompetanse i behandling og håndtering av den aktuelle pasientgruppen. Det faktum at pasientene overføres til en rekke ulike avdelinger og behandlingsnivå, medfører også manglende mengdetrening, som igjen gjør at behandlere og miljøpersonell ikke opparbeider seg nødvendig erfaring i oppfølging av pasientgruppen. Dette gjelder både behandlingstilnærming og kunnskap om juridiske rammebetingelser, herunder vilkår for å fatte vedtak. For pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsproblematikk og rusmiddelbruk vil dette øke risikoen for forverring av psykisk tilstand og påfølgende risiko for voldshandlinger. Det foreslås derfor en tilnærming som bedre legger til rette for gode pasientforløp og godt samfunnsvern.

For å skape et bærekraftig psykisk helsevern som evner å håndtere dagens og fremtidens utfordringer, er det derfor nødvendig med en kapasitetsøkning (se kapittel 3.4), men også en dreining i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet, med økt fokus på rehabilitering, funksjonskartlegging, ambulante tjenester og et hensiktsmessig samarbeid med kommunene. Det vil være sentralt å definere et sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud, som ivaretar hensynet til god faglig behandling, kompetanse og samfunnsvern gjennom hele forløpet.

Modellen som skisseres i Figur 1 viser et sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud hvor de lokale sikkerhetsavdelingene får utvidede oppgaver med eventuell samlokalisering og samorganisering med rehabiliteringsfunksjoner, overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam og eventuelle sikkerhetsboliger. Sentralt i modellen er at den sikkerhetspsykiatriske kompetansen og forståelsen videreføres i alle ledd, under en felles ledelse for det sikkerhetspsykiatriske pasientforløpet. Pasientene vil overføres mellom tjenestetilbudene beskrevet i modellen, etter behov. Oppfølging i et slikt tjenestetilbud vil være aktuelt for en stor andel av pasientgruppen, mens noen pasienter vil kunne motta behandling i det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet, enten gjennom hele behandlingen, eller tidvis i forløpet. Noen pasienter vil ha behov for opphold på alle nivå som beskrevet i Figur 1, mens andre vil kunne ha nytte av behandling i enkelte deler av tilbudet. Alle pasientforløp må tilpasses etter individuelle behov og lokale forhold. Modellen må tilpasses lokale forhold i den enkelte helseregion. I opprettelse av de ulike tjenestetilbudene må det tas hensyn til øvrig organisering, geografi, demografi og andre forhold som påvirker behovet i regionen.

[19] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000)

Figur 1: Forslag til et sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud



Det er nødvendig med tett samarbeid mellom nivåene, og kommunen må involveres tidlig og medvirke gjennom hele pasientforløpet. Det er viktig å ha en felles forståelse av utfordringene og pasientens behov, og det må etableres en hensiktsmessig og klar ansvarsfordeling underveis i forløpet. God dialog mellom spesialisthelsetjenesten og ansatte i kommunen før, under og etter utskriving er avgjørende for gode utskrivningsprosesser. Arbeidet som gjøres før utskrivning er viktig for å hindre forverring av pasientens tilstand og unødvendige innleggelser i etterkant av utskrivning.

3.1.1 Regionale og lokale sikkerhetsavdelinger

Det er den lokale sikkerhetsavdelingen som har hovedansvaret for behandling av den aktuelle pasientgruppen i hvert helseforetak. De regionale avdelingene skal ha kapasitet og forsterket bemanningsfaktor til å kunne ta imot pasienter som har en særlig forhøyet risiko for vold. De regionale sikkerhetsavdelingene må være bygningsmessig utformet med høyere grad av sikkerhet enn de lokale avdelingene, se kapittel 3.8. Når pasientens tilstand tilsier det, skal hen videreføres til lokal sikkerhetsavdeling. For å sikre god pasientflyt mellom regionalt og lokalt nivå, kan prosedyrer med kriterier for overføring og tilbakeføring mellom de to nivåene være nyttig.

De lokale sikkerhetsavdelingene skal ha en sentral rolle hva gjelder behandling og oppfølging av pasientgruppen og utvikling av fagfeltet i helseforetaket, og bør etablere ulike former for oppfølging av pasientene etter utskrivelse fra avdelingene, se kapittel 3.1.2, 3.1.3 og 3.1.4. Det er viktig at kompetansen som finnes i de lokale sikkerhetsavdelingene blir aktivt brukt i oppfølging av pasientene etter utskrivelse, både til ulike rehabiliteringsfunksjoner, overgangsboliger, i ambulante sikkerhetsteam og i eventuelle sikkerhetsboliger.

3.1.2 Rehabilitering

Overgangen fra døgnopphold i en lokal sikkerhetsavdeling til kommunalt botiltak er i mange tilfeller et for stort sprang, både når det gjelder pasientens fungering og behovet for samfunnsvern. Det er nødvendig med tilrettelegging av en mer gradvis overgang fra sikkerhetsavdelingene til kommunale botiltak. En del av pasientgruppen vil kunne dra nytte av innleggelse i døgnavdelinger for rehabilitering, for å bedre den daglige fungeringen før videreføring til kommunale botiltak. Ved å etablere slike avdelinger - eller ved å omorganisere allerede eksisterende avdelinger - og legge dem under samme ledelse som de lokale sikkerhetsavdelingene, kan den sikkerhetspsykiatriske forståelsen og arbeidsmåten videreføres, samtidig som presset mot lokale sikkerhetsavdelinger reduseres. I slike avdelinger kan det være en noe lavere bemanningsfaktor enn i de lokale sikkerhetsavdelingene, noe som kan bidra til bedre utnyttelse av allerede knappe personellressurser, se også kapittel 3.6. Et sentralt poeng med et slikt tilbud er at den lokale sikkerhetsavdelingen arbeider i tett samarbeid med rehabiliteringsavdelingen og det ambulante sikkerhetsteamet, og at de ansatte har den samme tilnærming og behandlingsfilosofi. Rehabiliteringsavdelinger må være godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

FAKTA

SIKKERHET- OG REHABILITERINGS-AVDELING I HELSE FONNA HF

Helse Fonna HF har organisert sitt lokale sikkerhetspsykiatriske tilbud med ni døgnplasser i den lokale sikkerhets-avdelingen og åtte plasser i en sikkerhets- og rehabiliteringspost. Avdelingene er samlokalisert og underlagt samme ledelse. Rehabiliteringsavdelingen tar imot pasienter som trenger noe lengre opphold i døgnavdeling, men som ikke lenger trenger den bemanningen eller rammene som lokal sikkerhetsavdeling har. Pasientene blir enten innlagt direkte fra den lokale sikkerhetsavdelingen eller via det ambulante sikkerhetsteamet (FACT-sikkerhet), som er under samme ledelse. Ved eventuell forverring i pasientens psykisk tilstand eller brudd på vilkår (f.eks. rus, rømning) kan pasientene raskt overføres tilbake til den lokale sikkerhetsavdelingen.

(Helse Fonna HF, 2023)

Alternativt kan et slikt rehabiliteringstilbud, med høyt fokus på funksjonstrening og kartlegging, være en integrert del av den lokale sikkerhetsavdelingen, i ulike overgangsboliger (se kapittel 3.1.3) eller andre deler av det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Det sentrale er at den sikkerhetspsykiatriske kompetansen og forståelsen tilbys på flere nivå i det psykiske helsevernet, og at det er et rehabiliteringsfokus gjennom hele forløpet. Dette vil skape en bedre fleksibilitet i behandlingstilbudet, gi bedre individuelt tilpasset oppfølging og bedre ressursutnyttelse, samt redusere risiko for svikt og alvorlige hendelser.

I rapporten *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien*, påpekes det at det ofte er uenigheter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen om hvorvidt en pasient er utskrivningsklar.[20] Rapporten *I Grenseland* hevder at denne uenigheten primært går på vurdering av pasientens funksjonsnivå.[21] Videre viser rapporten *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* til at *«få rehabiliteringsplasser i psykisk helsevern og et utilstrekkelig kommunalt mottakstilbud er en potensiell trussel mot pasientenes rettssikkerhet, da det også kan bidra til at noen pasienter forblir innlagt på et for høyt sikkerhetsnivå, som de ikke lengre er i behov av»*, se også kapittel 4.2.[22]

Et forsterket rehabiliteringstilbud vil gi mulighet for kartlegging og identifisering av risikofaktorer under mindre strenge tiltak, samtidig som pasienten følges opp av personell som har kompetanse på sikkerhetspsykiatrisk behandling og risikohåndtering. Denne måten å arbeide på gir mulighet til å se om pasientene mestrer opphold under mindre strenge rammer, uten bruk av rusmidler eller voldsatferd. Opphold i rehabiliteringsavdelinger kan på den måten bidra til å avklare pasientens omsorgsbehov på kommunalt nivå, og dermed bidra til bedre overføringer. Den lokale sikkerhetsavdelingen fungerer samtidig som en sikkerhetsventil ved forverring av tilstand, ved økt voldsatferd eller ved vilkårsbrudd som øker risiko for uheldige hendelser. Pasienten kan da raskt tilbakeføres til den lokale sikkerhetsavdelingen. I slike rehabiliteringsavdelinger forutsettes det at samarbeidet med kommunen videreføres, og at ambulant sikkerhetsteam involveres i behandlingen, se kapittel 3.1.5. Når funksjonsnivå er avklart og

[20] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)
[21] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[22] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)

risikohåndteringsplan er utarbeidet sammen med relevante samarbeidspartene, kan pasienten overføres til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i kommunalt botiltak.

TILTAK

- Etablere rehabiliteringstilbud, der dette vil bidra til bedre overføringer til kommunen. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.

3.1.3 Overgangsboliger

For noen pasienter vil utprøving i boliger i spesialisthelsetjenesten være en nyttig del av forløpet, før videreføring til kommunalt botiltak. Dette gjelder i hovedsak for de som anses ferdigbehandlede i spesialisthelsetjenesten, men som fortsatt kan være i behov for tidvise vedtak hjemlet i psykisk helsevernloven, for eksempel ruskontroll, utgangskontroll og innskrenkninger i kontakt med omverdenen.[23] Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter slår fast at tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må være avsluttet før pasienten kan meldes utskrivningsklar.[24] Etablering av boliger under samme ledelse som lokale sikkerhetsavdelinger kan bidra til en lettere rehabiliteringsprosess, ved at pasienten kan få trene på ferdigheter som er nødvendig for å kunne fungere i et kommunalt botilbud, samtidig som pasienten følges opp med den kompetansen sikkerhetsavdelingene besitter, og er underlagt det lovverket som spesialisthelsetjenesten forvalter. Slike boliger må derfor være godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Opphold i overgangsboliger muliggjør tett oppfølging av pasienten og rask iverksettelse av tiltak, dersom det observeres endringer som kan representere en økt risiko for alvorlige hendelser. Det er sentralt å ha mulighet til å fatte vedtak etter psykisk helsevernloven når det er behov for dette, samtidig som at man ivaretar pasientens rettssikkerhet ved at pasienten og dens pårørende har klageadgang til kontrollkommisjonen. Ivaretakelse av pasienter på et lavere behandlingsnivå og med rehabiliteringsformål, gir videre rom for samarbeid med pasientene, og følgelig derfor også bedre livskvalitet og autonomi.

I overgangsboliger kan pasientenes risikofaktorer - i en kontekst utenfor sykehus - identifiseres i større grad enn det som er mulig inne i en døgnavdeling. Et slikt botilbud, for en liten gruppe av pasientene, vil kunne gi individuell tilpasning ut i fra pasientens behandlingsbehov, og legge til rette for funksjonstrening, livsmestring og sosialisering, samtidig som samfunnsvernet ivaretas.

FAKTA

EIKETUN I HELSE STAVANGER HF

Helse Stavanger HF har etablert et behandlingstilbud i halvannenlinje-tjenesten – Eiketun - som består av fem døgnbemannede leiligheter med poliklinisk oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og voldshistorikk, og som har et samtidig rehabiliteringspotensiale. Målgruppen er i hovedsak pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern. Eiketun er organisert under Avdeling Sikkerhet, og det faglig ansvarlige for pasientene ligger også der. Oppholdets varighet er på ubestemt tid og individuelt betinget. Eiketun har et bredt tverrfaglig samarbeid med ulike instanser innen helse- og sosialtjenester, utdannings- og arbeidstiltak, og andre relevante aktører. Innenfor de faste rammene som behandlingstilbudet gir, legges det vekt på ivaretakelse av samfunnsvern, og relasjonsbygging - både med pasienten og pårørende - hvor forutsigbarhet, tillit, mestring og brukermedvirkning er sentrale begreper. For å nå målet om rehabilitering, tilstrebes deltakelse i meningsfulle aktiviteter som gruppetilbud, arbeid eller utdanning. Eiketun tilbyr å følge opp pasienter en periode etter utflytting, dersom dette vurderes hensiktsmessig, samt tilbyr veiledning til mottakende instans ved behov. Oppfølgingen fra Eiketun etter utflytting skjer i samarbeid med den som er faglig ansvarlig for pasienten.

(Helse Stavanger HF, 2023)

[23] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern

[24] (Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter, FOR-2011-11-18-1115) § 9. Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

For noen pasienter vil opphold i en overgangsbolig være et hensiktsmessig ledd i behandlingen som bidrar til å gjøre pasienten i stand til å fungere på et lavere behandlingsnivå, utenfor spesialisthelsetjenesten. Involvering fra kommune er derfor viktig i denne fasen av pasientforløpet. Det anbefales etablering av hospiteringsordninger og lignende tiltak for kompetanseoverføring for ansatte fra kommunen, som på denne måten kan få anledning til å bli kjent med pasienten, hens sykdomsbilde og risikofaktorer. Dette vil kunne legge til rette for gode overganger til hjemkommunen, ved at man får overført kunnskap om oppfølging og håndtering før overføring. Ansatte fra kommunen bør få relevant undervisning og delta i utarbeidelse av risikovurderinger og risikohåndteringsplaner.

TILTAK

- Etablere overgangsboliger, der dette vil bidra til bedre overføringer til kommunen. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.

3.1.4 Sikkerhetsboliger

Det bemerkes at det finnes en liten gruppe personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsproblematikk som vil ha behov for langvarig behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke gjort noe kartlegging av hvor mange pasienter dette gjelder, men anslagsvis er det snakk om 5-15 pasienter på landsbasis. Disse pasientene kan fremvise vedvarende psykosesymptomer og alvorlig voldsproblematikk over flere år, og er således i behov av behandling i boliglignende tiltak innenfor rammene av spesialisthelsetjenestens lovhjemler. Det vil også kunne være aktuelt for en liten andel av de domfelte pasientene, hvor hensynet til samfunnsvernet ikke vil la seg ivareta i kommunale botiltak. Spesialisthelsetjenesten har her et ansvar for å tilby et bo- og behandlingstilbud som er særlig tilpasset personer med atferds- og/eller voldsproblematikk, og hvor hensynet til samfunnsvern må vektes høyt.

I noen områder kan det være hensiktsmessig å etablere samarbeid om sikkerhetsboliger på tvers av lokale helseforetak, eventuelt at det etableres regionale sikkerhetsboliger for hele helseregionen. Dette vil være særlig aktuelt i de tilfeller hvor man har pasienter som er i behov av et omfattende tilbud, og hvor det kan være urimelig at det enkelte helseforetaket skal bære kostnadene alene.

TILTAK

- Etablere sikkerhetsboliger, der dette vil bidra til bedre overføringer til kommunen. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.

3.1.5 Ambulante sikkerhetsteam

En stor utfordring i forløpene til pasienter med forhøyet voldsrisiko, er overgangen fra opphold i døgnenhet i spesialisthelsetjenesten, til botiltak i kommunen. Erfaring viser at slike overføringer byr på en rekke utfordringer, og sjelden er sømløse.[25] Et velfungerende tjenestetilbud innebærer at det etableres gode og forutsigbare pasientforløp på tvers av nivåene. Dette er særlig viktig for pasientene, men også for å sikre kapasitet ved god utnyttelse av

[25] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)

høyspesialiserte døgnplasser. Dette er utførlig beskrevet i rapporten *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien*.[26]

Noen steder i landet er det praksis at pasienter skrives ut fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger via allmenpsykiatriske døgnavdelinger, før de overføres til kommunen med oppfølging av DPS (distriktspsykiatriske sentra). Andre steder skrives pasienten ut til kommunen direkte fra den lokale sikkerhetsavdelingen. Det er med andre ord flere «veier» ut av sikkerhetspsykiatriske avdelinger. I *Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste* anbefales det at oppfølging etter utskrivelse fra døgnopphold av pasienter som er alvorlig psykisk syke, med eller uten rusmiddelavhengighet, og med vold i sykehistorien, bør organiseres i ambulante og oppsøkende team.[27] Også kommunene etterlyser bedre tilgang til ambulante behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten.[28] I rapporten *I Grenseland*, trekkes det frem hvilken betydning ambulante behandlingsteam kan ha for samarbeid om oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse i kommunene, og hvordan denne type tilbud kan representere en sammenheng mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.[29] Etablering av ambulante sikkerhetsteam, medfører at man - for en liten gruppe pasienter - bryter med anbefalingen om at veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten skal gå via DPS.[30] Et sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp, som går utenom allmennpsykiatrien vurderes å være faglig godt begrunnet, i de tilfeller samfunnsvernet står sentralt i oppfølgingen av pasienten. Ambulante sikkerhetsteam bør ha en områdefunksjon og dekke hele helseforetakets opptaksområde, men det vil være behov for lokale tilpasninger.

En stor andel av pasientene som gis behandling i sikkerhetspsykiatriske avdelinger har behov for langvarig oppfølging og bistand ved overføring fra behandling med døgnopphold, til behandling uten døgnopphold. Dette gjør at behovet for et godt planlagt og forutsigbart pasientforløp er stort. For å sikre tilstrekkelig kompetanse i den polikliniske oppfølgingen, vil det - for mange i den aktuelle pasientgruppen - være hensiktsmessig med oppfølging av ambulante sikkerhetsteam som er organisert under samme ledelse som de lokale sikkerhetsavdelingene, og som innehar det faglige ansvaret gjennom hele utskrivningsprosessen og ut i kommunalt botiltak. Teamene må ha spesialister med vedtakskompetanse, og annet helsefaglig personell. De ansatte i ambulante sikkerhetsteam må ha høy kompetanse både innen psykisk helsevern og i systematisk risikohåndtering, på samme måte som i øvrig sikkerhetspsykiatri. Det kan være hensiktsmessig at de ansatte har delte stillinger mellom sikkerhetsavdelingen, rehabiliteringsfunksjoner og det ambulante teamet. Slike team vil sikre kompetanse og kontinuitet i oppfølgingen, og gi pasienten en stabil relasjon til kjente personer gjennom utskrivningsprosessen. Ambulant oppfølging av pasientgruppen vil kunne redusere risiko for vold, redusere lengden på døgnopphold i det

FAKTA

AMBULANTE TJENESTETILBUD

Arbeidsgruppen er kjent med at det er opprettet tre FACT-sikkerhetsteam i Norge; ved Blakstad sykehus i Vestre Viken HF, ved Reinsvoll sykehus i Sykehuset Innlandet HF, og ved Valen sykehus i Helse Fonna HF. FACT-sikkerhet i Sykehuset Innlandet er fortsatt i prosjektfase. Flere andre helseforetak har opprettet ambulante team for oppfølging av pasientgruppen. Her kan bl.a. nevnes Lovisenberg DPS som drifter APAS (Ambulant Psykose Avhengighet Sikkerhet), som gir ambulant behandling i sentrumsbydelene i Oslo.

FACT-sikkerhet i Vestre Viken HF har en helseforetaksovergripende funksjon og følger opp en utvalgt gruppe av pasienter innlagt på sivilrettslig og strafferettslig tvungent psykisk helsevern. Erfaring fra Vestre Viken HF viser at etablering av et ambulant sikkerhetsteam bidrar til at flere pasienter kan skrives ut fra sikkerhets-psykiatriske døgnavdelinger, og en nedgang i bruk av de akuttpsykiatriske tjenestene i sykehuset. Oppfølgingen gir mulighet til å raskt kunne fange opp eventuelle forverringer hos pasienten og sørge for at pasienten får forebyggende hjelp på et tidligere tidspunkt. Dette forhindrer i neste omgang forverring av tilstand og reduserer risiko for reinnleggelse i sykehus. Pasientgruppen får økt autonomi og livskvalitet, et mer sammenhengende behandlingsforløp. Videre har sykehuset oppnådd et tettere samarbeid med de kommunale tjenestene i regionen. De som leverer helse- og omsorgstjenester i kommunene uttrykker at de føler seg tryggere og bedre rustet til å ta imot den aktuelle pasientgruppen.

(Vestre Viken HF, 2023)

[26] ibid
[27] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)
[28] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[29] ibid
[30] (Sosial- og helsedirektoratet, 2006)

psykiske helsevernet og øke livskvaliteten til pasienten, ved at hen tidligere kan få bo i egen bolig og oppleve en større grad av autonomi. Alternativet kan være årelange opphold i døgninstitusjon, se også kapittel 4.

Et sammenhengende pasientforløp gjennom poliklinisk oppfølging er også viktig for å sikre stabilitet og trygghet for de pårørende og for ansatte i kommunene. For at ambulante team skal fungere optimalt, må det være et godt samarbeid mellom personell fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, som sammen finner løsninger til det beste for pasienten. Et viktig element i ambulant oppfølging er at spesialisthelsetjenesten reiser ut til pasienten, og får bedre kunnskap om den konteksten pasienten fungerer i, og gjennom dialog med kommunalt ansatte gjør nødvendige tilpasninger og tiltak i oppfølgingen. Dette vil gjøre det lettere å tilrettelegge for en adekvat oppfølging i et kommunalt botilbud. Kunnskap om denne konteksten må også hensyntas i utarbeidelse av risikohåndteringsplaner, se kapittel 3.3.2.

Målgruppen for ambulante sikkerhetsteam er pasienter med alvorlig psykisk lidelse og voldsproblematikk, og hvor samfunnsvernet er en førende faktor i videre poliklinisk behandling. Oppfølging etter utskrivelse fra sikkerhetsavdeling kan derfor være spesielt krevende. Med krevende menes her en kompleksitet i oppfølgingen som kan bestå av nyanser i atferd som er vanskelig å tolke, og et voldspotensiale med utydelige varselsignaler, fiendtlighet eller manglende samarbeid, ofte knyttet til lav sykdomsinnsikt. Pasientene skal oppfylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter farekriteriet i psykisk helsevernloven, eller være dømt til tvungent psykisk helsevern.

Målet for oppfølging av et ambulant sikkerhetsteam er at pasienten på sikt skal kunne overføres til det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet og til oppfølging av DPS og/eller et lokalt ambulant team når hen over tid har vist evne til samarbeid, har fått økt sykdomsinnsikt og symptommestring, og et funksjonsnivå som gjør bistand fra et ambulant sikkerhetsteam overflødig. Risikohåndteringsplaner må ha vist seg gjennomførbare over lengre tid. Ved eventuell forverring vil pasienten raskt kunne tilbakeføres til ambulant sikkerhetsteam, eventuelt til behandling med døgnopphold for behandling og stabilisering. Når pasienten etableres i kommunale botiltak eller i egen bolig kreves det godt og tett samarbeid mellom nivåene, og kompetanseoverføring for å sikre kontinuitet i oppfølgingen. Ansatte i ambulante sikkerhetsteam og ansatte i kommunen må alle bidra med kunnskap og kompetanse til å løse utfordringene og utnytte de mulighetene som ligger i samarbeidet. Erfaringer viser at dette kan øke tillit og respekt mellom tjenestenivåene. Ansatte som jobber med pasienten i det kommunale tiltaket bør ha tilbud om veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og det bør legges til rette for gjensidig hospitering.

Det finnes ulike modeller for hvordan poliklinisk oppfølging kan gjennomføres: sikkerhetspoliklinikker, ambulante sikkerhetsteam og FACT-sikkerhet m.fl. Det foreligger ikke noe entydig svar på hvilken modell som passer for alle helseforetak i landet. Poliklinisk virksomhet må derfor tilpasses etter hvilke pasienter man søker å følge opp, organisering, geografi, demografi og andre lokale forhold. Det er rimelig å tro at en dreining til økt bruk av ambulante sikkerhetsteam vil være mer samfunnsøkonomisk gunstig. Opphold i sikkerhetsavdelinger og på lukkede døgnplasser i det psykiske helsevernet, er svært kostnadskrevende. Selv om bruk av kommunale botiltak og etablering av ambulante sikkerhetsteam også er kostnadskrevende, er det rimelig å tro at økt bruk av ambulante sikkerhetsteam er et tiltak som kan bidra til mer kostnadseffektive løsninger.

Det er viktig å presisere at driften av ambulante sikkerhetsteam også har noen begrensninger og ikke løser alle problemer rundt oppfølging av pasienter med psykiske lidelser, voldsatferd og rusproblemer. For å kunne håndtere den aktuelle pasientgruppen vil det i noen tilfeller være behov for kontrolltiltak for ivaretakelse av samfunnsvernet når pasienten er i behandling uten døgnopphold, som f.eks. utgangskontroll og rusprøver, se også kapittel 4. En annen faktor er at den polikliniske aktiviteten foregår på dagtid, og at slike ambulante tjenester sjelden er døgnåpne. Dette kan være en ulempe, ved at det polikliniske teamet ikke kan stille opp i akutte situasjoner som foregår utenfor ordinær arbeidstid. Noen eksisterende ambulante team løser dette ved at beredskapen er knyttet til den lokale sikkerhetsavdelingen eller andre avdelinger som har døgndrift. Et annet forhold som utfordrer ambulant virksomhet,

er at mange helseforetak har opptaksområder som strekker seg over store avstander. Dette gjør at det i flere helseforetak vil være svært tid- og kostnadskrevende å reise ut til pasienten. Dette taler for en sentralisering av enkelte botilbud, se kapittel 3.1.6.

TILTAK

- Opprette ambulante sikkerhetsteam i helseforetak med sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.

3.1.6 Kommunale botilbud

Helse- og omsorgstjenesteloven gir kommunen ansvar for å medvirke til å skaffe boliger for personer som ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet selv, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for de som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller andre årsaker.[31] Det er svært viktig at den aktuelle pasientgruppen ikke diskrimineres på grunn av voldshistorikk og andre stigmatiserende forhold, og at de har tilgang på kommunale helse- og omsorgstjenester i likhet med andre medborgere. Et godt botilbud er en sentral del av et helhetlig pasientforløp, og en viktig faktor i en ønsket politisk dreining av tjenestetilbudet, hvor pasienten i større grad skal møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv.[32] Til tross for at det er spesialisthelsetjenesten som er tildelt det lovpålagte ansvaret for ivaretakelse av samfunnsvernet for domfelte pasienter, vil gode botilbud i kommunene være en del av det totale behandlingstilbudet som må etableres for å ivareta dette hensynet.

I den aktuelle pasientgruppen vil det være store forskjeller på hvor omfattende behov pasientene har for kommunale tjenester. Noen vil kun trenge at en bolig stilles til disposisjon, mens andre vil være i behov av en bemannet bolig og tett oppfølging. Dette vil særlig gjelde pasienter med lavt funksjonsnivå og lav boevne. Forhold som gjør det utfordrende å finne tilpassede botilbud til pasientgruppen er bl.a. hensyn til lokalisering og innslag av rus i bomiljøet, tilgang til personell og hensiktsmessig bygningsmasse. Særlig i mindre lokalsamfunn kan voldshistorikk og muligheten for å påtreffe fornærmede og etterlatte være en særskilt utfordring for bosetting, se også kapittel 3.5.4. Kommunenes mulighet for å tilrettelegge for egnede bo- og tjenestetilbud påvirkes også av kommunestørrelse og av hvor utviklet tilbudet er i kommunen.[33] Større kommuner har gjerne bedre mulighet for en mer differensiert boligmasse, og for tilpassede og spesialiserte tilbud. Det er derfor store variasjoner i bo- og tjenestetilbudet mellom landets kommuner. Dette er særlig knyttet til økonomiske forhold, mangel på kompetansemedarbeidere og boligmasse. Mange kommuner har svært lange avstander til sykehusfunksjoner og basen for ambulante tjenester. Dette skaper utfordringer ved eventuelle akuttinnleggelser og for jevnlig tilsyn av pasientene av ambulante sikkerhetsteam. For mange kommuner kan det være krevende å tilby boliger i tråd med behovene som defineres av spesialisthelsetjenesten.[34] Til tross for dette har også denne pasientgruppen en lovpålagt rett til få hjelp av kommunen til å skaffe seg et sted å bo. Dette innebærer at kommunene må fremskaffe botilbud som evner å imøtekomme de behovene pasientene har for omsorg, oppfølging og stabilitet.

Skal man lykkes med å etablere forsterkede botiltak for personer med store omsorgsbehov, må kommunene ha tilgang på kvalifisert personell, ha adekvat avstand til sykehusfunksjoner og mengdetrening på håndtering av den aktuelle pasientgruppen. Tilbudet må derfor i noen tilfeller sentraliseres, og flere steder i landet vil det være hensiktsmessig med interkommunale samarbeid. Dette vil særlig gjelde for de tilfeller hvor det er behov for forsterkede kommunale

[31] (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30) § 3-7. Boliger til vanskeligstilte
[32] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)
[33] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[34] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)

botiltak, og mottakerkommunene ikke har nødvendige ressurser eller forutsetninger for å opprette et slikt tilbud. Dersom de geografiske avstandene er for store, vil også samarbeidet og kompetanseoverføringen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune være krevende og kostbart. Dette vil være en særlig aktuell problemstilling for driften av ambulante sikkerhetsteam. Forsterkede botiltak er derfor mest hensiktsmessig lagt til områder hvor spesialisthelsetjenesten er i geografisk nærhet til aktuell kommune. Dette vil også kunne gi bedre tilgang på utdannet personell. Store kommuner med nærhet til sykehusfunksjoner kan derfor være pådrivere og ta et større ansvar for å bosette disse pasientene. Pasientens hjemkommune vil naturligvis ha et finansielt medansvar.

Det er essensielt for vellykkede overføringer, at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er likeverdige partnere i samarbeidet og i oppfølgingen av pasientene. Gode samarbeidsavtaler må derfor ligge til grunn, se kapittel 3.2.1. Kommunene må involveres i pasientforløpet allerede ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten, slik at de blir kjent med pasientens utvikling og behov, se kapittel 3.1. Overføring til kommunalt botiltak må planlegges i god tid, og spesialisthelsetjenesten og kommunen må komme til enighet om utskrivningsplaner. Det må videre foreligge en risikohåndteringsplan (se kapittel 3.3.2) og det må være avklarte kriterier for innleggelse eller avlastning i spesialisthelsetjenesten. Det må utarbeides avtaler med politiet som sikrer nødvendig bistand, og for transport for pasienter ved behov. Et utdanningstilbud eller sysselsetting, et meningsfylt aktivitetstilbud og andre lignende tiltak er suksessfaktorer og må være etablert før overføring til bolig, se kapittel 3.3. Det vil være av stor betydning om man får til gjensidige hospiteringsordninger, hvor ansatte fra kommunen kan bli kjent med pasienten før utskrivelse, og hvor spesialisthelsetjenesten får anledning til å følge pasienten ut i kommunalt botiltak.

TILTAK

- Videreutvikle gode samarbeid med kommunene, og gi støtte og trygghet til det kommunale tjenestetilbudet, gjennom aktiv bruk av ambulante sikkerhetsteam.

3.1.7 Om en rettspsykiatrisk helsetjeneste

Siden 2002 har justissektoren fått økt innflytelse i det psykiske helsevernet, særlig gjennom domstolenes mulighet til å dømme personer til tvungent psykisk helsevern, og gjennom påtalemyndighetens partsrolle i pasientforløpene. Bak innføringen av særreaksjonsordningen i 2002 og utvidelsen i 2016, lå justissektorens tvil om helsevesenets evne og vilje til å verne samfunnet mot kriminalitet, ved bruk av sivilrettslig hjemmel for innleggelse og det tidligere sikringsinstituttet.[35] Gjennom den nye særreaksjonsordningen og innføring av varetektssurrogat har helsevesenets asylsuverenitet blitt gradvis svekket. Den rettslige utviklingen innebærer at siktede og domfelte personer i økende grad opptar døgnplasser i det psykiske helsevernet. Kapasiteten i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene er særlig berørt.[36] I et helsefaglig perspektiv er det et paradoks at justissektoren har fått økt råderett over behandlingsplassene i sykehus, til tross for at den ikke innehar kompetanse til å vurdere hvilke behandlingsgevinst et sykehusopphold vil kunne gi den enkelte. Konsekvensen av denne ordningen er at innleggelse av pasienter etter strafferettslig hjemmel kan fortrenge pasienter som klinisk sett har et større behov for behandling.

De siste års utvikling, med en økning av innleggelser etter strafferettslig hjemmel, og noen alvorlige hendelser knyttet til personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern, har medført en diskusjon rundt den overordnede organiseringen av det psykiske helsevernet. Diskusjonene rundt organisering har tatt utgangspunkt i både kapasitetsmessige, faglige og sikkerhetsmessige forhold. Noen har tatt til ordet for å skille ut det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet fra det ordinære psykiske helsevernet, og argumentert for etablering av en

[35] (Holst & Kilden, Justissektorens inntog i norsk psykiatri. Tidsskrift for norsk legeforening, 2021)
[36] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)

rettspsykiatrisk helsetjeneste med egne institusjoner og pasientforløp. En rettspsykiatrisk helsetjeneste vil behandle pasienter som har alvorlige sinnslidelser og voldsatferd, herunder behandling av pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern. I tillegg vil tjenesten ha ansvar for pasienter på varetekt og i varetektssurrogat, og observander innlagt til rettspsykiatrisk undersøkelse. Slik er organiseringen i flere land i Europa.

Argumenter for etablering av en rettspsykiatrisk helsetjeneste er bl.a. å frigjøre plassene i det ordinære helsevesenet til pasienter innlagt etter psykisk helsevernloven, hvor helsevesenet selv beslutter innleggelse (asylsuverenitet), gjennomføring og utskriving, ut ifra helsefaglige vilkår og hensyn. Et annet argument er å sikre høy kompetanse i oppfølging av pasienter innlagt etter strafferettslig hjemmel, særlig kompetanse på lovverket som regulerer ivaretakelse av samfunnsvern. I tillegg vil det være mulig å etablere formelle rammer for rettspsykiatriske undersøkelser i sykehus for tiltalte i straffesaker. Det mest sentrale er kanskje at det ved opprettelse av en rettspsykiatrisk helsetjeneste, vil være mulig å etablere og etterleve en rettspsykiatrisk lovgivning som bedre ivaretar de utfordringer som er knyttet til behandling av pasienter med voldsatferd, og hvor samfunnsvernet er sentralt i behandlingen. Dette vil kunne medføre redusert risiko for svikt og alvorlige hendelser. Innen et slikt tjenestetilbud vil det også kunne være lettere å etablere bygningsmessige rammebetingelser som ivaretar sikkerhetsmessige behov.

Argumenter mot en slik oppdeling er bl.a. at det er ressurskrevende å ha to psykiatriske tjenester, og at det er en fare for at det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet vil bli ytterligere redusert, ved at ressursene vil følge de svært ressurskrevende pasientene til den rettspsykiatriske helsetjenesten. En todeling vil på den måten kunne medføre at pasienter som ikke har en dom til tvungent psykisk helsevern, men likevel er i behov av sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud, vil få forringet sine behandlingsmuligheter. Nasjonale utfordringer knyttet til tilstrekkelig tilgang på nødvendig kompetanse og bemanning i helsetjenesten, vil også ha betydning her. Samtidig vises det til at flere helseforetak har klart å tilpasse seg økningen i antall domfelte pasienter, og evner å ivareta dem i det ordinære psykiske helsevernet, i samsvar med lovgivers intensjon. Det argumenteres for at dagens organisering, med kompetanseheving knyttet til behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og voldsproblematikk, vil være tilstrekkelig for oppfølging av pasienter innlagt etter strafferettslig hjemmel og for ivaretakelse av samfunnsvernet.

Arbeidsgruppen anbefaler at det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet videreføres som en integrert en del av det ordinære psykiske helsevernet. Dette er en videreføring av en lang norsk tradisjon, som innebærer at personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd, skal ivaretas av helsevesenet og få hjelp for sin psykiske lidelse. Slik motvirkes også unødig kriminalisering av alvorlig syke pasienter. Det understrekes imidlertid at forutsetningene for at dette kan lykkes, er at det sikres tilstrekkelig døgnkapasitet på sykehusnivå, både i det sikkerhetspsykiatriske- og i det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet, se kapittel 3.4.2. Videre vil det være helt avgjørende å frigjøre døgnkapasiteten ved å ha gode pasientpasientforløp, internt i spesialisthelsetjenesten, mellom det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og det øvrige psykiske helsevernet, og fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er viktig for at utskrivningsklare pasienter kan overføres til kommunale botiltak.

For å bidra til bedre overføringer, både med hensyn til god faglig behandling og samfunnsvern, vil etablering av nye tjenestetilbud og en dreining mot økt bruk av ambulante sikkerhetsteam være avgjørende. I tillegg må oppfølging av den aktuelle pasientgruppen kvalitetssikres gjennom rutiner, samhandling, kompetanse, forskning og fagutvikling, for å ivareta samfunnsvernet og redusere risiko for svikt og alvorlige hendelser, se kapittel 3.2, 3.6 og 3.7. På den måten vil det kunne skapes tillit til det psykiske helsevernet, og behovet for en egen rettspsykiatrisk helsetjeneste vil bli redusert. Dersom ikke tiltak som nevnt i kapittel 3.1 og 3.4.2 blir innført i nær framtid, er det en risiko for at det vil kunne tvinge seg frem et skille, med etablering av en egen rettspsykiatrisk helsetjeneste. Allerede i dag forekommer det diskusjoner blant politikere og myndighetspersoner som går i retning av slik organisering.[37]

[37] (Stortinget, 2023)

3.2 Samhandling og retningslinjer

Oppfølging av pasientgruppen involverer ofte flere parter, som bl.a. pasientenes pårørende, kommune, fastlege, tilsynsmyndigheter, politi, påtalemyndighet m.fl. Samhandling og informasjonsflyt internt i spesialisthelsetjenesten og på tvers av etater er derfor sentralt for å få til gode pasientforløp, effektiv ressursutnyttelse og ivaretakelse av samfunnsvern. Dette gjelder både for formelt samarbeid og for de mer uformelle fora som legger til rette for kjennskap på tvers av nivå og etater. For å bidra til bedre samarbeid og for å redusere risiko for svikt og alvorlige hendelser, er det derfor nødvendig å etablere struktur og gode rutiner for samhandling.

3.2.1 Samarbeidsavtaler

Tjenestetilbudet til den aktuelle pasientgruppen skal utføres på best effektive behandlingsnivå, jf BEON-prinsippet, og ivaretas gjennom helhetlige pasientforløp utviklet i fellesskap.[38] Helse- og omsorgstjenesteloven forplikter kommunene til å ha samarbeidsavtale med regionale helseforetak eller det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.[39] Dette gjelder både for pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern etter sivilrettslig og strafferettslig hjemmel.

Som det fremgår av rapporten *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* er tydelig fordeling av ansvar, godt utarbeidede planer for behandling og risikohåndtering, og samarbeid om oppfølgingen premisser for at kommuner skal være i stand til å ta vare på denne pasientgruppen.[40] Dette støttes av rapporten *I grenseland,* hvor kommunene beskriver at suksesskriterier for et vellykket samarbeid rundt pasientgruppen bl.a. vil være gjennomarbeide planer med konkrete beskrivelser og tydelig avklarte roller og ansvar, god informasjonsflyt og tilgang til veiledning og dialog etter utskrivelse.[41] Generelt påpekes det et behov for mer dialog og samhandling.[42]

Det må derfor utarbeides samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kommunene i opptaksområdet som har til formål å avklare ansvarfordeling og rammebetingelser ved utskrivelse av den aktuelle pasientgruppen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Avtalene skal redegjøre for juridiske, organisatoriske, praktiske og økonomiske forhold, og beskrive rutiner for samarbeid rundt pasienter ved overføring mellom nivåene. Videre skal avtalene redegjøre for innholdet i det tilbudet partene skal gi, og sikre helhetlige pasientforløp.

I utarbeidelse av slike avtaler er det et vesentlig prinsipp at partene er likeverdige, og at ingen av partene alene definerer hva som er spesialisthelsetjenestens eller kommunens ansvar. Slike avklaringer må gjøres på systemnivå. Det er avgjørende for forankring og etterlevelse at de fagmiljøene og ledelsesnivåene som skal ha befatning med pasientene, deltar i utarbeidelsen av avtalene. Samarbeidsavtalene må derfor utarbeides i helsefelleskapene med representanter fra både helseforetakene og kommunene. Rapporten *I grenseland* viser at spesialisthelsetjenesten og kommuner ofte har begrenset kjennskap til hverandres kontekst og de rammebetingelsene som legger grunnlag for tjenestetilbudet.[43] Utarbeidelse av slike samarbeidsavtaler kan derfor være en gylden anledning til å bli bedre kjent med hverandre på tvers av nivåer og etater. Sentralt i samarbeidet og ved overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommune, er en gjensidig respekt og felles forståelse for hverandres myndighet og rammebetingelser. Samtidig må begge parter gå aktivt inn for å finne løsninger til det beste for pasienten.

[38] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020) BEON prinsippet vil si at tjenestene skal tildeles og ytes på «Beste Effektive Omsorgs Nivå» (BEON)
[39] (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30) § 6-1. Plikt til å inngå samarbeidsavtale
[40] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)
[41] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[42] ibid
[43] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)

TILTAK

- Utarbeide samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner som beskriver rammebetingelser, ansvarfordeling og plikter ovenfor den aktuelle pasientgruppen. Arbeidet må forankres i helsefellesskapene og gjennomføres som samarbeidsprosjekter mellom likeverdige partnere.

3.2.2 Prosedyrer for administrativ oppfølging av dom til tvungent psykisk helsevern

Iverksettelse og gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern krever tett samarbeid mellom alle parter, god informasjonsflyt og klare ansvarslinjer gjennom hele forløpet. Dagens lovverk gir få føringer for samhandling under gjennomføring av dommen.[44] For å bedre informasjonsflyten etatene imellom, har Nasjonal koordineringsenhet, i samarbeid med helse- og justissektor, utviklet retningslinjer for gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern. Retningslinjene regulerer imidlertid ikke informasjonsflyt, samhandling og ansvarsfordeling internt i helseforetakene. De senere år har det forekommet alvorlige hendelser som bl.a. kan forklares med manglende ansvarsplassering, kompetanse, samarbeid og/eller informasjons-utveksling i forbindelse med oppfølging av pasienter underlagt en dom.[45] For å sikre samfunnsvernet rundt personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern, vil prosedyrer som beskriver fremgangsmåte under gjennomføring av en dom, være til stor hjelp. Slike prosedyrer vil ha som formål å sikre at gjennomføringen skjer i tråd med gjeldende lovverk og at virksomhetenes ansvar for samfunnsvernet blir tydelig. Her vil det bl.a. være aktuelt at helseforetakene etablerer rutiner for utpeking av faglig ansvarlige for domfelte pasienter, se kapittel 3.6.2. Prosedyren skal sikre nødvendig samhandling internt i helseforetaket, og med eksterne aktører. Det bør legges til rette for at personer som har ansvar for de domfelte pasientene har faste møtepunkt med faglige drøftinger, herunder behandlingsstrategier, endringer i oppfølgingen og forhold knyttet til samfunnsvern.

FAKTA

PROSEDYRE VED ST. OLAVS HOSPITAL HF

St. Olavs Hospital HF har utarbeidet en prosedyre som skal sikre at gjennomføringen av en dom til tvungent psykisk helsevern skjer i tråd med gjeldende lovverk, og at hensyn til samfunnsvern blir tydelig og ivaretatt. Videre skal den sikre nødvendig samhandling mellom helsetjenesten, justissektoren, kommunen og pårørende i pasientforløpene, samt internt i helseforetaket.

Prosedyren beskriver systemansvaret med hensyn til prosedyren, oversikt, opplæring og koordinering av en såkalt kompetansegruppe. Prosedyren beskriver videre faglige ansvarliges ansvar for gjennomføring, med særlig vekt på nødvendig samhandling og ansvar for samfunnsvern.

(St. Olavs Hospital HF, 2023)

TILTAK

- Utarbeide overordnede prosedyrer for oppfølging av personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern i hvert helseforetak.

3.2.3 Nettverk for samhandling

Sikkerhetspsykiatrisk nettverk: Det er avgjørende at det er god samhandling og god kommunikasjon mellom regionalt og lokalt sikkerhetsnivå i helseregionen. Det er store forskjeller mellom de fire helseregionene i landet, bl.a. med

[44] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) § 5-3. Gjennomføring

[45] (Helsetilsynet, 2019), (Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), 2021) og (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), 2023)

hensyn til størrelse, geografi og demografi. Det er ikke nødvendigvis noe mål i seg selv at de fire helseregionene skal drifte sitt sikkerhetspsykiatriske tilbud helt likt, men det er viktig å sikre at hver region internt har en felles forståelse av utfordringsbildet, gjensidig respekt og et godt samarbeid. Dette kan bidra til å bedre pasientflyten i regionen og mellom nivåene, og til å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet. Erfaring viser at regionale sikkerhetspsykiatriske nettverk gir viktig støtte mellom fagpersoner i større og mindre fagmiljø. Ved å etablere nettverk med nøkkelpersoner fra de to nivåene, legges det til rette for drøfting av sentrale problemstillinger for ivaretakelse av den aktuelle pasientgruppen. Formålet med nettverkene er å 1) sikre samhandling og informasjonsflyt, 2) styrke og samordne utviklingen av det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet i hele regionen og 3) legge til rette for veiledning, kompetanseoverføring og fagutvikling. Nettverket bør ledes av de regionale sikkerhetsavdelingene.

FAKTA

SAMARBEIDSFORUM I VESTFOLD

Sykehuset Vestfold HF etablerte i 2005 *Forum for psykisk helse og politi* for å legge til rette for samhandling mellom kommunehelsetjenesten, spesialist-helsetjenesten og politiet i Vestfold. Forumet har to møter per semester. Formålet er å sikre god behandling, oppfølging og ivaretakelse av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og eventuell alvorlig ruslidelse. I tillegg arrangeres det en årlig samhandlingskonferanse, som er et samlingspunkt for kompetanseoverføring og læring på tvers av etater. Begge disse arenaene gir anledning til å drøfte saker med læringsverdi og avklare ansvarsforhold etatene imellom.

(Sykehuset i Vestfold HF, 2023)

Tverretatlig nettverk: Behandling og oppfølging av den aktuelle pasientgruppen krever involvering av aktører både fra spesialisthelsetjeneste, kommune, politi og påtalemyndighet m.fl. Noen helseforetak og kommuner har opprettet tverretatlige nettverk (se faktaboks), mens andre har liten samhandling på tvers av etatene. Ved å etablere slike nettverk vil disse aktørene få kjennskap til og kunnskap om hverandres ansvar, myndighet og rammebetingelser. Formålet med nettverkene er å 1) styrke samhandling på tvers av etater, 2) bidra til en felles forståelse om ansvar og oppgaver hos de ulike aktørene og 3) legge til rette for drøfting av relevante problemstillinger knyttet til ivaretakelse av pasientgruppen. Nettverkene bør ledes av de lokale helseforetakene.

TILTAK

- Etablere sikkerhetspsykiatriske nettverk.
- Etablere tverretatlige nettverk.

3.2.4 Forebyggende tverretatlig arbeid

Den aktuelle pasientgruppen beveger seg ofte i en gråsone mellom ulike aktører i helse- og justissektor, ved at de både er psykisk syke, har rusmiddelavhengighet og gjør kriminelle handlinger. Tverretatlig samarbeid er derfor et viktig virkemiddel for å sikre at gruppen gis et adekvat behandlingstilbud, og for forebygging av alvorlige hendelser og alvorlig kriminalitet. I Kripos sin rapport *Vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser* viste en gjennomgang av de nyeste sakene, at de fleste gjerningspersonene hadde vært i kontakt med det psykiske helsevernet før ugjerningen, og mer enn to tredjedeler hadde tidligere vært innlagt i det psykiske helsevernet. Over halvparten hadde tidligere fått diagnostisert en ruslidelse.[46] Det er derfor viktig at alle juridiske og praktiske virkemidler tas i bruk for å hjelpe denne gruppen pasienter, slik at de får nødvendig hjelp før de blir så syke at de utgjør en risiko for samfunnet. Dette gjelder både for virkemidler hos politi, påtalemyndighet, helsevesen og sosialtjeneste m.fl. Et slikt virkemiddel

[46] (Politiet, 2022)

er bl.a. offentlige myndigheters anledning til å være tutor (begjærende instans).[47] Flere UKOM-rapporter anbefaler at dette virkemidlet tas i bruk oftere enn hva gjøres i dag.[48] Bruk av offentlig tutor kan sikre bedre samhandling mellom etater.

Det vises i denne sammenheng til MAS-samarbeidet i Telemark og psykiatrigruppen i Oslo politidistrikt, se faktaboks.[49] Dette er to modeller for arbeid rundt den aktuelle pasientgruppen som har som formål å redusere voldshandlinger og kriminalitet, og gi adekvat oppfølging i helsevesenet. Hvilken modell som velges for slikt arbeid er underordnet. Forebyggende tverretatlig arbeid må opprettes ut i fra de behov og rammebetingelser som foreligger i de ulike regionene. Det sentrale er å etablere tilbud som bedrer samarbeid mellom relevante aktører, og sikrer at gjeldende lovverk tas i bruk. Etablering av slike tiltak vil ikke bare tjene hensynet til samfunnsvern, men også individets rett til adekvat behandling og ivaretakelse.

TILTAK

- Opprette forebyggende tverretatlig samarbeid. Valg av modell og organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.

3.3 Innhold i behandlingen

Behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsproblematikk og ofte samtidig rusmiddelavhengighet krever mer ressurser enn behandling av de fleste andre pasientgrupper i det psykiske helsevernet. Behov for atferdsendring knyttet til trusler og vold medfører ofte tidkrevende behandling, og krever spesialisert og god kompetanse hos de ansatte. Videre krever langvarige innleggelser at pasientene mottar et differensiert behandlingstilbud og et tilpasset aktivitetstilbud.

Etiske prinsipper vektlegger at personer som er syke og/eller kognitivt svekket og som av den grunn ikke klarer egenomsorg, skal få den omsorgen og hjelpen de trenger. Personer som forsøker å skade andre, på grunn av sykdom eller manglende forståelse, skal hindres i å gjennomføre slike handlinger. I begge tilfeller foreligger det en etisk begrunnet plikt til å gripe inn med tiltak. Verdiene som skal ivaretas med inngrepene er å beskytte og ivareta liv og helse og beskytte de personer som trenger hjelp. I Norge foreligger det lovgivning som

FAKTA

MAS-SAMARBEID I TELEMARK

I Telemark er det etablert et samarbeid mellom Sykehuset Telemark HF, Skien Kommune og Sør-Øst Politidistrikt/ Grenland Politistasjon. Målgruppen for samarbeidet er personer som er vurdert strafferettslig utilregnelige eller hvor det er tvil om tilregnelighet, og samtidig har kvalifiserende kriminalitet en med historikk med henleggelser og påtaleunnlatelser. Samarbeidet skal bidra til å sikre en forsvarlig, helhetlig og koordinert ivaretakelse av personer i målgruppen innenfor gjeldende rammer, med mål om å bidra til et bedre samfunnsvern. Samarbeidet skal sikre god gjensidig forståelse av partenes mandat, handlingsrom og virkemidler, samt gjensidig involvering i det interne utviklings- og kompetansehevingsarbeid innen relevante områder. Dette vil også kunne sikre kunnskapsdeling knyttet opp mot farlighets- og risikovurderinger til bruk i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

(Sykehuset i Telemark HF, 2023)

PSYKIATRIGRUPPEN I OSLO POLITIDISTRIKT

Helsedepartementet besluttet i 2010 å etablere et treårig prosjekt hvis formål var å begrense kriminell atferd hos utilregnelige personer, slik at de ikke lenger ville kvalifisere for ny særreaksjon. Prosjektet ble kalt Mellom Alle Stoler (MAS). Oslo politidistrikt ansatte to politijurister som arbeidet i MAS-prosjektet fra 2013 til 2015. Prosjektet hadde gode resultater i arbeidet med en vanskelig gruppe gjerningspersoner. Etter endt prosjektperiode ønsket Oslo politidistrikt å videreføre kompetansen fra MAS – som var et helseprosjekt – inn i et politiprosjekt. Prosjektet «Psykiatrigruppen» ble opprettet og bestod av to påtalejurister og to etterforskere. Prosjektet var toårig og ble avsluttet 31.12.2017. Arbeidet gikk over i driftsfase fra samme år.

(Oslo politidistrikt, 2018)

[47] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) § 3-6. Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet
[48] (Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), 2021) og (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), 2023)
[49] (Oslo politidistrikt, 2018)

hjemler inngrep fra andre i slike situasjoner og tilfeller. Samtidig er det viktig at slike inngrep gjøres på best mulig ivaretagende måte. Det har det vært et ensidig fokus på å redusere tvang i Norge, uten at de etiske verdiene som skal ivaretas med tvangshjemler samtidig har vært diskutert. Her er det behov for endring i fokus, fra *reduksjon* av tvang til *kvalitetssikret* bruk av tvang, hvor det etiske grunnlaget diskuteres og vektlegges i større grad. En slik endring vil sette arbeidet som gjøres i sikkerhetspsykiatriske avdelinger i et samfunnsmessig perspektiv. Det vil videre kunne bidra til at diskusjoner om utfordringer i møte med pasientene blir mer hensiktsmessige og ivaretar flere samtidige hensyn.

Utredning og behandling: Behandling i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet forutsetter at spesialistene har god kompetanse i utredning og behandling av psykiske lidelser. Utredning, behandling og oppfølging må gjøres etter etablerte nasjonale standarder.[50] Det er behov for bred kunnskap om forebygging og håndtering av vold og aggresjon. God behandling av psykiske lidelser og målrettet arbeid med strukturerte voldsrisikovurderinger og oppdaterte voldsrisikohåndteringsplaner, er viktige elementer i behandlingen. Arbeidet med å redusere vold er komplekst og må tilnærmes fra flere hold. En viktig forutsetning for reduksjon av vold er å øke kvaliteten på de daglige samspillene mellom pasienter og personal, og legge til rette for at tjenestetilbudet skaper minst mulig grad av krenkelse og avmakt for den som mottar hjelpen.[51]

Det er et mål at pasientene skal kunne videreføres til lavere sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivå når pasientens tilstand tilsier dette. Dette fordrer at innholdet i behandlingen må være egnet til å forberede pasientene til oppfølging på et lavere nivå, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunalt botiltak. Pasientene må derfor gis en adekvat mulighet for tilpasset tverrfaglig behandling og aktivitet som gir mulighet for symptomreduksjon, bedre funksjon og å gradvis å lette på sikkerhetstiltak. I tillegg til utredning og behandling av psykisk lidelse, trenger en del av pasientene rehabilitering, og i noen tilfeller også habilitering. Sammensatt behandling og arbeid med atferdsendringer knyttet til vold, er blant grunnene til at mange pasienter har langvarige innleggelser i sikkerhetspsykiatrien og i det psykiske helsevernet for øvrig.

Tilbakefall av alvorlig psykisk lidelse i denne pasientgruppen er en klar risikofaktor for vold overfor andre personer i samfunnet. I tillegg medfører det personlig lidelse og fare for varig funksjonssvikt på individnivå. Dette er også svært kostnadskrevende. Ansvarsgrupper, behandlingsplaner og tett poliklinisk oppfølging med det formål å hindre tilbakefall hos utskrevne pasienter, er en sentral oppgave for å redusere risiko for fremtidig vold. Aktuelle deltakere i ansvarsgruppen er pasienten selv, pasientens nærmeste pårørende, representanter fra kommunale tjenester og fra spesialisthelsetjenesten. Verge og andre personer fra pasientens nettverk kan også være aktuelle deltakere.

Miljøterapi: Miljøterapi er en sentral del av behandlingen i sikkerhetspsykiatriske avdelinger, med en systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av miljøet, og hvor den enkelte pasient blir individuelt behandlet ut fra sin diagnose og situasjon. Det finnes mange miljøterapeutiske retninger som beskriver miljøterapi som retter seg mot ulike psykiske lidelser.[52] God miljøterapi krever en miljøterapeutisk plan som beskriver hvordan de ansatte kan hjelpe pasientene med de problemer de har. Planen må revurderes og tilpasses bedring i psykisk tilstand og reduksjon av andre tilleggsproblemer.

Miljøterapi i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet skal også bidra til å redusere pasientenes voldsproblemer og føre til atferdsendringer knyttet til trusler og vold. Et sentralt premiss for arbeid med voldsatferd er å ha tilstrekkelig og kompetent bemanning, både for å forebygge og for raskt å kunne stoppe trusler og fysiske utageringer, og dermed også hindre skade på medpasienter og personell. Tilstrekkelig bemanning handler også om å kunne gå i dialog med pasienten så raskt som mulig etter en hendelse, og på sikt hjelpe pasienten til å endre sin atferd. Det er viktig å innse

[50] (Helsedirektoratet, 2013)
[51] (SIFER, 2023)
[52] (PAFFMUA (Psykaitrisk avdelings forum for miljøterapeutisk utviklingsarbeid), 1998) og (Skårderud & Sommerfeldt, 2013)

at atferdsendringer kan kreve både tid og ressurser. Målet med god miljøterapeutisk behandling er å forstå pasienten og hjelpe pasienten med sine psykiske problemer, samt å identifisere pasientens risikobilde og utrede funksjonsnivå. Dette vil igjen legge til rette for gode utskrivelser, som ivaretar pasientens behandlingsbehov og samtidig sikrer samfunnsvernet. Ettersom pasientene blir bedre av sin psykiske lidelse og reduserer sin voldsatferd, blir neste mål å øke pasientens frihet, bl.a. med utgang utenfor avdelingene. Denne delen av miljøterapien er et viktig ledd i behandlingen, før en eventuell utskrivning fra døgnbehandling kan vurderes.

God miljøterapeutisk behandling har flere positive effekter på pasientforløpet. Det reduserer psykiske lidelser, reduserer bruk av tvang, sikrer mer effektiv bruk av innleggelsestiden og gir pasienten ferdighetstrening som i sluttsum reduserer lengden på innleggelser. Dette reduserer i neste omgang risiko for reinnleggelser, og har en samfunnsmessig og økonomisk gevinst.

Rusbehandling: En stor andel av pasienter som behandles i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet har problemer med rusmiddelavhengighet eller skadelig bruk av rusmidler.[53] Det er generelt høy forekomst av ruslidelser blant pasienter i det psykiske helsevernet, med spesielt høy forekomst i sikkerhetsavdelinger og i akuttavdelinger[54]. Ettersom mange pasienter i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet har rusmiddelproblemer, bør alle enheter ha kompetanse på rusmiddelavhengighet og behandling av dette. I *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* vises det til at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse skal få sitt behandlingstilbud innen psykisk helsevern, og at behandlingen rettet mot samtidige lidelser skal være integrert og samordnet.

Hos pasientgruppen, med samtidig rus- og psykisk lidelse, er erfaringen at en stor andel av voldshandlingene skjer under påvirkning av rusmidler, og bruk av rusmidler er en stor risikofaktor for voldelig atferd. Behandlingen i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet må tilpasses individets risikofaktorer for vold og utagering. Det kan derfor være nødvendig med andre tiltak og en annen tilnærming enn det som er vanlig i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Dette fordi konsekvensene av rusmiddelbruk ikke bare rammer pasienten, men også andre personer i form av trusler og voldshandlinger. Det er viktig å ta hensyn til at en gradvis økende frihet i pasientforløpet, vil medføre en økt risiko for at pasienten blir eksponert for rusmidler. Pasientens sårbarheter knyttet til rusmiddelbruk og tiltak for å redusere risiko for voldsatferd under ruspåvirkning må framkomme av risikohåndteringsplanen, se kapittel 3.3.2. Det er for øvrig svært viktig for god behandling av pasientgruppen, og for ivaretakelsen av medpasienter og ansatte, at sikkerhetsavdelingene er rusfrie.

Behandlingsrelaterte aktivitetstilbud, fritidsaktiviteter, arbeidstrening og utdanning: Psykisk helsevernloven pålegger det psykiske helsevernet å legge til rette for at pasientene får anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer, har tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene, og anledning til daglige uteaktiviteter.[55]

Et variert aktivitets- og fritidstilbud, samt et tilrettelagt arbeidstrening og utdanningstilbud, 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, se også kapittel 3.1. Det bør tilbys arenaer hvor pasientene kan øve seg på å være aktive og sosiale mens de er innlagt. Behandling i det psykiske helsevernet er med andre ord mer enn bare medisinering og oppfølging fra helsepersonell. Innleggelser i sikkerhetspsykiatrien kan ha varighet av flere måneder eller flere år, og medføre begrensede muligheter for deltakelse i aktiviteter utenfor avdelingens rammer. Tilbud om aktiviteter i sikkerhetsavdelingene må oppgraderes og tilnærmes et aktivitetstilbud som øvrige innbyggere har. Det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet må kunne tilby behandlingsrelaterte

[53] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[54] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012)
[55] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) § 4.2. Vern om personlig integritet

aktivitetstilbud, som bl.a. ergoterapi og gruppebehandling av ulike slag. I tillegg er det viktig med fysiske treningstilbud, både i gruppesammenheng og individuelt tilrettelagt. Slike tilbud krever lokaler, tid og personell for å kunne gjennomføres.

I tillegg til tradisjonelle behandlingsformer innen det psykiske helsevernet foreligger det erfaring fra flere sikkerhetspsykiatriske avdelinger om at kurs o.l. som fokuserer på sinnemestring kan være nyttige. Gruppebehandling etter modeller som eksempelvis «Et selvstendig liv», «Et bedre liv» eller «Brøsetmodellen» har vist seg å være hensiktsmessige for pasienter med psykoselidelser, med og uten rusproblemer.[56]

En økning av barn og unge voksne i pasientgruppen medfører et økt behov for et utdanningstilbud under innleggelse.[57] Det vil både være aktuelt med akademisk og yrkesrettede utdanningstilbud. Samtidig er det også viktig å tilrettelegge for arbeidstrening og individuell jobbstøtte (IJS) for de pasientene som er på vei mot utskrivning, slik at det kan bli lettere å få arbeid etter endt døgnopphold i det psykiske helsevernet.[58]

TILTAK

- Ivareta høyspesialisert kompetanse på utredning, behandling og miljøterapi i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.
- Etablere gode rammebetingelser som legger til rette for behandlingsrelaterte aktivitetstilbud, fritidsaktiviteter, arbeidstrening og utdanningstilbud.

3.3.1 Involvering av pasient og pårørende

Som ellers i det psykiske helsevernet, er det viktig at pasienten kan medvirke i egen behandling, i den grad pasienten er i stand til det. Samtidig må også sikkerhetsmessige hensyn ivaretas, av hensyn til pasienten selv, medpasienter, personale og samfunnet for øvrig. I en akutt eller tidlig fase av behandlingen kan det være flere forhold som gjør det krevende å legge til rette for pasientens medbestemmelse i behandlingen, bl.a. manglende sykdomsinnsikt, symptompreget psykisk tilstand, voldsproblematikk mv. Etter hvert som pasientene opplever bedring vil de kunne få økt frihet og klare å ta mer ansvar for egen behandling og risikoatferd.

FAKTA

ÅPEN DIALOG I NETTVERK

Åpen dialog er en terapeutisk tilnærming som viser gode resultater i behandling av psykoselidelser (Bergstrøm et al., 2018), og som ivaretar pasient- og pårørendeperspektivet, fremholder et likeverdig samarbeid og er godt tilpasset menneskerettighetene (vonPeter et al., 2017; Council of Europe, 2021). Behandlingen foregår i nettverksmøter der pasienten inviterer med seg personer fra sitt sosiale nettverk som er betydningsfulle i hens liv. Grunntanken er at pasientens menneskelige relasjoner utgjør en uerstattelig ressurs. Hovedfokuset i dialogen er å hele tiden følge opp de problemstillingene pasienten og hens sosiale nettverk selv tar opp, og sammen finne løsninger på utfordringene som har oppstått ved/under den psykiske krisen. Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende om denne måten å arbeide på er overveiende positive. De melder tilbake om at de endelig blir sett og hørt, de får nytt fremtidshåp og at relasjonen mellom familiemedlemmene blir bedre (Jacobsen et al, 2018).

PSYKOEDUKTIVT FAMILIESAMARBEID

Pasienter som på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad har behov for hjelp over lengre tid, bør få tilbud om å delta sammen med nære familiemedlemmer i en psykoedukativ (kunnskapsformidlende) flerfamiliegruppe.

Et psykoedukativt familiesamarbeid består av fire hovedelementer:

1. følelsesmessig støtte
2. undervisning i stress-sårbarhet, utvikling av psykose og behandling
3. råd og hjelp til å senke et forhøyet engasjement og forventinger
4. hjelp til å løse dagligdagse utfordringer på en strukturert måte ved hjelp av virksom kommunikasjon

[56] (Gråwe, 2014) og (St. Olavs Hospital HF, 2023)
[57] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[58] (NAV, 2023)

UKOM sin rapport *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko*, viser nødvendigheten av å anerkjenne pårørenderollen, og at de pårørende er tilstrekkelig involvert i behandlingen.[59] *Helsedirektoratets pårørendeveileder* gir føringer for hvordan pårørende kan involveres både i utredning, behandling og oppfølging av pasienten.[60] Pårørendearbeid er viktig i behandling av pasientgruppen, og kan være sentralt i innhenting av komparentopplysninger. Pårørende har ofte viktige opplysninger om pasienten som helsetjenesten ikke kjenner til, f.eks. informasjon om funksjonsnivå og tidligere utøvd vold. Informasjon fra pårørende er et viktig bidrag for å gjøre gode vurderinger om diagnose, voldsrisiko, vilkår for tvungent psykisk helsevern, samt behov for oppfølging. Denne informasjonen styrker beslutningsgrunnlaget for de vurderinger og avgjørelser som skal tas vedrørende helsehjelpen. Pårørende bør involveres gjennom hele forløpet i spesialisthelsetjenesten, og særlig ved overføringer til kommunale botiltak. De bør også involveres før utarbeidelse av risikohåndteringsplaner. Pårørendes erfaringer om mulige risikofaktorer ved bosetting kan være av stor betydning. Arbeid med pårørende og pasientens nettverk er viktige faktorer som kan bidra til at pasienten fungerer bedre når vedkommende skal tilbake til samfunnet.

I den grad pasienten og de pårørende selv ønsker det, skal pårørende være en naturlig del av forløpet, og må gis tilbud om deltakelse i f.eks. ansvarsgrupper. Å informere pasientens pårørende gjennom hele forløpet er både en del av helsehjelpen, og en måte å ivareta dem på.[61] Samtidig innebærer oppfølging av pasienter i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet ofte et utfordrende element, ved at de pårørende kan ha vært utsatt for voldshandlinger fra pasientene, eller at de pårørende kan ha utsatt pasienten for vold og/eller omsorgssvikt. Samarbeidet med pasienten og de pårørende vil derfor i noen tilfeller måtte håndteres på en særlig hensynsfull måte.

For å legge til rette for bedre dialog og samhandling mellom pasient og pårørende, har noen helseforetak hatt god erfaring med bruk av metodikken *Åpen dialog i nettverk*, se faktaboks. Opplæring og involvering av de pårørende kan videre støtte opp om pasientbehandlingen. Dette kan for eksempel gjøres i form av et *psykoeduktivt familiesamarbeid*, som er en viktig del av behandlingen ved psykose.

Helsepersonell har en plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn og mindreårige søsken som er pårørende.[62] Det skal være lav terskel for at helsepersonell kartlegger hvilke behov barn har for informasjon og oppfølging. Når barn er pårørende til pasienter i den aktuelle pasientgruppen, vil det være særlige krav til at eventuelle besøk foregår i trygge og rolige omgivelser, tilpasset for besøk av mindreårige. Slike besøk må foregå i samråd med barnets foresatte.

TILTAK

- Ivareta pasienters og pårørendes lovfestede rettigheter i behandlingen.
- Sikre involvering av pårørende ved utarbeidelse av risikohåndteringsplaner og ved overføring mellom nivåer. Pårørende bør være særlig involvert ved overføringer til kommunale botilbud.

3.3.2 Risikovurdering og risikohåndteringsplan

Helsedirektoratet har anbefalt at det gjennomføres en voldsrisikoutredning for alle pasienter med alvorlig psykisk lidelse og risiko for vold, hvor det fremkommer risikobilde, ansvarsfordeling og tiltak i pasientforløpet.[63] En

[59] (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), 2023)
[60] (Helsedirektoratet, 2017)
[61] (Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), 2023)
[62] (Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), LOV-1999-07-02-64) § 10-a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken
[63] (Helsedirektoratet, 2018)

voldsrisikoutredning består av en risikovurdering og en risikohåndteringsplan. 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. Dette arbeidet gjøres i flere faser av forløpet; ved og under innleggelse i døgnavdeling, ved interne overføringer og ved overføringer til behandling utenfor institusjon.

I en utskrivningsfase er det viktig at risikohåndteringsplan utarbeides og gjennomgås i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, pasienten selv og dennes pårørende og/eller andre som jevnlig samhandler med pasienten. Dette er viktig for å sikre felles forståelse for voldsrisiko, tegn på forverring, varselsignaler og aktuelle tiltak. Det er avgjørende at planen utarbeides med hensyn til den konteksten de skal fungere i. Håndtering av voldsrisiko i kommunale botiltak har andre betingelser enn inne i en psykiatrisk døgnavdeling, hvor både de fysiske og juridiske rammene er annerledes.[64] Felles forståelse av behov for medisinering, og rusmidlers betydning for voldsrisiko, er viktig. Risikovurderingen og risikohåndteringsplanen må være oppdaterte og tilgjengelige, og det må foreligge rutiner for oppdatering av planen, både rutinemessig og ved behov, og særlig ettersom frihetsgraden øker. Planen må gjøres tilgjengelig, for eksempel via «kritisk informasjon» i pasientens journal. Det er viktig at sentrale opplysninger om risiko blir delt med mottakerkommunen.

Risikohåndteringsplanen må være så detaljert at de også fanger opp mindre sannsynlige endringer som kan representere en økt voldsrisiko. Tiltakene som skal benyttes må kunne settes i verk så raskt som mulig og uavhengig av arbeidstid. Tydelig ansvarfordeling må fremkomme av planen. Det er viktig at risikohåndteringsplanen ikke bygger på kontakt med enkeltpersoner, men på hvilken funksjon den enkelte har i pasientens omsorgstilbud. Flere kommuner erfarer at det er vanskelig å få pasientene innlagt når det oppdages forverring av tilstand som tilsier behov for døgnbehandling.[65] Risikohåndteringsplan og andre nødvendige avtaler må derfor være på plass for å sikre felles forståelse av vilkår for innleggelse og for praktiske forhold knyttet til slike endringstiltak i behandlingen. Dette vil bidra til å skape trygghet og forutsigbarhet for begge parter. Det må være avklart hva som er tegn på forverring av tilstand som tilsier innleggelse, hvor pasienten skal innlegges og hvem som skal utføre transporten. Planen må tydelig beskrive i hvilke tilfeller det vil være behov for innleggelse, og når er det eventuelt er andre tiltak som skal forsøkes først. Kommunikasjonslinjene i samarbeidet må være avklart og beskrevet i planen. Eventuelle innleggelser vil ofte kreve involvering av flere aktører, som bl.a. politi, AMK, legevakt og aktuelle døgnavdelinger.

Når det gjelder personer med dom til tvungent psykisk helsevern må politi, AMK og legevakt ha lett tilgjengelig informasjon om hvem som er under gjennomføring av en dom til enhver tid, slik at dette kan fanges opp dersom det oppstår en risikofylt situasjon utenfor sykehus. Helsepersonell sin taushetsplikt vil ofte ikke være til hinder for tverretatlig samarbeid og for utveksling av nødvendige opplysninger.

TILTAK

- Sikre at oppdaterte risikohåndteringsplaner foreligger under gjennomføring av et pasientforløp, herunder også ved endring av behandlingsnivå og ved utskrivning til kommunen. I forbindelse med utskriving til kommunale botiltak skal kommunen og andre relevante aktører delta i utarbeidelse av slike planer. Planene skal være tilgjengelige for alle involverte parter.

[64] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[65] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)

3.3.3 Behandlingstilbud til barn og unge voksne

Rapporten *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019* viste en økende andel av ungdommer og unge voksne som mottar behandling i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene.[66] Personer under 25 år utgjorde 13 % av pasientene i sikkerhetsavdelingene, og fire pasienter var under 18 år da de ble innlagt. Det er flere ting som tyder på at andelen pasienter under 25 år er økende, og vil prege mer av sikkerhetspsykiatrien i årene fremover.[67]

Personer i aldersgruppen under 25 år har ofte mer omfattende utrednings- og behandlingsbehov enn eldre pasienter. Delvis fordi den psykiske lidelsen ofte nylig er oppstått, men også fordi deres symptomer kan avvike fra de symptomer som eldre pasienter har. Dette er en særlig problemstilling i utredning av personer under 18 år. For å kunne gjennomføre adekvat behandling av ungdommer som legges inn i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene, stilles det krav til kompetanse i barne- og ungdomspsykiatrisk utredning, psykologisk/nevropsykologisk utredning, behandling av barn og kompetanse i familiearbeid. Psykoseutvikling hos barn og unge voksne er sjelden og krever særlig kompetanse hos de som skal utrede problemstillingen, samtidig som diagnoser innen personlighetsforstyrrelser helst ikke skal stilles før enn ved 25 års alder. I tillegg er det et viktig prinsipp å holde innlagte barn atskilt fra de voksne pasientene inne i døgnavdelingene, noe barnevernkonvensjonen er klar på.[68]

Til tross for at flere barn med mistanke om eller konstatert alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd allerede har fått behandling i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene, er omfanget av denne pasientgruppen, deres behandlingsbehov og geografisk spredning i landet, ukjent. En kartlegging av behovet for et sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud til barn under 18 år bør derfor gjennomføres. Det er samtidig viktig å sikre kompetanse og god kvalitet i det behandlingstilbudet som gis, og at det er et nært samarbeid mellom psykisk helsevern og barn og ungdom (PHBU) og sikkerhetspsykiatrien - og i noen tilfeller også tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) - når barn er innlagt i en sikkerhetsavdeling. Dette for å sikre kompetanseoverføring, og sikre at barnets innleggelse blir så kortvarig som mulig. Tidlig arbeid med denne pasientgruppen vil trolig kunne forebygge en liten andel av voldshandlinger begått av barn og ungdom.

De regionale helseforetakene anbefales å utrede behovet for et behandlingstilbud for denne pasientgruppen. Av hensyn til pasientenes unge alder og særskilte behov, bør de - så langt det er mulig - kunne behandles i eget opptaksområde og i nærheten av eget nærmiljø. Et tjenestetilbud til barn og unge voksne bør derfor tilbys i alle helseregioner, og være samorganisert og samlokalisert med regional sikkerhetsavdeling, og settes i drift i tilpassede lokaler i perioder enkeltpasienter er i behov av det. I tillegg vil det være hensiktsmessig å utrede behovet for etablering av et forsterket nasjonal tjenestetilbud som kan tre inn ved spesielle hendelser og/eller akutte situasjoner. Dette skal fortrinnsvis være for korte perioder, og frem til at situasjonen er tilstrekkelig stabil slik at barnet kan tilbakeføres til eget nærområde. Dette er et viktig prinsipp for denne sårbare pasientgruppen.

Det er for øvrig utarbeidet en NOU om problemstillinger knyttet til barn som er plassert i barnevernsinstitusjoner, og som omtaler temaer som grenser opp mot den aktuelle problemstillingen.[69] I tillegg har Nasjonalt lederforum barnevern og helse bedt om at det etableres et nasjonalt kompetansenettverk for psykisk helse og alvorlig vold/farlighet hos barn og unge.

[66] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[67] ibid
[68] (FN - De forente nasjoner, 1998. Ratifisert av Norge 8. januar 1991)
[69] (Barne- og familiedepartementet, 2016)

TILTAK

- 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 et forsterket nasjonalt tjenestetilbud.
- Etablere tilbud om hospiteringsordninger i sikkerhetspsykiatriske avdelinger for leger i spesialisering i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, og for spesialistutdanning i psykologi.

3.4 Kapasitet

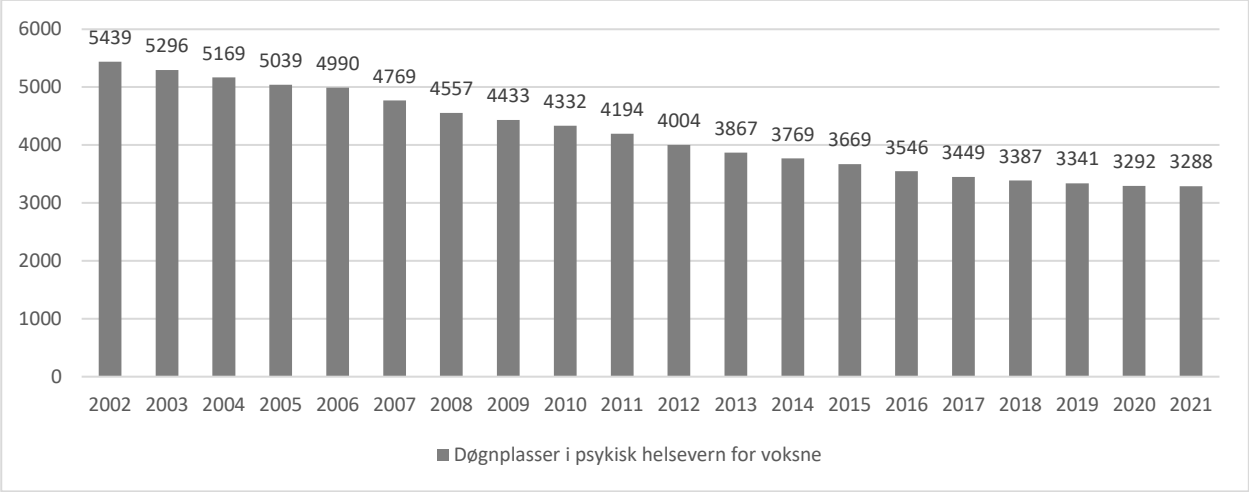
Behandlingskapasiteten i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet har vært diskutert siden nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus, og har blitt behandlet i utvalgsarbeider, rapporter, stortingsmelding, fagartikler og i media.[70] Kapasitetsberegningene under hviler i all hovedsak på *Forslag til revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* fra 2022, *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 – En statusrapport* fra 2020, rapport om *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* fra 2020 og rapporten *20 år med særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern* fra 2022.[71]

3.4.1 Endring i døgnkapasitet de siste 20 år

Døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne har de siste 20 årene blitt kraftig redusert, fra om lag 5500 plasser i 2002 til 3300 plasser i 2021, se Figur 2. Hensyntatt befolkningsendringen, fra om lag 4,5 mill til 5,5 mill innbyggere, innebærer dette en halvering, fra 120 til 60 døgnplasser per 100 000 innbyggere i perioden. Parallelt er DPS og det kommunale tilbudet styrket. Poliklinisk virksomhet er i samme periode firedoblet, fra om lag 600 000 konsultasjoner i 2002 til over 2,4 mill konsultasjoner i 2021.[72] Dette har vært en overordnet politisk føring og en ønsket utvikling, som vektlegger at flere skal kunne bo i egne hjem og få den behandling og oppfølging de har behov for poliklinisk. Antall døgnplasser i de sikkerhetshetspsykiatriske avdelingene har i samme periode vært relativt stabil, med litt over fire døgnplasser per 100 000 innbyggere.[73] Det betyr at den største reduksjonen i døgnplasser har vært i det allmennpsykiatriske tjenestetilbudet. Her menes døgnplasser i sykehus og døgnplasser på DPS. Målet i *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998 – 2006)* var å gå fra 6280 døgnplasser i 1996 til 6565 døgnplasser i 2006, en økning på 4,5 %. Det reelle tallet i 2006 var på 4990, en reduksjon på 1290 døgnplasser og 21 %.[74] Reduksjonen i antall døgnplasser i sykehus har medført et dårligere tilbud til pasienter med de alvorligste psykiske lidelsene, da poliklinisk oppfølging i liten grad er egnet til å gi et adekvat og tilstrekkelig behandlingstilbud til den aktuelle pasientgruppen. Begrenset døgnkapasitet i psykisk helsevern medfører press på utskrivning av pasienter og høyere terskel for innleggelse.[75] I rapporten *I grenseland* oppgir kommunene at brukere med alvorlig psykisk lidelse, voldsrisiko og eventuelt samtidig rusmiddelavhengighet ikke får den behandlingen de har behov for.[76] Manglende kapasitet i døgnbehandling og manglende tilgang til ambulant behandling i kommunene oppgis som de viktigste årsakene til dette.[77]

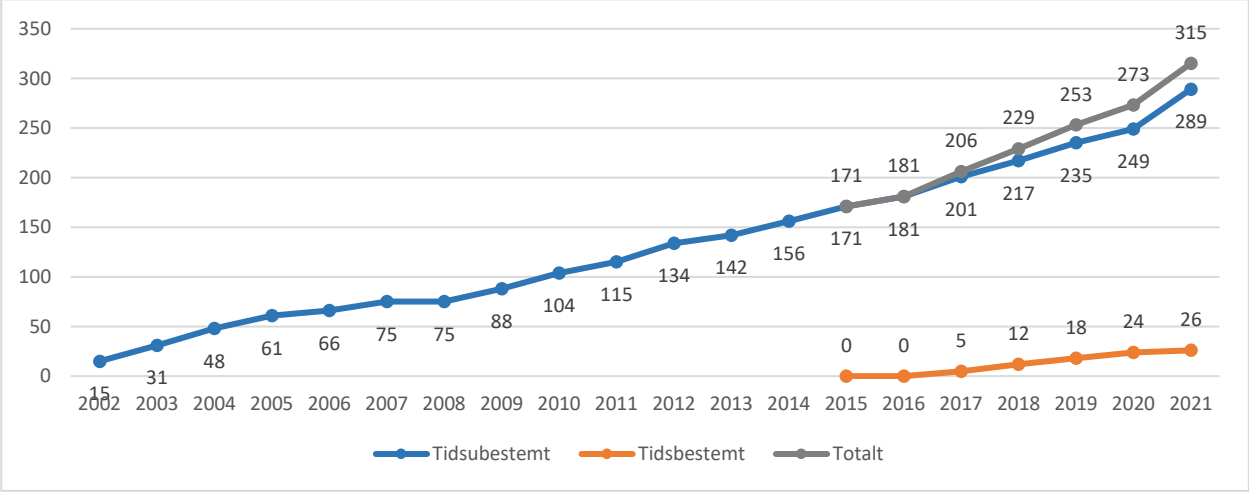
[70] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[71] (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2022), (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020), (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020) og (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2022)
[72] (Statistisk sentralbyrå (SSB), 2023) og (Statistisk sentralbyrå (SSB), 2023) Befolkningstallene inkluderer personer under 18 år.
[73] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[74] (Forskningsrådet, 2009)
[75] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[76] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[77] ibid

Figur 2: Antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne, 2002-2021.[78]



Parallelt med kapasitetsendringene har det vært en økning i antall personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern, se Figur 3. I perioden 2002-2021 har det blitt avsagt 495 dommer til tvungent psykisk helsevern. Det har blitt avsagt flere nye dommer, enn antallet som har fått et opphør av en dom. I perioden 2002-2017 var den netto gjennomsnittlige økningen av aktive dommer på 16 per år. I perioden 2017 til 2021 var den årlige netto gjennomsnittlige økningen på 27 dommer. Dette skyldes ikke innføring av tidsbegrenset særreaksjon alene.[79] Ved årsskiftet 2021/2022 var 315 personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern, se Figur 3.[80] I 2019 var om lag 40 % av de domfelte pasientene innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. 40 % av døgnplassene i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene var samtidig belagt av domfelte pasienter.[81] I 2020 var andelen 50 % og i 2021 var andelen om lag 60 %.[82] Det er grunn til å tro at andelen domfelte som er innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger vil kunne øke ytterligere, dersom det ikke iverksettes tiltak.

Figur 3. Antall personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern 2002-2021, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom[83].



[78] (Statistisk sentralbyrå (SSB), 2023)
[79] (Lov om straff (straffeloven), LOV-2005-05-20-28) § 62 andre ledd
[80] (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2022)
[81] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[82] (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2020) og (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2021)
[83] (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2022)

3.4.2 Fremtidig behov for døgnkapasitet i sykehusbasert psykisk helsevern for voksne

Det er viktig at de sikkerhetspsykiatriske avdelingene raskt klarer å ta imot pasienter, enten de overføres fra andre psykiatriske avdelinger eller fra andre instanser som f.eks. kriminalomsorgen. Det regionale nivået skal kunne håndtere de mest voldelige og vanskelige pasientene når det er behov for det, og sende pasientene tilbake til lokalt helseforetak når pasientens tilstand tilsier dette. Skal en slik forventning kunne etterleves, må overføringer av pasienter fra lokale sikkerhetsavdelinger til andre døgnavdelinger i det psykiske helsevernet skje så snart det er faglig forsvarlig. Slike overføringer forutsetter god pasientflyt mellom behandlingsnivåer og opprettholdelse av beredskap i hele systemet. *Revidert framskrivningsmodell* anbefaler en kapasitetsvekst på 15 % for behandling og oppfølgning av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, noe som tilsier en økning på 67 000 behandlingsdøgn og 270 døgnplasser på landsbasis.[84] Rapporten fremhever at omstillingen bør komme tidlig i perioden frem mot 2030. Arbeidsgruppen støtter denne anbefalingen, men understreker at det er stor usikkerhet knyttet til kapasitetsberegningene, se kapittel 3.4.3.

En generell økning i antall døgnplasser i sykehus vil gjøre det mulig å utrede og behandle en gruppe pasienter som i dag skrives for raskt ut av det psykiske helsevernet. Mange av pasientene med alvorlig psykisk lidelse, voldsrisiko og rusmiddelavhengighet vil ha nytte av lengre tids utredning og behandling i rammen av døgnopphold. Økt antall døgnplasser i sykehus vil gi bedre behandlingstilbud tidlig i sykdomsforløp, gi raskere tilfriskning og redusere risiko for vedvarende psykiske symptomer. Etablering av robuste botilbud i kommunene blir her sentralt for å styrke det helhetlige tilbudet til målgruppen, se også kapittel 3.1.6. Det er også viktig å prioritere utredning av barn og unge voksne med psykiske symptomer og voldsatferd. For barn og unge med rusmiddelavhengighet som er under barnevernets ansvar, bør det etableres et tett samarbeid med TSB og PHBU. Dette for å forebygge mer alvorlig rusavhengighet og redusere faren for utvikling av sekundære psykiske lidelser.

Det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet er i dag avgrenset til døgnplasser i lokale og regionale sikkerhetsavdelinger, dog med noen lokale variasjoner i tjenestetilbudet. Likevel foregår behandlingen av den aktuelle pasientgruppen også i andre deler av det psykiske helsevernet, avhengig av pasientenes psykiske tilstand og aktuelle voldsproblematikk. Felles for disse pasientene er at de er storbrukere av døgnplasser i sykehus på grunn av sin sykdom, men også sin voldsproblematikk, som kan aktiveres ved forverring i psykisk tilstand og eventuelt rusmiddelbruk. Det anbefales derfor at den ovennevnte veksten på 15 % både brukes til å styrke døgnkapasiteten i sykehusbasert psykisk helsevern og døgnkapasiteten i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Dette vil kunne bedre tjenestetilbudet og pasientforløpene for pasientgruppen, og være en forebyggende faktor for å bremse økningen av pasienter som er i behov av behandling i sikkerhetspsykiatriske avdelinger.

Det er stor variasjon i antall døgnplasser i lokale sikkerhetsavdelinger i Norge, med en spredning fra 0-7 døgnplasser per 100 000 innbyggere i 2019.[85] Dette skyldes geografiske og demografiske forhold, og ulik organisering av det psykiske helsevernet for øvrig. Det er et mål å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet mellom helseforetakene, samt å sikre tilstrekkelig døgnkapasitet, for å ivareta helseregionens behov for et sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud. Erfaring tilsier bl.a. at andelen domfelte pasienter er større i storbyer og i bynære områder, enn i distriktene. Det anbefales at kapasitetsbehovet for tjenestetilbudet vurderes samlet i den enkelte helseregion, ut i fra lokale forhold og rammebetingelser.

[84] (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2022)
[85] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)

TILTAK

- Styrke kapasiteten for døgnplasser i sykehus med et snitt på 15 % i hver helseregion, jf. r*evidert framskrivningsmodell*. Økningen skal sikre bedre utredning og behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsproblematikk og rusmiddelavhengighet, og legge til rette for bedre pasientforløp for pasientgruppen.
- Styrke døgnkapasiteten i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet på landsbasis og sikre en hensiktsmessig fordeling av sikkerhetsplassene internt i hver helseregion.

3.4.3 Forhold som påvirker fremtidig kapasitetsbehov

Det er stor usikkerhet knyttet til kapasitetsbehovet i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Behovet for antall døgnplasser vil i stor grad være påvirket av justissektorens lovverk og praksis knyttet til utilregnelige lovbrytere, og dernest hvor mange personer som dømmes til - og får opphør av - tvungent psykisk helsevern. Endringene i utilregnelighetsbegrepet fra 2020, til «utilregnelig på grunn av sterkt avvikende sinnstilstand», vil videre kunne påvirke antall personer som får slik dom, og medføre at de som dømmes i fremtiden, til dels vil kunne ha andre diagnoser og utfordringer enn tidligere domfelte.[86] De sikkerhetspsykiatriske avdelingene har frem til nå, i all hovedsak, tatt imot pasienter med psykose- og alvorlig voldsproblematikk. Nye diagnoser som kan rammes av det nye utilregnelighetsbegrepet vil eksempelvis være rusrelaterte psykoser, hjerneskader, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, dyssosial personlighetsforstyrrelse og autismespekterforstyrrelse. Personer med slike diagnoser krever en annen behandlingstilnærming enn hva de sikkerhetspsykiatriske avdelingene har kompetanse på i dag.[87] Det er for øvrig også svært omdiskutert hvorvidt gruppen pasienter med personlighetsforstyrrelser profitterer på langvarige døgninnleggelser.

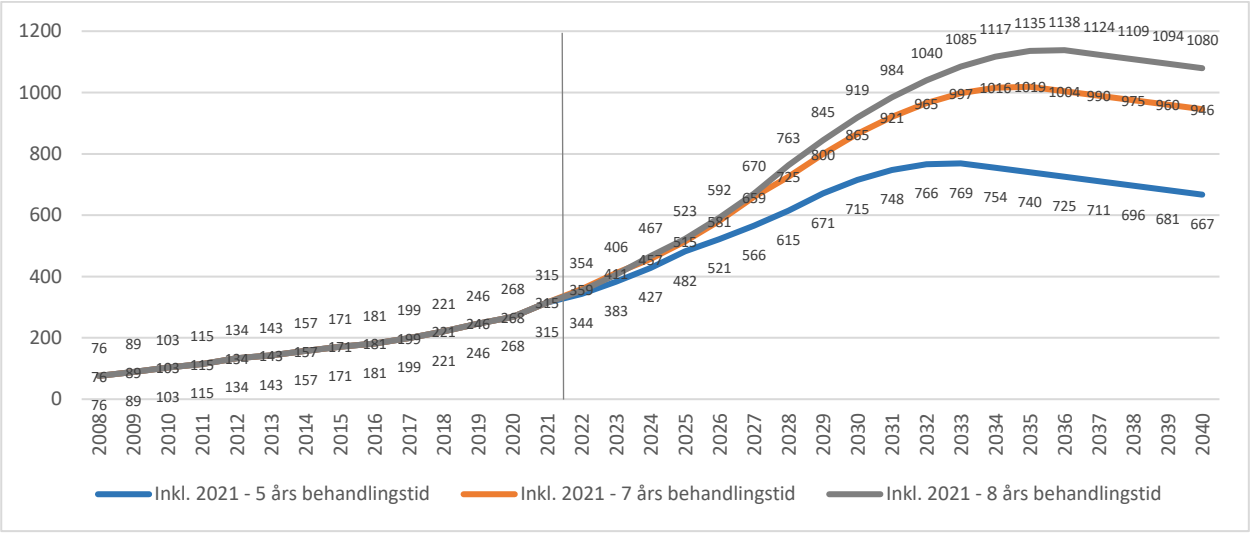
Det er mulig at en slik endring i pasientpopulasjonen ytterligere vil påvirke bruken av døgnplasser i sykehus. Behandlingstiden vil også påvirkes av hvorvidt man får til et vellykket samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, utvikling av kommunale botilbud til pasientgruppen, og andelen av pasientene som kan skrives ut til kommunale botiltak. Begrensede muligheter for bruk av kontrolltiltak i kommunale botiltak vil kunne forlenge behandlingstiden i spesialisthelsetjenesten, se kapittel 4.2. Fagområdet vil påvirkes av endringer i lovverk og rettspraksis, som for eksempel bruk av tvangsmidler og endringer i regler for samtykkekompetansevurderinger. I tillegg til en økning i antall domfelte pasienter, kan økt bruk av varetektssurrogat påvirke hva slags pasienter som blir innlagt, se kapittel 0. Lovendringene fra 2020, som gir domstolen større anledning til å velge hvilken særreaksjon den tiltalte skal idømmes, vil kanskje påvirke antall pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Kapasitetsbehovet vil videre være påvirket av sykdoms- og rusforekomst i samfunnet. Noen av de ovennevnte driverne er forhold som helsevesenet selv har mulighet til å påvirke, mens andre forhold er utenfor helsevesenets makt å påvirke.

Revidert framskrivningsmodell viser til flere scenarier for utvikling av dom til tvungent psykisk helsevern de neste 10-20 årene, med estimat på henholdsvis 9,3, 13,2 og 17,5 domfelte per 100 000 innbyggere.[88] Felles for alle scenariene er at antall domfelte vil øke betraktelig i årene som kommer, og få store konsekvenser for det psykiske helsevernet, både når det gjelder behov for kapasitet, kompetanse og behandlingstilbud. Det høyeste estimatet på 17,5 domfelte

[86] (Lov om straff (straffeloven), LOV-2005-05-20-28) § 20. Skyldevne
[87] (Dagens Medisin, 2023)
[88] (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2022)

per 100 000 innbyggere tilsvarer 1019 aktive saker i 2035, noe som er en tredobling av antall domfelte de neste 10 årene. Gitt estimatet på 17,5 og en fortsatt andel på 40 % av de domfelte pasientene innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger, vil domfelte pasienter *alene* kreve en kapasitet på om lag 7,05 døgnplasser per 100 000 innbyggere i sikkerhetspsykiatriske avdelinger i 2035. Figur 4 viser mulig utvikling av antall domfelte pasienter, med behandlingstid på henholdsvis 5, 7 og 8 år. Beregningene inkluderer året 2021, som var et toppår med 64 nye dommer. Ovennevnte forhold vil påvirke behandlingstiden i sykehus. Uavhengig av hvilket scenario som treffer best i forhold til den reelle utviklingen de neste årene, er det svært viktig at kapasitetsberegningene tar høyde for antall domfelte og behandlingstid som sentrale drivere. Det framskrivningsrapporten er svært tydelig på, er at kapasitetsøkningen må komme tidlig og ikke mot slutten av perioden. De neste årene er derfor å anse som en avgjørende fase for å opprettholde et godt tilbud til den aktuelle pasientgruppen.

Figur 4: Faktisk og estimert utvikling av antall personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern 2008-2040



Rapporten *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019* viste en dekningsgrad på 3,3 lokale sikkerhetsplasser per 100 000 innbyggere og 0,8 regionale sikkerhetsplasser per 100 000 innbyggere.[89] De siste års utvikling og ovennevnte usikkerhetsmomenter gir en klar indikasjon på at dagens samlede kapasitet i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene, på 4,1 per 100 000 innbyggere, ikke er tilstrekkelig.

Utviklingen i antall personer som er i behov av et sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud, herunder de som dømmes til tvungent psykisk helsevern, er sannsynligvis påvirkbar med tilstrekkelig kapasitet av døgnplasser i sykehus, bedre pasientflyt og samarbeid med kommunene, samtidig med økt bruk av ambulante sikkerhetsteam. Dette krever imidlertid en rask oppbygging av et nytt tjenestetilbud (se kapittel 3.1), samtidig med en økning i antall døgnplasser. Til tross for etablering av nye tjenestetilbud, vil sikkerhetsavdelingene fortsatt være sentrale i behandling av pasientgruppen, og det anbefales at de også får utvidede oppgaver i oppfølging av pasientene etter utskrivelse. Det er grunn til å tro at en stor andel av de domfelte også i fremtiden - og til tross for etablering av nye tjenestetilbud - vil ha behov for innleggelse i sikkerhetspsykiatriske avdelinger.

Det understrekes at ovennevnte tiltak, med en generell økning på 15 % og en kapasitetsøkning i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet, vil kunne bidra til å bedre kapasitetssituasjonen noe, men ikke nødvendigvis være tilstrekkelig for å gi et nødvendig døgntilbud til den økende gruppen pasienter som legges inn etter strafferettslig

[89] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)

hjemmel. I hvilken grad disse tiltakene vil være tilstrekkelige, avhenger av de mange forhold som påvirker utviklingen og hvor vellykket oppfølging av øvrige tiltak i denne rapporten vil bli.

3.5 Nasjonale og regionale funksjoner, oppgaver og rutiner

For enkelte sentrale oppgaver, er det nødvendig å utvikle nasjonale og regionale funksjoner og rutiner. Det psykiske helsevernet har gjennom mange år fått nye og utvidede oppgaver, uten at rammebetingelser for gjennomføring har blitt avklart. Dette har medført at det over tid har utviklet seg ulik forståelse og ulike rutiner for gjennomføring av flere oppgaver. Det er derfor behov for å kalibrere praksis, avklare ulike problemstillinger, definere ansvarsområder og legge opp til en mer ensrettet fremgangsmåte for nasjonale og regionale oppgaver.

3.5.1 Enhet for særlig høy sikkerhet

I 2012 åpnet Helse- og omsorgsdepartementet for at det kan opprettes en enhet for særlig høy sikkerhet i Norge, for de tilfeller hvor det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter, helsepersonell, befolkningen eller myndighetspersoner.[90] Lovverket stiller høye krav til etablering og anvendelse av en slik enhet, både når det gjelder pasientens tilstand, ytre forhold og bygningsmessige forhold. Dette kan være årsaken til at en slik enhet ennå ikke er etablert. Det er arbeidsgruppens vurdering at en enhet for særlig høy sikkerhet vil kunne gi bedre vilkår for håndtering av en marginal gruppe pasienter, som er i behov av andre rammebetingelser enn det som finnes i dag. Dette gjelder både rammebetingelser som ivaretar hensynet til sikkerhet, og som bedre legger til rette individuelt tilpasset behandling til pasienter som fyller vilkårene for opphold på slikt sikkerhetsnivå.

Departementet foreslo i høringsnotatet at departementet ved beslutning om etablering av beredskap for en slik enhet, tar stilling til hvilken regional sikkerhetsavdeling som skal ha slik beredskap.[91] Departementet har ennå ikke tatt stilling til hvor en eventuell enhet skal lokaliseres. De regionale helseforetakene anbefales å utrede behovet for et slikt sikkerhetsnivå i eget opptaksområde, og løfte saken til interregionale drøftelser og beslutninger. Det kan være hensiktsmessig at man kan tilby et slikt tjenestetilbud i mer enn en region. Regioner som ikke oppretter slik enhet, bør kunne henvise til opphold i avdeling som har slikt tjenestetilbud.

TILTAK

- Etablere enhet for særlig høy sikkerhet i minst en helseregion.

3.5.2 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungen psykisk helsevern

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern ble etablert i daværende Helse Øst i 2006, og fikk nasjonal funksjon i 2012.[92] Etableringen var basert på en anbefaling fra det såkalte Mælandutvalget, og det ble besluttet å gi et årlig øremerket tilskudd på 1,5 mill. kroner til koordinering, registrering og drift av enheten.[93] Koordineringsenheten skal være en integrert del av gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern og et viktig

[90] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) kapittel 5.1 og (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) kapittel 4A. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå

[91] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) kapittel 5.1

[92] (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2023)

[93] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012)

bidrag til sikkerheten og samfunnsvernet.[94] Alle involverte parter, bl.a. påtalemyndigheten, de regionale- og de lokale helseforetakene er forpliktet til å følge enhetens retningslinje.[95]

Enheten er organisert under Regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF og har i dag 2 årsverk. På tiden for den nasjonale utvidelsen av enheten, var 134 personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern. I tiden som har gått har antallet domfelte økt betraktelig, se kapittel 3.4.1. Registeret innbefatter i dag data fra i overkant av 600 personer, og arbeidsmengden øker hvert år.[96] I tillegg til den økte arbeidsmengden knyttet til registering og drift av enheten, opplever koordineringsenheten en økt pågang for utlevering av opplysninger fra enhetens register. Den samfunnsmessige interessen for å få kunnskap om personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern, har økt i takt med antall domfellelser, kapasitetsproblematikk i helsevesenet, alvorlige hendelser og påfølgende profilerte mediesaker.[97] Koordineringsenhetens drift må derfor styrkes for å kunne drifte i henhold til sitt mandat og endrede behov i samfunnet.

FAKTA

NASJONAL KOORDINERINGSENHET FOR DOM TIL TVUNGEN PSYKISK HELSEVERN

Nasjonal koordineringsenhets sin drift er hjemlet i psykisk helsevernloven § 5-2a, 5-2b og 5-6c. Nasjonal koordineringsenhet er organisert under Oslo universitetssykehus HF og Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst. Nasjonal koordineringsenhet skal primært:

- utarbeide og oppdatere retningslinjer for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern
- føre register som gir nødvendig oversikt over personer dømt til tvungent psykisk helsevern
- sørge for at alle parter har den informasjon som er nødvendig for at de lovpålagte oppgavene skal kunne løses på best mulig måte

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

TILTAK

- Styrke Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. Ressursene skal gå til koordinering, registering og drift av enheten, i tråd med lovpålagt mandat.

3.5.3 Nasjonal oversikt over varetektssurrogat

Fra 2016 har retten kunne treffe beslutning om at en siktet person som er psykotisk og antatt straffri, kan plasseres i institusjon - såkalt varetektssurrogat - uten samtykke fra den aktuelle institusjon.[98] I oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF i 2019 ble kompetansesentrene bedt om å gjennomføre en evaluering av ordningen.[99] Tilbakemeldingene viste at innleggelser på varetektssurrogat kan medføre fortrengning av andre pasienter. Samtidig viser evalueringen at innleggelser på varetektssurrogat ofte munner ut i en dom til tvungent psykisk helsevern. Det er også uklart hva helsevesenet kan tilby av behandlingsopplegg til disse personene. Når det gjelder omfanget av ordningen, viste dette seg vanskelig å besvare, da det ikke var noen sentral instans som førte oversikt over hvor mange som ble innlagt etter denne hjemmelen. Mangelen på koordinering og registering av varetektssurrogat gjør det vanskelig å få oversikt over etterspørsel og konsekvenser for helsevesenet, både når det gjelder kapasitet, innhold og kvalitet.[100] Det vil derfor være viktig for fremtidig helseplanlegging å føre oversikt over omfanget, samt å etablere noen nasjonale føringer for gjennomføring.

[94] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012)
[95] (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2023)
[96] (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2022)
[97] (Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, 2022)
[98] (Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven), LOV-1981-05-22-25) § 188
[99] (Senneseth, Holst, Mindestrømmen, Flåan, & Rypdal, 2010)
[100] ibid

TILTAK

- Etablere en nasjonal administrativ oversikt og retningslinjer for gjennomføring av varetektssurrogat.

3.5.4 Nasjonal standard for varsling til fornærmede og etterlatte

I 2013 ble det besluttet at fornærmende og etterlatte hadde rett til å bli varslet under gjennomføring og ved opphør av en dom til tvungent psykisk helsevern.[101] Formålet med varslingsreglene er at de fornærmede og etterlatte skal kunne forberede seg på muligheten for å påtreffe den domfelte. Bakgrunnen for lovendringen var at adgangen til å avsi en dom til tvungent psykisk helsevern gjelder ved alvorlige voldsforbrytelser, seksualforbrytelser mv. Dette er saker hvor det kan være en stor påkjenning for fornærmede og etterlatte å påtreffe den domfelte.[102]

Varsling til fornærmende og etterlatte kan være ressurskrevende. Den faglig ansvarlige må bl.a. innhente informasjon om hvem som er fornærmede og etterlatte i saken, og disse må uttale seg om hvorvidt de ønsker å motta varsling. I noen tilfeller kan antallet fornærmede og etterlatte være høyt. Varslingsplikten gjelder videre ved flere hendelser i pasientforløpet. Slik varsling omfatter ikke bare de sikkerhetspsykiatriske avdelingene, men alle nivåer i det psykiske helsevernet. For å sikre at varsling gjennomføres i henhold til kravene i psykisk helsevernloven, samtidig som man følger lovverk knyttet til saksbehandling og arkivering, har flere avdelinger utarbeidet interne prosedyrer og maler for slik varsling. For å ivareta de fornærmede og etterlattes rettigheter, anbefales at hvert helseforetak utarbeider prosedyrer for slik varsling. Det er en fordel om prosedyrene er like innen hvert regionale helseforetak.

TILTAK

- Utarbeide regionale prosedyrer for varsling til fornærmende og etterlatte.

3.5.5 Rettspsykiatrisk undersøkelse

Er det nødvendig for å vurdere spørsmål om tilregnelighet, kan retten ved kjennelse beslutte at en person som er siktet i en straffesak, skal innlegges til undersøkelse i psykiatrisk sykehus eller annet egnet undersøkelsessted.[103] Vurdering av tilregnelighet er en sentral rettssikkerhetsforanstaltning i Norge. Slike undersøkelser er basert på justissektorens behov for vurdering av tilregnelighet og er ikke i tråd med helsevesenets formål, - som er *helsehjelp*. Likevel vil en rettspsykiatrisk undersøkelse være en viktig medvirkende faktor til at nødvendig helsehjelp gjøres tilgjengelig. Etterspørselen av rettspsykiatriske undersøkelser i psykiatrisk sykehus har økt de siste 20 årene.[104] I perioden 2015-2019 ble det gjennomført 96 slike undersøkelser i de regionale sikkerhetsavdelingene i landet, et snitt på 19 undersøkelser per år. I samme periode ble det gjennomført 12 undersøkelser i lokale sikkerhetsavdelinger. Undersøkelsestiden varierte fra fire til tolv uker.[105] I perioden 2020-2022 ble det gjennomført 59 undersøkelser i de regionale avdelingene, et snitt på 20 per år. Det finnes ingen oversikt over etterspørsel, gjennomføring, avslag - og

[101] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) § 5-6c. Varsel til fornærmede og etterlatte
[102] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)
[103] (Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven), LOV-1981-05-22-25) § 167
[104] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[105] ibid

årsaker til disse - ut over det sikkerhetsavdelingene eventuelt selv fører lokalt. For fremtidig helseplanlegging, er det derfor ønskelig å føre oversikt over etterspørsel og omfanget av rettspsykiatriske undersøkelser i psykiatrisk sykehus. Det er naturlig at denne oppgaven legges til enheter som allerede har lignende nasjonale funksjoner innen fagfeltet.

I Norge finnes det ikke egne institusjoner som gjennomfører rettspsykiatriske undersøkelser. Med bakgrunn i behov for kompetanse og sikkerhet gjennomføres slike undersøkelser i all hovedsak i regionale sikkerhetsavdelinger, men det er ingen formelle krav til verken institusjon, kompetanse, gjennomføring eller sluttprodukt for slike undersøkelser i Norge.[106] Gjennomføring av rettspsykiatriske undersøkelser gjøres i ordinære døgnavdelinger, til fortrengning for pasienter, og påvirker derfor døgnkapasiteten. Det vil derfor være viktig å få avklart rammebetingelsene for gjennomføring av rettspsykiatriske undersøkelser i sykehus, både med hensyn til organisering, dokumentasjon og økonomi, men også for faglige standarder for gjennomføring og formalkrav for sluttprodukt. I *NOU 2014:10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern* bemerkes at det er *«grunn til å tydeliggjøre skillet mellom bruk av institusjonen til tvungen undersøkelse og dens alminnelige virksomhet, dvs. psykiatrisk behandling. Hjemmelen skal kun benyttes for å fremskaffe opplysninger om siktedes tilstand i strafferettslig henseende, og slike innleggelser skal ikke gå på bekostning av psykiatriens alminnelige tilbud til andre som trenger institusjonsplass. Dette forholdet blir nå ekstra påtrengende som følge av nedbyggingen av sengeplassene innenfor psykiatrien.»*[107] Arbeidsgruppen mener at det er mange forhold som taler for at de regionale sikkerhetsavdelingene får et hovedansvar for gjennomføring av rettspsykiatriske undersøkelser i sykehus. Argumenter for at slike undersøkelser skal utføres på regionalt nivå er i all hovedsak knyttet til kompetanse og sikkerhet, herunder også mulighet for observasjon i et rusfritt miljø. En ulempe med å «spre» slike undersøkelser på mange avdelinger, er at få avdelinger vi opparbeide seg nødvendig mengdetrening og spisskompetanse til å gjøre gode kvalitative undersøkelser. Riksadvokaten har anbefalt økt bruk av rettspsykiatriske undersøkelser i psykiatriske sykehus i sine rundskriv fra 2013 og 2014.[108] Riksadvokaten hadde i brev av 2014 positive bemerkninger om pågående fagutviklingsarbeid for rettspsykiatriske døgnundersøkelser i regionale sikkerhetsavdelinger, og til avdelingenes intensjoner om å motta observander til slike undersøkelser.[109] I 2017 bemerket Justis- og beredskapsdepartementet at et stort antall observasjoner gjennomføres i de regionale sikkerhetsavdelingene.[110] Departementet var positive til denne utviklingen *«da de regionale sikkerhetsavdelingene derved kan øke sin kompetanse, og det vil sørge for at de ulike observasjonene rundt om i Norge blir mer ensartede.»*

Når det gjelder rettspsykiatrisk sakkyndig virksomhet for øvrig, er dette det eneste fagområdet innen rettsmedisinske sakkyndigområder som ikke er forankret i institusjoner innen spesialisthelsetjenesten og universitetene. Selv om mange av dem som utøver rettspsykiatri er ansatt i spesialisthelsetjenesten og/eller ved universitet, er rettspsykiatrisk virksomhet i Norge en privat virksomhet som er uavhengig av fagmiljøene. For å utøve rettspsykiatrisk sakkyndighet må man ha gjennomført B-kurs og C-kurs, se faktaboks.[111] Erklæringene godkjennes av Den rettsmedisinske kommisjon (DRK)[112]. Per i dag finnes det bare ett miljø for offentlig sakkyndighet; Rettspsykiatrisk poliklinikk (REP) ved Oslo universitetssykehus HF, som i all hovedsak produserer foreløpige

FAKTA

ABC-MODELLEN

I *NOU 2001: 12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker* foreslo Rognumutvalget den såkalte ABC-modellen for utdanning innen rettspsykiatriske fag. A er spesialistutdanningen, og B er kurs i strafferett og straffeprosess. Disse kursene arrangeres av Den rettsmedisinske kommisjon. C er fordypningskurs innenfor hvert enkelt rettsmedisinsk område innenfor de enkelte fagmiljø. Innen rettspsykiatri ivaretas dette av SIFER. Kurset er godkjent av Den norske legeforening (DNLF) som videre-/etterutdanningskurs for spesialiteter. Kurset er også godkjent som vedlikeholdsaktivitet av Norsk psykologforening.

(Justis- og beredskapsdepartementet, 2001)

[106] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[107] (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014)
[108] (Riksadvokaten, 2013) og (Riksadvokaten, 2014)
[109] (Riksadvokaten, 2014)
[110] (Justis- og beredskapsdepartementet, 2017)
[111] (SIFER, 2023)
[112] (Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) , 2023)

rettspsykiatriske erklæringer.[113] Poliklinikken er lokalisert i Sentralarresten i Oslo politidistrikt. Øvrig privat rettspsykiatrisk sakkyndig virksomhet koordineres fra Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) ved St. Olavs Hospital HF.[114] Det er ikke holdepunkter for at de som driver privat virksomhet leverer sakkyndigarbeid av lavere kvalitet enn offentlig ansatte. Offentlig tilknytning er derfor ikke i seg selv et kvalitetstegn, men det bør utredes behovet for en offentlig organisering av rettspsykiatrisk virksomhet. Det vil kunne skape mer robuste fagmiljø - både innen sikkerhets- og rettspsykiatri - bedre rekruttering av nye sakkyndige, og sikre at de som driver rettspsykiatrisk sakkyndighet er faglig oppdatert.

TILTAK

- Opprette en nasjonal administrativ oversikt over rettspsykiatrisk undersøkelse i psykiatrisk sykehus.
- Utarbeide en nasjonal standard for rettspsykiatrisk undersøkelse i psykiatrisk sykehus.
- Utrede behovet for en offentlig rettspsykiatrisk virksomhet.

3.6 Kompetanse

Kompetanse er fagmiljøenes fremste ressurs, og trygge og kompetente ansatte er særlig viktig i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Et fagmiljø som er trygt og stimulerende er også viktig for rekruttering og for å beholde ansatte, og sentralt for sammenhengen mellom HMS og pasientsikkerhet. Pasientgruppen har ofte komplekse og sammensatte utfordringer, og flere er i behov av behandling i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet over lang tid.

For at de sikkerhetspsykiatriske avdelingene skal klare å levere høyspesialiserte tjenester, er det grunnleggende at de ansatte har god kunnskap om utredning og behandling av den aktuelle pasientgruppen. I arbeidet med pasientgruppen er god kompetanse i utredning og behandling av psykiske lidelser - særlig psykoseproblematikk - sentralt. De som jobber i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet må ha kompetanse på voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering, rusmiddelavhengighet, særlig kompetanse på miljøterapeutisk tilnærming og en generell forståelse av det sikkerhetspsykiatriske fagfeltet, se kapittel 3.3. Det faglige ansvaret innebærer ivaretakelse av pasienten og dens helsetilstand, men også håndtering av voldsproblematikk og samfunnsvern. I Helsetilsynets rapport etter alvorlig hendelse i 2019, kom de til at virksomheten ikke hadde sikret at involvert helsepersonell hadde tilstrekkelig faglig kompetanse eller rolleforståelse knyttet til ansvaret for oppfølgingen av pasienter med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.[115] De pekte særlig på at *«pasienter som er dømt til tidsubestemt særreaksjon representerer en spesiell utfordring for hjelpeapparatet fordi hensynet til å verne samfunnet mot vold fra pasienter med psykisk sykdom, vil kunne komme i konflikt med det vanlige fokuset på pasientens autonomi, rehabilitering og recoverybasert tilnærming.»*[116]

Det er viktig med tverrfaglighet og komplementær kompetanse i pasientforløpene. I tillegg til spesialister i psykiatri og psykologi, sykepleiere, miljøterapeuter og helsefagarbeidere, vil et sikkerhetspsykiatrisk fagmiljø også kunne profitere av å bestå av vernepleiere, ergoterapeuter, aktivitører, fysioterapeuter, pedagoger mv. Det kan i mange tilfeller også være nødvendig at helseforetakene har juridisk kompetanse på fagfeltet, da oppfølging av

[113] (Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven), LOV-1981-05-22-25) § 165 og (Rettspsykiatrsk poliklinikk (REP), u.d.)
[114] (Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS), u.d.)
[115] (Helsetilsynet, 2019)
[116] ibid

pasientgruppen kan innebære kompliserte juridiske vurderinger og avklaringer. Fagmiljøene må være robuste, og det må legges til rette for at spesialistene får mengdetrening i disse komplekse pasientforløpene. Kompetansesammensetningen bør gjenspeile samfunnet, og personalet må inneha gode holdninger og være personlig egnet for arbeid med den krevende pasientgruppen. Ledere må ha tilgang på gode systemer for kartlegging, planlegging og registrering av kompetanse. Da behandling av pasientgruppen krever en viss andel av mannlige ansatte, må det legges særlig til rette for utdanning og rekruttering av mannlig fagpersonell.

I det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet er arbeidets art en vesentlig faktor som kan påvirke tjenestenes evne til å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Dette knytter seg til vedvarende forhøyet risiko for å bli utsatt for skade på egen person eller å være vitne til at andre blir skadet. Denne belastning berører særlig miljøpersonell i døgnavdelingene, men også dagtidsansatte og behandlende psykologer/leger. For å - på en best mulig måte - ivareta sikkerheten for de ansatte, pasienten selv og medpasienter, er det nødvendig at personalet har god forståelse av risikofaktorer for vold og aggresjon, og at de er i stand til å håndtere situasjoner med eventuell fysisk utagering og trusler. I tillegg må de ha kunnskap om hvordan denne belastningen påvirker dem over tid. Et godt opplærings- og undervisningopplegg er både viktig i rekrutteringsøyemed, men også et ledd i å beholde kvalifisert personell. Det sikkerhetspsykiatriske fagmiljøet har de siste årene utarbeidet og samlet seg om metodikken i MAP (Møte med aggresjonsproblematikk), som er et helhetlig opplæringsprogram for forebygging og håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk, se faktaboks.[117] MAP er basert på mange års erfaring med tematikken i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene, og er nå nasjonalt kalibrert og satt i system. En styrke ved metodikken er at den er utviklet *av* det psykiske helsevernet *for* det psykiske helsevernet, og den bygger på gode verdier og holdninger. Metodikken er anbefalt anvendt i sikkerhetsavdelingene.

MAP har en sertifiseringsordning, og det er viktig at fagmiljøene legger til rette for at ansatte får anledning til resertifisering ved behov. Arbeidet er i utvikling, og det er nedsatt en forskningsgruppe som skal se på og evaluere effekten av metodikken og hvordan den påvirker miljøet, pasientene og personalet. Det er per nå ikke forskningsmessig belegg for å si at bruk av metodikken reduserer vold. Det er derfor viktig med videre forskning på MAP, slik at man får kunnskap om nytteverdi og anvendelse.

Det tilbys etterutdanning i voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering, såkalt *ViVo I og ViVo II,* ved Høyskolen i Molde, se faktaboks.[118] Studietilbudet er det eneste i Norge som har behandling og risikohåndtering av vold hos mennesker med psykiske lidelser som hovedfokus. Målgruppen for studiet er leger, psykiatere, psykologer,

[117] (SIFER, 2023)
[118] (SIFER, 2023)

FAKTA

MAP (MØTE MED AGGRESJONS-PROBLEMATIKK)

MAP er et helhetlig opplæringsprogram for å forebygge og håndtere aggresjons- og voldsproblematikk i helse- og sosialsektoren. Programmet er eid av de fire regionale helseforetakene, omtalt i nasjonal helse- og sykehusplan og anbefalt i nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern.

Hensikten med opplæring i MAP er å forhindre vold og sørge for at pasienter og personale opplever seg trygge. Opplæringsprogrammet ønsker å være et viktig bidrag til å øke kvaliteten på det voldsforebyggende arbeidet. Først og fremst ved å legge til rette for forståelse og reduksjon av konfliktgrunnlaget, dernest ved å tilføre profesjonell og nødvendig handlingskompetanse når situasjoner oppstår, samt ved å utnytte det lærings- og utviklingsrommet som kan oppstå i etterkant av aggressive episoder.

MAP driftes i et samarbeid mellom kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

(SIFER, 2023)

VIVO I OG VIVO II (VOLDSRISIKOVURDERING OG VOLDSRISIKOHÅNDTERING)

ViVo I og ViVo II er en videreutdanning som tilbys ved Høyskolen i Molde i samarbeid med SIFER, og som gir totalt 30 studiepoeng. Studiet skal gi studentene oppdatert evidensbasert kunnskap om aggresjon, vold, voldsrisiko og viktige risikofaktorer for vold blant mennesker med (alvorlige) psykiske lidelser, og en oppdatert innføring i kliniske metoder for behandling og bredere risikohåndtering /forebygging av vold. Mens ViVo I har et hovedfokus på risikovurdering, har ViVo II hovedfokus på forebygging av risikoscenarier gjennom behandling og andre tiltak basert på en forståelse av den enkeltes voldspotensiale og mulig beskyttende faktorer. Betydningen av tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i risikohåndteringsarbeidet blir særlig vektlagt.

(SIFER, 2023) og (Høyskolen i Molde, 2023)

sosionomer, sykepleiere, vernepleiere og andre med tilsvarende helse- og sosialfaglig bakgrunn, som arbeider med mennesker med psykiske lidelser og voldsproblem. Flere ansatte i sikkerhetsavdelingen har slik etterutdanning.[119] Det må fortløpende vurderes behovet for utdanning av ansatte i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.

Det er viktig at kunnskap som personell i sikkerhetsavdelinger besitter, overføres til andre avdelinger i det psykiske helsevernet og til kommunale botiltak når pasienter videreføres. Slik kompetanseoverføring er viktig for å styrke kunnskapen og tryggheten hos personell utenfor det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet, som skal behandle pasientene videre. I rapporten *I Grenseland* fremkommer det at flere av de ansatte i kommunene har fått opplæring i MAP og ViVo.[120] Slike modeller for forståelse og håndtering av voldsrisiko vil være nyttige å bruke i kompetanseoverføringen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Helsepersonellkommisjonen påpeker i sin rapport at det vil være stor mangel på helsepersonell i tiden fremover, og at faglig utvikling, befolkningens og pasientenes forventninger og politiske intensjoner og vedtak må oppfylles uten vesentlig flere ansatte: «Økes antallet ansatte i ett tjenesteområde, blir det reduksjon i sysselsettingen et annet sted. Nye satsinger og ny politikk må derfor ha som hovedmålsetning å redusere arbeidskraftsbehovene.»[121] Knapphet på helsepersonell gjør at det er viktig å ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling.[122] Å fordele oppgaver til annet personell der helsefaglig kompetanse ikke er nødvendig, vil være god bruk av samfunnets samlede ressurser. Det er også en helt avgjørende faktor for å kunne etablere nye funksjoner og øke kapasiteten i det sikkerhetshetspsykiatriske tjenestetilbudet. Overføring av oppgaver mellom personell og personellgrupper forutsetter systematisk organisering med tydelige beslutningsprosesser om hvilke oppgaver som overføres, og grundig trening og regelmessig kvalitetskontroll.[123] Tilgang på nødvendig kompetanse er kostnadskrevende, og det vil være hensiktsmessig med en oppgavevridning med økt bruk av merkantile støttefunksjoner som kan ivareta oppgaver knyttet til drift og administrasjon. I helseforetak med begrenset tilgang på spesialistkompetanse og annet kvalifisert fagpersonell, kan det være aktuelt å samle ressursene i team som kan fungere i større områder.

TILTAK

- Sikre god faglig kompetanse hos spesialister og miljøpersonell i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet, og styrke de sikkerhetspsykiatriske fagmiljøene med tverrfaglig kompetanse, for å møte kompleksiteten i pasientbehandlingen.
- Ivareta og videreutvikle spesialkompetanse i voldsrisikovurdering, voldsforebygging og voldshåndtering, gjennom bl.a. MAP og ViVo I og ViVo II, og legge til rette for kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner.
- Sikre hensiktsmessig utnyttelse av knappe kompetanseressurser, ved hensiktsmessig overføring av oppgaver mellom personell og personellgrupper.

3.6.1 Rekruttering

I *NOU 2023:4 Tid for handling* påpeker kommisjonen at det er betydelige rekrutteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenestene, særlig knyttet til rekruttering av sykepleiere og enkelte spesialsykepleiere i sykehus, fastleger og

[119] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[120] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[121] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)
[122] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)
[123] ibid

psykiatere.[124] Selv om rekrutteringsutfordringene er større i mindre sentrale strøk, opplever også tjenestene i mer sentrale strøk utfordringer. Turnover og frafall er også en stor utfordring i deler av helse- og omsorgstjenestene.[125] Tilgangen på personell er en knapphetsfaktor innen en rekke fagområder og for ulike personellgrupper. Kommunene rapportere også rekrutteringsvansker, og at det generelt er vanskelig å rekruttere personer med relevant utdanning og kompetanse for å jobbe med målgruppen.[126] Dette innebærer at virksomhetene kontinuerlig arbeider med å rekruttere, beholde og utvikle den til enhver tid tilgjengelige arbeidskraft.[127] Tydelige sentraliseringstrender i samfunnet og ulik demografisk sammensetning innebærer geografiske variasjoner i utfordringene.[128] At det er mer utfordrende å rekruttere helsepersonell til mindre sentrale strøk, henger trolig sammen med blant annet tilgang på utdanningstilbud i nærheten. Små fagmiljøer kan også være en årsak til at det er rekrutteringsutfordringer knyttet til psykiatere i deler av det psykiske helsevernet. Ulike reguleringer, som økte kompetansekrav og rettigheter, kan potensielt økte rekrutteringsutfordringer. Krav om ansettelse av psykologer og andre helsepersonellgrupper i kommunene, gir økt etterspørsel etter disse, og kan bidra til at disse blir vanskeligere å rekruttere for både kommunene og spesialisthelsetjenesten.[129] Dette utfordringsbildet taler for en sentralisering av oppfølging av den aktuelle pasientgruppen, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, se kapittel 3.1.6.

NOU 2023:4 Tid for handling viser til en stor mangel på legespesialister i det psykiske helsevernet, og i 2021 manglet det 99 legespesialister innen psykisk helsevern for voksne og barn og unge.[130] Legebarometeret for 2021 peker også på betydelige rekrutteringsutfordringer innen psykiatri. Kommisjonen uttaler at *«sett ut fra psykiatriens størrelse, er mangelen uforholdsmessig stor. Allerede i 2008 ble psykiatri omtalt som et «underforsynt fagområde»»*. Som et svar på utfordringene med å rekruttere psykiatere, har det blitt foreslått at noen LIS1-stillinger skal kobles opp mot videre spesialisering i tjenesteområder som har særlige behov for rekruttering.[131] Arbeidsgruppen peker her på viktigheten av at en stor andel av disse knyttes til psykisk helsevern for voksne. Det er videre nødvendig å lage incentiver som bidrar til at flere leger og psykologer spesialiserer seg innen psykiatri og klinisk psykologi. Slike incentiver kan eksempelvis være tilbud om veiledning fra erfarne behandlere, og fordypningstjeneste i sikkerhetsavdelingene med egne utdanningsløp som inkluderer kvalifiserende kurs for senere sakkyndighetsarbeid. Flere av læringsmålene i LIS-utdanningen er knyttet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsrisikovurderinger og dom til tvungent psykisk helsevern. Ansvaret for LIS-utdanningen ligger hos de regionale helseforetakene, som må sikre at disse læringsmålene gjennomføres, og at de til enhver tid er relevante for arbeid i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.

TILTAK

- Etablere incentiver for bedre rekruttering til fagfeltet og for å beholde kvalifisert personell.

3.6.2 Utpeking av faglig ansvarlige for personer med dom til tvungent psykisk helsevern

Den enkelte institusjon skal sørge for en forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell, og institusjonen har et selvstendig ansvar for tilrettelegging av rollen som faglig ansvarlig.[132] Organisering av vedtakskompetansen er et ansvar som påhviler den enkelte institusjon. Dette innebærer at kompetansen som faglig ansvarlig ikke følger

[124] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)
[125] ibid
[126] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[127] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)
[128] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)
[129] ibid
[130] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)
[131] ibid
[132] (Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), LOV-1999-07-02-64) § 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester og (Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften), FOR-2011-12-16-1258) § 5. Faglig ansvarlig

automatisk av å tilfredsstille kompetansekravene i psykisk helsevernlovens § 1-4. Den faglig ansvarlige må utpekes særskilt ut i fra konkrete vurderinger knyttet til kompetanse og egnethet. Kunnskapskravene i psykisk helsevernforskriften peker på at det kreves inngående kunnskap om og forståelse av lovverket som regulerer det tvungne vernet.[133] Dette gjelder særlig ved oppfølging av domfelte pasienter, hvor formålet er reduksjon av risiko for alvorlige hendelser. Lovverket i denne forbindelse er ikke begrenset til lov om psykisk helsevern, ettersom en forsvarlig gjennomføring også krever inngående kunnskap om straffeloven og påtalemyndighetenes og pårørendes partsrolle.

Lov og forskrift viser til et minstekrav til kompetanse for den som skal treffe vedtak, men unntar ikke ledelsens ansvar for en forsvarlig organisering av vedtaksfunksjonen.[134] I Helsetilsynets rapport etter alvorlig hendelse i 2019 ble det påpekt at det stilles *«skjerpede krav til virksomhetsledelsens aktsomhet ved planlegging og tilrettelegging for gjennomføring av særreaksjonen. Det er et ledelsesansvar å følge opp at relevante og tilstrekkelige risikoreduserende tiltak gjennomføres i praksis.»*[135] I helsepersonelloven fremgår det at *"virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter."*[136] Det er med andre ord et lovkrav at helseforetakene må ha en plan for å sikre kompetansen til de faglig ansvarlige for personer med dom til tvungent psykisk helsevern. Helseforetaket har ansvar for å gi opplæring og undervisning til vedtaksansvarlig personell, og må sikre at de faglig ansvarlige holder seg oppdatert på fagområdet. Helseforetaket må sikre lederstøtte i det viktige ansvaret som påhviler rollen som faglig ansvarlig, og bør videre etablere nettverk hvor faglig ansvarlige kan drøfte aktuelle problemstillinger, se kapittel 3.2.2. Dette er videre et viktig incentiv for å beholde sentral kompetanse, se kapittel 3.6.1.

TILTAK

- Etablere rutiner som sikrer at spesialister, som utpekes som faglig ansvarlige for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, innehar nødvendig kompetanse.

3.7 Undervisning, forskning og fagutvikling

Alle de fire helseforetakene trekker frem viktigheten av innovasjon, forskning og fagutvikling i sine regionale planer for det psykiske helsevernet. I Helse Sør-Øst sin regionale fagplan fra 2022 står det at *«helseforskning er en viktig premiss for kunnskapsbasert utvikling av helsetjenesten, og er en av spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver. (…) Fremover vil kunnskap knyttet til etablering av nye behandlingsmåter, samhandlingsstrukturer og bruk av ny teknologi være spesielt påkrevd. Det er også behov for økt kunnskap om effekter av behandling.»* [137] Kompetansesentrene for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri bør ha en sentral rolle i dette utviklingsarbeidet.

3.7.1 Kompetansesentrenes ansvar for undervisning, forskning og fagutvikling

I *Stortingsmelding 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet* ble det foreslått å styrke de regionale sikkerhetsavdelingene som kompetansesentre, som skulle drive med undervisning, forskning og fagutvikling på fagfeltet.[138] Dette resulterte i opprettelse av kompetansesenter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri i Helse Midt-Norge (1993), Helse Sør-Øst (1997) og Helse Vest (1998). Kompetansesenteret i Helse Nord ble opprettet i 2018. Kompetansesentrene har bidratt til mye bra fagutviklingsarbeid, og har produsert en rekke doktorgradsavhandlinger, forskningsprosjekter,

[133] (Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften), FOR-2011-12-16-1258) § 5
[134] (Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), LOV-1999-07-02-64) § 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester
[135] (Helsetilsynet, 2019)
[136] (Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), LOV-1999-07-02-64) § 16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester
[137] (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2021)
[138] (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997)

publikasjoner og rapporter. Kompetansesentrene er del av et internasjonalt forskingsmiljø, og arrangerer jevnlig konferanser innen aktuelle fagområder. For å legge til rette for bedre samarbeid om forskning, fagutvikling og formidling mellom kompetansesentrene, ble det i 2011 opprettet et nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri (SIFER). Nettverket bidrar til interregional kunnskapsdeling og samarbeid. Kompetansesentrene er ulikt organisert i de fire helseforetakene og har varierende kontakt og samarbeid med de regionale avdelingene, som de er opprettet for å styrke. Graden av samarbeid kan være knyttet til geografisk avstand mellom det kliniske miljøet og forskningsmiljøet, men også til organisering internt i helseforetakene. Samorganisering og samlokalisering av de kliniske sikkerhetspsykiatriske miljøene og de regionale kompetansesentrene kan være viktige virkemidler for å legge til rette for godt samarbeid.

Fordi kunnskap om pasientgruppen er elementært for videre helseplanlegging, kvalitet og effektiv ressursutnyttelse, er det viktig at kompetansesentrene bistår med klinikknær fagutvikling og forskning i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Kompetansesentrene skal være en sentral pådriver og bidragsyter dette arbeidet. De kliniske miljøene har ikke tilstrekkelige ressurser til selv å drifte slikt ressurskrevende arbeid, men kan bidra med nødvendig kompetanse inn i arbeidet. Delte stillinger som gir reell mulighet for forskning, kan være en forutsetning for et godt samarbeid mellom det kliniske miljøet og forskningsmiljøet, og kan være rekrutteringsfremmende i begge miljø. Det er samtidig viktig å påpeke at fagutvikling er et kontinuerlig arbeid som bør foregå i alle de sikkerhetspsykiatriske fagmiljøene, både med og uten bistand fra kompetansesentrene. Behovet for kompetansesentrenes ressurser er mest relevant der hvor prosjektene er så omfattende at det er behov for ekstra ressurser, eller at prosjektene må koordineres på tvers av avdelinger, helseforetak eller regioner.

Når det gjelder undervisning, er det et kontinuerlig behov for kursing og opplæring i relevante tema innen det sikkerhetspsykiatriske fagfeltet. Dette både med hensyn til at faget er i stadig endring og fornyelse, lovverk og praksis endrer seg, og at det er jevn turnover og behov for opplæring av nyansatte. Selv om alle helseforetak har et selvstendig ansvar for opplæring av egne medarbeidere, ligger det til kompetansesentrenes mandat å ha et særlig ansvar undervisning inn mot sikkerhetsavdelingene. Kompetansesentrene har etablert flere undervisningstilbud, som MAP og ViVo (se også kapittel 3.6) og arrangerer ulike kurs og seminarer om relevante tema. Det må være en god dialog mellom kompetansesentrene og sikkerhetsavdelingene, slik at man fanger opp behov for undervisning og opplæring. I noen tilfeller vil det være klokt å løfte lokale behov og initiativ opp til regionalt eller nasjonalt nivå, for å sikre lik og kalibrert undervisning, men også for å avlaste de kliniske miljøene med større undervisningsoppgaver. Kompetansesentrene bør ha et overordnet ansvar for utarbeidelse relevante e-læringskurs innen fagfeltet. Noen av disse vil kunne tas i bruk både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det vil også være aktuelt å se på muligheten for å ta i bruk ny teknologi i undervisningen, for eksempel i medisinsk simulering (SIM) og bruk av VR-briller mv.

TILTAK

- Styrke klinikknær forskning og fagutvikling, og videreutvikle undervisningstilbud innen det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.

3.7.2 Behov for kvalitetsregister

Rapporten *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* viser til et behov for videre kartlegging og forskning på behandlingsforløp for sikkerhetspsykiatriske pasienter, for å få økt kunnskap om pasientgruppen.[139] Helse Sør-Øst RHF

[139] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)

har i sin regional fagplan besluttet å styrke arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer og etablering av kvalitets- og forskningsregistre innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.[140]

Det er behov for et nasjonalt kvalitetsregister for pasienter som er innlagt i og/eller følges opp av sikkerhetspsykiatriske avdelinger. I dag er det for lite kunnskap om hva som fører til at pasienter ender opp på det høyeste sikkerhetsnivået i det psykiske helsevernet. For å kunne forstå de faktorene som fører til slik sykdoms- og voldsutvikling, vil informasjon om familie og barndom, tidligere tiltak og behandling m.m. kunne gi verdifull informasjon om hvilke tiltak som er nødvendig for å redusere utvikling av alvorlig psykisk lidelse og voldsproblematikk. Det er også behov for oversikt over pasientenes diagnoser og tilleggsproblemer, den behandlingen som tilbys under innleggelse og effekten av denne. Dette vil kunne gi kunnskap om behandlingsmetoder, medisinering og voldsrisikohåndtering. Det ville også være svært nyttig med informasjon om hva som skjer med pasientene etter utskrivelse fra de sikkerhetspsykiatriske avdelingene, slik at man kan få kunnskap om effekt av behandlingen og eventuell gjentakelse av vold og kriminalitet. Dette er viktig informasjon for helseplanlegging og for samfunnets evne til å verne sine borgere.

Et nasjonalt kvalitetsregister kan etableres som et selvstendig register, eller knyttes opp mot allerede eksisterende register. SIFER-nettverket bør ha en sentral rolle i arbeidet, uavhengig av hvor registeret etableres. I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument i 2018 fikk Helse Vest RHF ansvar for opprettelse og drift av et kvalitetsregister for psykisk helsevern. Et kvalitetsregister for pasienter innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger kan legges til et slikt register. På denne måten vil man kunne sammenlikne relevante data, og se om det er viktige forskjeller i behandlingen som gis i sikkerhetsavdelinger og i det øvrige psykiske helsevernet. Man vil også kunne se på eventuelle forskjeller i resultater av behandlingen. Dersom et kvalitetsregister legges til et allerede eksisterende register, er det viktig at parameter som er særegne og sentrale for det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet integreres. For å ikke gi ansatte i klinisk drift merarbeid knyttet til innrapportering, er det viktig at slik datainnsamling i størst mulig grad gjøres elektronisk og automatisk.

TILTAK

- Opprette et nasjonalt kvalitetsregister over pasienter i sikkerhetspsykiatriske avdelinger, herunder personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.

3.7.3 Behov for økt kunnskap om barn og unge voksne i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet

Det har vist seg å være vanskelig å utrede og behandle barn med mistanke om - eller konstatert - psykisk lidelse og voldsproblematikk i barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger. Det foreligger en utredning fra 2002 som viser kompleksiteten i behandling av denne gruppen.[141] Det er behov for mer kunnskap om barn og unge voksne med slike utfordringer, både når det gjelder omfang og utrednings- og behandlingsbehov. Det er også viktig å få mer kunnskap om optimale rammebetingelser for behandlingen. I dag blir noen av disse pasientene innlagt i psykisk helsevern for voksne, men bedre alternativer må utvikles. Her er det behov for en omfattende kartlegging og gjennomgang. Dette understrekes i Helse Sør-Øst sin regionale fagplan fra 2022, hvor det foreslås forskningsprosjekter innen psykisk helsevern for barn og unge, særlig knyttet til samhandling mellom PHBU og TSB, og mellom PHBU og kommune.[142]

[140] (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2021)
[141] (Snoek, 2002)
[142] (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2021)

Voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er blant spesialitetene som flere regionale helseforetak har trukket frem som spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet.[143]

TILTAK

- Iverksette forsknings- og fagutviklingsprosjekter for barn og unge voksne med alvorlige psykiske lidelser og voldsproblematikk.

3.8 Bygningsmessige forhold

Det er gjennomført internasjonal forskning som viser at arkitektur kan bedre behandlingsresultater i både somatiske og psykiatriske avdelinger.[144] Forskningen viser blant annet at en god institusjonsarkitektur kan redusere belastningen for pasienter, pårørende og helsepersonell, og bedre pasientsikkerheten. Noen studier tyder også på at en utforming av institusjonsmiljøet som understøtter teamarbeid og personsentrert behandling, fører til et bedre arbeidsmiljø for personalet. Hvis arkitektur og behandling samarbeider, fremmes helse og trivsel, noe som gagner økonomi og kvalitet i form av kortere behandlingstider, færre feil og bedre ressursutnyttelse. Det fysiske miljøet kan dermed bli et verktøy for bedre psykiatrisk behandling.[145] Det psykiske helsevernet baserer seg i all hovedsak på kompetansemedarbeidere og omgivelser. Gode bygninger som er tilrettelagt for behandling av sikkerhetspsykiatriske pasienter er viktige for å kunne gi god behandling i trygge omgivelser. Bygningsmessige investeringer er kostnadskrevende, men essensielle for et verdig, høyspesialisert tilbud til denne pasientgruppen, og vil kunne bidra til bedre ivaretakelse av samfunnsvernet.

En undersøkelse fra 2019 viste at om lag halvparten av de regionale og lokale sikkerhetsavdelingene drifter i bygningsmasse som ikke er tilpasset behandling av den aktuelle pasientgruppen og ivaretakelse av sikkerheten på en tilfredsstillende måte.[146] Forholdene flere steder er i dag av en slik karakter, at det vurderes å være uforsvarlig å drifte i den aktuelle bygningsmassen. Dette ble bl.a. påpekt i forbindelse med Sivilombudets tilsyn i Regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF i 2022.[147] Sivilombudet vurderte videre at de svært dårlige fysiske forholdene både bidro til økt tvangsbruk og fremsto uverdige for innlagte og ansatte. Uegnede lokaler kan ha innvirkning på tilfriskningsgrad og varighet av det enkelte behandlingsforløp. Det at pasientene ofte er innlagt i sikkerhetsavdelingene over lange perioder og opptil flere år, gjør at forholdene er spesielt kritikkverdige og medfører en klar risiko for at pasienter blir utsatt for umenneskelig og nedverdigende behandling.[148] 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

FAKTA

SYKEHUSBYGG

Sykehusbygg HF er eid av de fire helseregionene, og skal sikre et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og -bygging på høyt internasjonalt nivå. Sykehusbygg skal utføre tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter – og tjenester innen eiendom som gir felles gevinster for helsesektoren. Det vil si:

- utvikling og forvaltning av kunnskap, metoder og verktøy for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging
- tilgang på personell med spisskompetanse på alle faser i livsløpet til en sykehuseiendom
- prosjektledelse og rådgivning til byggeprosjekter
- øvrige tjenester som naturlig hører inn under Sykehusbyggs formål

(Sykehusbygg, 2023)

[143] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023)
[144] (Program for teknisk standard (PTS), 2018) Vår oversettelse.
[145] ibid
[146] (Kilden, Sigurjonsdottir, Eidhammer, & Selmer, 2020)
[147] (Sivilombudet, 2022)
[148] ibid

er pasientene og samfunnet verdig. Det er også sentralt at bygningsmassen ivaretas krav til sikkerhet, særlig med hensyn til det økende antallet domfelte pasienter og personer fra varetekt. Med sikkerhet menes her statisk sikkerhet, som bl.a. innbefatter perimetersikkerhet, skallsikring, adgangskontroll og interne sikkerhetssystemer som alarmer og liknende. I tillegg kommer organisatorisk og dynamisk sikkerhet.

Heldigvis finnes det også sikkerhetsavdelinger som drifter i nyere og formålstjenlige bygg. I 2021 ble det nye sikkerhetsbygget til St. Olavs Hospital HF tatt i bruk. Dette ble kåret til Europas beste psykiatribygg på European Healthcare design-konferansen i London. Sørlandet sykehus HF flytter inn i nytt bygg for psykisk helsevern i 2023, og nytt bygg for sikkerhetsavdelingene i Oslo universitetssykehus HF er under prosjektering og skal være innflyttingsklart i 2026. Nytt bygg for sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF skal stå ferdig i 2026. Sykehusbygg har opparbeidet seg erfaring med slike prosjekter, og sitter nå med kunnskap om bl.a. nødvendige arealbetingelser og funksjonalitet.[149] Med bakgrunn i den kunnskap som nå finnes, bør det utvikles standarder for bygninger med sikkerhetspsykiatrisk virksomhet. Her kan nevnes dimensjonering som ivaretar sikkerhet og et godt behandlingsmiljø, funksjonsbehov, materialvalg og lignende. Der er særlig viktig å utrede og innføre standarder for skjermingsfasiliteter, aktivitets- og uteområder.

TILTAK

- Utarbeide nasjonale standarder for bygg for sikkerhetspsykiatrisk virksomhet, herunder krav til skjermingsfasiliteter, aktivitets- og uteområder.

[149] (Sykehusbygg, 2023)

4 RAMMEBETINGELSER SOM ER TIL HINDER FOR GOD IVARETAKELSE AV PASIENTGRUPPEN

Det er mange tiltak som skal være på plass for en best mulig ivaretakelse av den aktuelle pasientgruppen. Denne rapporten har forsøkt å belyse flere av disse. Forhold knyttet til økonomi og juridiske rammebetingelser er ikke en del av mandatet. Med bakgrunn i den store oppmerksomheten disse temaene blir viet i fagmiljøene, i ulike rapporter, i media og på andre relevante arenaer, er det likevel arbeidsgruppens vurdering av disse problemstillingene bør belyses.

Det er et overordnet mål at pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.[150] Til tross for dette viser erfaring fra de senere år at det ved flere tilfeller oppstår uenigheter mellom tjenestenivåene når en pasient skal overføres mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Gjentakende problemstillinger er finansiering, juridisk handlingsrom og andre forhold som i all hovedsak kan forklares med uavklart ansvarsfordeling nivåene imellom. Denne uavklarte ansvarsfordelingen er til hinder for gode pasientforløp, og medfører «brudd» i et tjenestetilbud som i utgangspunktet skal gå sømløst mellom tjenestenivåene. Det vil derfor være nødvendig å avklare ansvarfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren i saker med kombinasjonen kriminalitet og behov for psykisk helsehjelp, for å sikre et helhetlig og forutsigbart pasientforløp. Dernest er det nødvendig å avklare ansvarsfordeling opp mot justissektoren. Dette vil kunne bedre ivaretakelse av personer som er dømt til tvungen psykisk helsevern, og personer med alvorlig psykisk lidelse og risiko for vold.[151]

4.1 Økonomiske rammebetingelser

Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern er en av tre reaksjonsordninger som ble iverksatt i 2002. De andre to er dom til tvungen omsorg og forvaring. Ved etablering av botiltak i kommunen for personer dømt til tvungen omsorg og for enkeltpersoner som prøveløslates fra forvaring, fullfinansieres botilbudet over statsbudsjettet. 20 % av kostnadene ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg finansieres per i dag av de regionale helseforetakene.[152] En slik finansieringsordning er ikke etablert for dom til tvungent psykisk helsevern. Planlegging av denne nye særreaksjonsordningen innebar en antagelse om et lavt antall domfelte, og at de kunne tas hånd om i sikkerhetsavdelingene og etter hvert integreres som en ordinær del av det psykiske helsevernet for øvrig.[153]

Rapporten *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* påpeker behovet for bedre finansieringsordninger for den aktuelle pasientgruppen, og særlig for pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern.[154] Rapporten viste bl.a. til at noen kommuner har store utfordringer med å håndtere ekstrautgiftene som kommunale tilbud for pasienter fra denne gruppen kan utløse. Problemstillingen har blitt særlig aktuell for kommunene, i og med at antall domfelte har økt de siste årene, og flere av pasientene viser seg å være i behov av et omfattende bo- og tjenestetilbud.[155] Det fremstår for arbeidsgruppen som urimelig at kommunene skal få store utgifter for ivaretakelse av personer underlagt denne særreaksjonen, mens det er etablert en statlig finansieringsordning for dom til tvungen omsorg og forvaring ved bosetting i kommunen. Dette til tross for at det er samfunnsvernet som er det førende prinsipp for alle de tre reaksjonene. Det er hensynet til samfunnsvern som gjør at flere i pasientgruppen vil kreve bemanningsressurser og tiltak utover hva spesialisthelsetjenesten og kommunen normalt tilbyr pasientgruppen.

[150] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)
[151] (Stortinget, 2023)
[152] De regionale helseforetakene har i innspill til statsbudsjettet bedt om at denne ordningen opphører.
[153] (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997) og (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001)
[154] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)
[155] ibid

Det kan her nevnes at alle kommuner som yter særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til enkeltmottakere kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene. Ordningen, som omfatter alle diagnosegrupper, forvaltes av Helsedirektoratet.[156] Rapporten *I grenseland* påpeker imidlertid at denne ordningen er lite tilpasset de kostnadene som følger av voldsrisiko, og at merkostnadene ved oppfølging av pasientgruppen er knyttet til ivaretakelse av sikkerhet og ikke til helse- og omsorgstjenester.[157]

Det er flere som tar til ordet for å etablere en tilsvarende finansieringsordning for dom til tvungent psykisk helsevern, som finnes for dom til tvungen omsorg, - særlig med hensyn til at begge særreaksjonene har som formål å sikre samfunnsvernet. En mulig utilsiktet konsekvens av slik implementering, er at den kan fungere som et incentiv for domstolene å idømme tvungent psykisk helsevern, noe som ytterlige kan forsterke veksten i antall domfelte pasienter. Etter lovendringene i 2020, som ga domstolen større anledning til å velge hvilken særreaksjon den tiltalte skal idømmes, erfarer arbeidsgruppen at det dømmes personer til tvungen omsorg, der dom til tvungent psykisk helsevern helt klart hadde vært naturlig. Det er vanskelig å ikke spørre seg om det kan ligge økonomiske motiv for en slik praksis. Det er nødvendig å gjennomgå dagens finansieringsordninger, hvor målet er å etablere bærekraftige ordninger som følger de domfelte pasientene gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av tjenestenivå. En slik ordning må understøtte et helhetlig bolig-, helse-, og omsorgstilbud og fremme samhandling i tjenesten.

TILTAK

- Utrede behovet for finansieringsordninger for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern og særlig krevende pasienter med alvorlige psykiske lidelser, voldsproblematikk og/eller rusmiddelavhengighet.

4.2 Juridiske rammebetingelser

De juridiske rammebetingelsene for ivaretakelse av samfunnsvernet er særlig utfordrende i overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Helt siden særreaksjonsordningen ble iverksatt i 2002 har spørsmålet om ansvar for samfunnsvernet blitt problematisert. Rapporten *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien* påpeker at lovverket er til hinder for en god utskrivelsesprosess, og at «*kommunene har ikke mulighet til å iverksette nødvendige tiltak ut fra samfunnsvern*».[158] I brev av 24.04.2019 og 09.05.2022 har Helsedirektoratet gitt sin fortolkning av ulike problemstillinger knyttet til kommunenes anledning til bruk av tvang og kontrolltiltak.[159] Arbeidsgruppen erfarer at Helsedirektoratets fortolkning har forsterket videreføringsproblematikken, ved at flere kommuner nå er mer kritiske til å motta pasienter med risiko for vold og hvor samfunnsvernet står sentralt i oppfølgingen. Fortolkningen knyttet til pasientens mulighet til å samtykke til kontrolltiltak, har også fått betydning for pasientens autonomi.[160] For øvrig pågår det nå en utredning om samtykkekompetanse som kan få konsekvenser for ivaretakelse av den aktuelle pasientgruppen.[161]

Psykisk helsevernloven gir spesialisthelsetjenesten ansvar for utredning og behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse, og har hjemler til å fatte vedtak om bruk av tvangstiltak.[162] Kommunen på sin side har ansvar for å tilby

[156] (Helsedirektoratet, 2022) og (Helsedirektoratet, 2023)
[157] (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)
[158] (Eriksen, Kvamme, & Gross-Benberg, 2020)
[159] (Helsedirektoratet, 2019) og (Helsedirektoratet, 2022)
[160] (Helsedirektoratet, 2019)
[161] (Regjeringen, 2022)
[162] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern og (Hansen, Markussen, & Bråthen, 2023)

et bo- og tjenestetilbud forankret i helse- og omsorgstjenesteloven. Det kommunale tjenestetilbudet er basert på at innbyggerne frivillig ønsker å motta de tjenestene kommunene kan tilby.[163]

Begrensede juridiske rammebetingelser for ivaretakelse av samfunnsvernet for den aktuelle pasientgruppen under behandling uten døgnopphold, kan medføre en risiko for at pasienter blir værende for lenge på et for høyt behandlings- og sikkerhetsnivå. I «Reitgjerdet II-dommen» ga Høyesterett erstatning til flere pasienter som hadde vært innlagt i institusjonen med den begrunnelse at de over lengre tid hadde vært innlagt på et sikkerhetsnivå de ikke var i behov av.[164] For de pasientene som ikke er i behov av lengre innleggelse i døgnavdeling i sykehus, er lange opphold på slikt behandlingsnivå - etter arbeidsgruppens vurdering - et uforholdsmessig stort tvangsinngrep, sammenliknet med oppfølging på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette medfører også en kapasitetsutfordring i sykehus, ved at man ikke klarer å oppnå en tilfredsstillende pasientflyt.

Som nevnt i kapittel 4.1, ble det for dom til tvungent omsorg etablert en finansieringsordning som følger den domfelte under gjennomføring av en dom. Det ble også utarbeidet en forskrift som følger pasienten uavhengig av behandlingsnivå, og som regulerer eventuelle kontrolltiltak. Det er arbeidsgruppens vurdering at det psykiske helsevernet må ha et lovverk som legger til rette for adekvat behandling for pasientgruppen, og et hjemmelsgrunnlag som gjør det mulig å ivareta samfunnsvernet uavhengig av hvor i behandlingskjeden pasienten befinner seg. Dette gjelder i all hovedsak for pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern, men slikt hjemmelsgrunnlag kunne også være hensiktsmessig for pasienter som oppfyller farekriteriet i psykisk helsevernloven over tid.[165] Behandlingen av domfelte pasienter skal gjennomføres med særlig vekt på behovet for å beskytte samfunnet mot nye alvorlige lovbrudd.[166] Samtidig fremgår det av forarbeidene at den faglig ansvarlige *«må våge å prøve nye behandlingsformer slik at den domfelte gradvis får større frihet som kan gjøre en tilbakeføring til samfunnet mulig.»*[167] Det er derfor en utfordring at det ikke finnes lovhjemler som gir kommunene et medansvar for samfunnsvernet, slik at nødvendige kontrolltiltak utenfor sykehus kan videreføres. Dette kompliserer overføringer til kommunale botiltak og kan føre til langvarige innleggelser i det psykiske helsevernet.

Et lovverk som er tilpasset denne marginale pasientgruppen, vil gi pasientene mulighet til å oppholde seg på et lavere behandlings- og sikkerhetsnivå, med rammebetingelser som både ivaretar hensynet til samfunnsvern, men som også gir økt mulighet for autonomi og livskvalitet for pasienten. Gjennom arbeidet med denne rapporten har kommunenes deltakere i referansegruppen uttalt at det ikke er ønskelig at kommunene får utvidet anledning til å utøve kontrolltiltak eller bruke tvang i sitt bo- og tjenestetilbud til pasientgruppen. Det er likevel arbeidsgruppens vurdering at det er nødvendig å se videre på denne problemstillingen og avklare hvilke kontrolltiltak som burde kunne gjennomføres for personer med en dom til tvungent psykisk helsevern, uavhengig av hvilket behandlingsnivå de oppholder seg på. Et kontrolltiltak vil f.eks. være pålegg om å avlegge rusmiddelprøver. Videre vil det kunne være hensiktsmessig med meldeplikt til personalet når den domfelte forlater boenheten, og følge av personell på steder som medfører økt risiko for vold. Andre kontrolltiltak kan være begrensinger knyttet til hvor den domfelte kan oppholde seg, alternativt tidspunkt for slikt opphold. Slike kontrolltiltak skal ikke være rutinemessige, men må knyttes til konkrete vurderinger av den dømtes risikoprofil. Det kan nevnes at lignende kontrolltiltak er vanlige for andre straffedømte som er på prøveløslatelse. Det er nødvendig å ta stilling til hvilke instanser som skal ha hjemmel til å vedta, gjennomføre og følge opp slike kontrolltiltak.

---

[163] ibid

[164] (Høyesterett - dom - Rt-1987-1495, 1987)

[165] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) § 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern

[166] (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), LOV-1999-07-02-62) § 5-3. Gjennomføring

[167] (Justis og politidepartementet, 1994)

TILTAK

- Utrede behovet for en lovgivning som bedre legger til rette for ivaretakelse av den aktuelle pasientgruppen og som sikrer helhetlige pasientforløp på tvers av sektorer og nivåer.

5 OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Rapporten presenterer anbefalinger for en overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og oppfølging av personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Rapporten peker på to sentrale faktorer for å imøtekomme de utfordringene man i dag står ovenfor; etablering av et helhetlig sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp og en samtidig kapasitetsøkning for døgnplasser i sykehus. Konsekvensene av de siste 20 års utvikling har medført at det det psykiske helsevernet er under høyt press, og kapasiteten og tjenestetilbudet er ikke harmonisert og justert med befolkningsøkning og pasientgrunnlag. Det er derfor behov for umiddelbare tiltak, for å sikre at man opprettholder og skaper et bærekraftig sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud, beholder og tiltrekker seg nøkkelpersonell med spisskompetanse, og sikrer tillit til en tjeneste som forvalter et viktig samfunnsoppdrag.

Anbefalingene knyttet til kapasitet og tjenestetilbud baserer seg på de regionale helseforetakenes reviderte framskrivningsmodell, som anbefaler tiltak i perioden frem til 2035.[168] Både framskrivningsmodellen og denne rapporten fremhever viktigheten av at tiltak iverksettes i starten av perioden og at utviklingen må følges nøye. Iverksettelse av tiltakene som rapporten redegjør for vil kreve en rask - og i noen tilfeller omfattende - omstilling av dagens tjenestetilbud. En kapasitetsøkning og en dreining av tjenestetilbudet med opprettelse av nye, vil på kort sikt være utfordrende, bl.a. med tanke på bemanning og bygningsmasse. Helsepersonell er et knapphetsgode, og arbeidet med å sikre rett kompetanse på rett sted vil være kreve grundige prioriteringer. Det vil også være nødvendig med investeringsmidler til nybygg. Utredning av eventuelle økonomiske konsekvenser av tiltakene som foreslås har ikke vært en del av mandatet. Rapporten inneholder følgelig ingen beregninger eller prognoser for kostnader knyttet til de enkelte tiltakene. Det er likevel naturlig å anta at ovennevnte omstilling vil kunne få økonomiske konsekvenser, enten i form økte kostnader eller en omdisponering av ressursene. Det er ikke foretatt en konsekvensanalyse av de anbefalte tiltakene, men gjeldende nasjonale faglige føringer og erfaring fra det sikkerhetspsykiatriske fagfeltet er lagt til grunn. Noen av tiltakene vil være mulige å iverksette uten nærmere utredning, mens andre tiltak vil det være behov å utrede videre. Planlegging og iverksettelse av flere av tiltakene forutsetter involvering av aktører fra ulike etater og nivåer. Samarbeid og inkluderende prosesser vil her være sentralt for et vellykket resultat.

TILTAK OPPSUMMERING	
Organisering og sammenheng i tjenestetilbudet	1. Etablere rehabiliteringsavdelinger, der dette vil bidra til bedre overføringer til kommunen. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene. 2. Etablere overgangsboliger, der dette vil bidra til bedre overføringer til kommunen. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene. 3. Etablere sikkerhetsboliger, der dette vil bidra til bedre overføringer til kommunen. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene. 4. Opprette ambulante sikkerhetsteam i helseforetak med sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene. 5. Videreutvikle gode samarbeid med kommunene og gi støtte og trygghet til det kommunale tjenestetilbudet, gjennom aktiv bruk av ambulante sikkerhetsteam.
Samhandling og retningslinjer	6. Utarbeide samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner som beskriver rammebetingelser, ansvarfordeling og plikter ovenfor den aktuelle pasientgruppen. Arbeidet må forankres i helsefellesskapene og gjennomføres som samarbeidsprosjekter mellom likeverdige partnere. 7. Utarbeide en overordnede prosedyrer for oppfølging av personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern i hvert helseforetak. 8. Etablere sikkerhetspsykiatriske nettverk.

[168] (Helse Sør-Øst regionale helseforetak, 2022)

	9. Etablere tverretatlige nettverk. 10. Opprette forebyggende tverretatlig samarbeid. Valg av modell og organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.
Innhold i behandlingen	11. Ivareta høyspesialisert kompetanse på utredning, behandling og miljøterapi i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. 12. Etablere gode rammebetingelser som legger til rette for behandlingsrelaterte aktivitetstilbud, fritidsaktiviteter, arbeidstrening og utdanningstilbud. 13. Ivareta pasienters og pårørendes lovfestede rettigheter i behandlingen. 14. Sikre involvering av pårørende ved utarbeidelse av risikohåndteringsplaner og ved overføring mellom nivåer. Pårørende bør være særlig involvert ved overføringer til kommunale botilbud. 15. Sikre at oppdaterte risikohåndteringsplaner foreligger under gjennomføring av et pasientforløp, herunder også ved endring av behandlingsnivå og ved utskrivning til kommunen. I forbindelse med utskriving til kommunale botiltak skal kommunen og andre relevante aktører delta i utarbeidelse av slike planer. Planene skal være tilgjengelige for alle involverte parter. 16. 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 et forsterket nasjonalt tjenestetilbud 17. Etablere tilbud om hospiteringsordninger i sikkerhetspsykiatriske avdelinger for leger i spesialisering i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, og for spesialistutdanning i psykologi.
Kapasitet	18. Styrke kapasiteten i døgnplasser i sykehus med et snitt på 15 % i hver helseregion, jf. *revidert framskrivningsmodell*. Økningen skal sikre bedre utredning og behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsproblematikk og rusmiddelavhengighet, og legge til rette for bedre pasientforløp for pasientgruppen. 19. Styrke døgnkapasiteten i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet på landsbasis og sikre en hensiktsmessig fordeling av sikkerhetsplassene internt i hver helseregion.
Nasjonale og regionale funksjoner, oppgaver og rutiner	20. Etablere enhet for særlig høy sikkerhet i minst en helseregion. 21. Styrke Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. Ressursene skal gå til koordinering, registering og drift av enheten, i tråd med lovpålagt mandat. 22. Etablere en nasjonalt administrativ oversikt og retningslinjer for gjennomføring av varetektssurrogat. 23. Utarbeide regionale prosedyrer for varsling til fornærmede og etterlatte. 24. Opprette en nasjonal administrativ oversikt over rettspsykiatrisk undersøkelse i psykiatrisk sykehus. 25. Utarbeide en nasjonal standard for rettspsykiatrisk undersøkelse i psykiatrisk sykehus. 26. Utrede behovet for en offentlig rettspsykiatrisk virksomhet.
Kompetanse	27. Sikre god faglig kompetanse hos spesialister og miljøpersonell i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet, og styrke de sikkerhetspsykiatriske fagmiljøene med tverrfaglig kompetanse, for å møte kompleksiteten i pasientbehandlingen. 28. Ivareta og videreutvikle spesialkompetanse i voldsrisikovurdering, voldsforebygging og voldshåndtering, gjennom bl.a. MAP og ViVo I og ViVo II, og

	legge til rette for kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner. 29. Sikre hensiktsmessig utnyttelse av knappe kompetanseressurser, ved hensiktsmessig overføring av oppgaver mellom personell og personellgrupper. 30. Etablere incentiver for bedre rekruttering til fagfeltet og for å beholde kvalifisert personell. 31. Etablere rutiner som sikrer at spesialister, som utpekes som faglig ansvarlige for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, innehar nødvendig kompetanse.
Undervisning, forskning og fagutvikling	32. Styrke klinikknær forskning og fagutvikling, og videreutvikle undervisningstilbud innen det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. 33. Opprette et nasjonalt kvalitetsregister over pasienter i sikkerhetspsykiatriske avdelinger, herunder personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. 34. Iverksette forsknings- og fagutviklingsprosjekter for barn og unge voksne med alvorlige psykiske lidelser og voldsproblematikk.
Bygningsmessige forhold	35. Utarbeide nasjonale standarder for bygg for sikkerhetspsykiatrisk virksomhet, herunder krav til skjermingsfasiliteter, aktivitets- og uteområder.
Øvrige rammebetingelser	36. Utrede behovet for finansieringsordninger for personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern og særlig krevende pasienter med alvorlige psykiske lidelser, voldsproblematikk og/eller rusmiddelavhengighet. 37. Utrede behovet for en lovgivning som bedre legger til rette for ivaretakelse av den aktuelle pasientgruppen og som sikrer helhetlige pasientforløp på tvers av sektorer og nivåer.

6 REFERANSER

Bak, J. (2015). *Mechanical Restraint. Preventive Factors in Theory and Practice.* Copenhagen, Denmark: Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen.

Barne- og familiedepartementet. (2016). *NOU 2016:16 Ny barnevernslov — Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse.* Regjeringen.

Dagens Medisin. (2023, 03 01). *Flere dømmes til tvungent psykisk helsevern: Fører til at andre syke pasienter må flyttes eller skrives ut*. Hentet fra www.dagensmedisin.no: https://www.dagensmedisin.no/bipolar-kriminalomsorg-personlighetsforstyrrelse/flere-dommes-til-tvungent-psykisk-helsevern-forer-til-at-andre-syke-pasienter-ma-flyttes-eller-skrives-ut/551973

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) . (2023). *Psykiatrisk gruppe*. Hentet fra https://www.sivilrett.no/drk/generelt-om-den-rettsmedisinske-kommisjon#psykiatrisk-gruppe

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.

FN - De forente nasjoner. (1998. Ratifisert av Norge 8. januar 1991). FNs konvensjon om barnets rettigheter. *Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*, Artikkel 37.

Forskningsrådet. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter.* Divisjon for vitenskap. Norges forskningsråd. Hentet fra https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1248431256883.pdf

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften). (FOR-2011-12-16-1258).

Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter. (FOR-2011-11-18-1115).

Gråwe, R. W. (2014). *Mestring av alvorlige psykiske lidelser: Et gruppebasert lærings- og mestringsprogram.* Bergen: Fagbokforlaget.

Hansen, L. S., Markussen, T. E., & Bråthen, K. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv.* Fafo og KS.

Helse Fonna HF. (2023). Hentet fra https://helse-fonna.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helsevern/valen-sjukehus

Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). *St.meld. nr.25 (1996-1997) Åpenhet og helhet.* Regjeringen.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2000). *St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdiar for den norske helsetenesta.* Regjeringen.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Ot.prp.46 (2000-2001) Om lov om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239).* Regjeringen.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012, 03). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. *Revidert 13.06.2022*.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Prop. 108L (2011-2012) Endringer i psykisk helsevernloven (regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå m.m.).* Regjeringen.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Rundskriv 1-4/2013 – Endringer i psykisk helsevernloven – Varsling av fornærmede og etterlatte, nattlåsing av pasientrom mm.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.* Regjeringen.

Helse Stavanger HF. (2023). Hentet fra https://helse-stavanger.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helsevern-voksne/avdeling-sikkerhet/eiketun

Helse Sør-Øst regionale helseforetak. (2021). *Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Helse Sør-Øst regionale helseforetak. (2022, 05 23). *Prosjektmandat - Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern*.

Helse Sør-Øst regionale helseforetak. (2022). *Forslag til revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.* Nasjonale faglige retningslinjer IS-1957.

Helsedirektoratet. (2017). *Helsedirektoratets pårørendeveileder*. Hentet 01 30, 2023 fra www.helsedirektoratet.no: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder

Helsedirektoratet. (2018). *Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse*. Hentet 01 30, 2023 fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse

Helsedirektoratet. (2019, 04 24). *Svar på spørsmål om adgang til å be pasient på tvang uten døgnopphold om å samtykke til restriktive tiltak*.

Helsedirektoratet. (2022, 05 09). *Svar på henvendelse om kommunens forpliktelse til å ivareta personer dømt til tvungent psykisk helsevern som skrives ut fra tvungent vern med døgnopphold til tvungent vern uten døgnopphold*.

Helsedirektoratet. (2022). *Rundskriv IS-4/2022 – Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og* . Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2023). *Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester

Helsetilsynet. (2019). *Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse, Svikt i behandlingen og oppfølgingen av pasient under gjennomføring av dom for tvungen psykisk helsevern.* Helstilsynet.

Holst, Ø. (2020). *Samfunnsvernets begrensninger. En kritisk analyse av lovverket for gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern.* Juridisk fakultet. Universitetet i Bergen.

Holst, Ø., & Kilden, S. (2021, 06 21). Justissektorens inntog i norsk psykiatri. Tidsskrift for norsk legeforening.

Høyesterett - dom - Rt-1987-1495. (1987, 12 15).

Høyskolen i Molde. (2023). Hentet fra (https://www.himolde.no/studier/program/vivo/)

Justis- og beredskapsdepartementet. (2001). *NOU 2001:12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker*. Regjeringen.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2014). *NOU 2014:10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern.* Regjeringen.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2017). *Prop. 154 L (2016-2017) Endringer i straffeloven og straffeprosessloven mv. (skyldevne, samfunnsvern og sakkyndighet)*.

Justis og politidepartementet. (1994). *Ot prp nr 87 (1993-1994) Om lov om endringer i straffeloven m v (straferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner).* Regjeringen.

Kilden, S., Sigurjonsdottir, M., Eidhammer, G., & Selmer, L. E. (2020). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport.* Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Oslo: SIFER.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). (LOV-1999-07-02-62).

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (LOV-1999-07-02-64).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (LOV-2011-06-24-30).

Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven). (LOV-1981-05-22-25).

Lov om straff (straffeloven). (LOV-2005-05-20-28).

Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS). (u.d.). *St. Olavs Hospital HF*. Hentet fra https://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. (2020). *Årlig melding 2020.* Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. Oslo universitetssykehus HF.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2021). *Årlig melding 2021.* Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. Oslo univeristetssykehus HF.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2022). *20 år med særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Statistikk og utviklingstrekk 2002-2021.* Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. Oslo universitetssykehus HF.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. (2023). Hentet fra www.koordineringsenheten.no

NAV. (2023). Hentet fra https://www.nav.no/ips

Oslo politidistrikt. (2018). *Psykiatrigruppen. Prosjektrapport.* Oslo politidistrikt.

PAFFMUA (Psykaitrisk avdelings forum for miljøterapeutisk utviklingsarbeid). (1998). *Miljøterapi – En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon.* Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Politiet. (2022). *Vold begått av pesoner med alvorlige psykiske lidelser.* Kripos.

Program for teknisk standard (PTS). (2018). *Konceptprogram - Lokaler för psykiatri. Kunskapsunderlag vid planering.* Program for teknisk standard (PTS).

Regjeringen. (2022). *Ekspertutvalg om tvang*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/ekspertutvalg-om-tvang/id2911600/

Rettspsykiatrsk poliklinikk (REP). (u.d.). *Oslo universitetssykehus HF*. Hentet fra https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-sikkerhetsseksjon-rsa/rettspsykiatrisk-poliklinikk

Riksadvokaten. (2007, 01, 31). *Innhenting av helseopplysninger fra siktede i forbindelse med rettspsykiatrisk virksomhet - spørsmål om taushetsplikt mv.*

Riksadvokaten. (2013). Rundskriv nr. 1/2013 Mål og prioriteringer for straffesaksbehandlingen i 2013.

Riksadvokaten. (2014). *Rundskriv nr. 1/2014 Mål og prioriteringer for straffesaksbehandlingen i 2014*.

Riksadvokaten. (2014, 03 10). *Informasjon vedrørende observasjoner i psykiatriske institusjoner, jfr straffeprosessloven § 167 mv*.

Riksadvokaten. (2022). *Rundskriv nr. 2/2022 Tilregnelighetsregler og særreaksjoner.*

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

SIFER. (2023). Hentet fra SIFER: https://sifer.no/om-sifer/

SIFER. (2023). *C-kurs i rettspsykiatri*. Hentet fra https://sifer.no/undervisning/c-kurs-i-rettspsykiatri/

SIFER. (2023). *MAP (Møte med aggresjonsproblematikk)*. Hentet fra www.sifer.no/map: https://sifer.no/map/

SIFER. (2023). *Videreutdanning i voldsrisikovurdering og -håndtering (ViVo)*. Hentet fra https://sifer.no/undervisning/videreutdanning-i-voldsrisikovurdering-og-handtering-vivo-i-og-vivo-ii/

Sivilombudet. (2022). *Besøksrapport - Oslo universitetssykehus, Regional sikkerhetsseksjon, Dikemark, 30. august – 1. september 2022.*

Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapiboken. Mestring som holdning og handling.* (7. opplag. utg., Vol. 2022). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snoek, J. E. (2002). *Særskilte tiltak i Oslo/Helseregion Øst for ungdom med alvorlig psykisk lidelse og aggressiv/voldelig atferd – Opprettelse av en kompetanseenhet.* Oslo: Barne- og ungdomspsykiatri Oslo HF.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktspsykiatriske sentre. Med blikket vendt mot kommunen og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen.*

St. Olavs Hospital HF. (2023). Hentet fra https://stolav.no/

St. Olavs Hospital HF. (2023). *Sinnemestring Brøsetmodellen*. Hentet fra St. Olavs Hospital HF: https://stolav.no/avdelinger/psykisk-helsevern/klinikk-psykisk-helsevern-allmenn-rehabilitering-og-sikkerhet/avdeling-for-sikkerhets-fengsels-og-rettspsykiatri/sinnemestring

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM). (2021). *Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand?*

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM). (2023). *Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko.*

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2023). *SSB*. Hentet 02 17, 2023 fra Tabell 04511: Psykisk helsevern for voksne, etter statistikkvariabel og år: https://www.ssb.no/statbank/table/04511

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2023). *SSB*. Hentet 02 17, 2023 fra Tabell 01222: Endringar i befolkninga i løpet av kvartalet, for kommunar, fylke og heile landet: https://www.ssb.no/statbank/table/01222/

Stortinget. (2023). Hentet fra Dokument 8:15 S (2022-2023). Representantforslag om bedre ivaretakelse av personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern: https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=90933

Sykehusbygg. (2023). Hentet fra www.sykehusbygg.no

Sykehuset i Telemark HF. (2023). Hentet fra https://www.sthf.no/avdelinger/psykisk-helsevern-og-rusbehandling-klinikk/psykiatrisk-sykehusavdeling/sikkerhetspsykiatri-dogn-seksjon

Sykehuset i Vestfold HF. (2023). Hentet fra https://www.siv.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-ogavhengighet

Vestre Viken HF. (2023). Hentet fra https://vestreviken.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/psykiatrisk-avdeling-blakstad/sikkerhetsseksjon-blakstad/fact-s-teamet

WHO - Verdens helseorganisasjon. (2002). *Krug, et. al.*

7 VEDLEGG

Deltakelse i arbeidet fremkommer i tabellene under.

Tabell 1: Deltakere i styringsgruppen

Navn	Tittel	Arbeidsgiver	Region
Cecilie Skule	Avdelingsdirektør (leder)	Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst RHF
Hanne Indregard Lind	Konserntillitsvalgt, vara	Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst RHF
Irene Kronkvist	Konserntillitsvalgt	KTV Unio	Helse Sør-Øst RHF
Jens Solem	Brukerrepresentant	Brukerutvalget	Helse Midt-Norge RHF
Karl Olaf Sundfør (tom. 31.03.23)	Brukerrepresentant	Brukerutvalget	Helse Vest RHF
Tor-Johnny Agledal (fom. 01.04.23)	Brukerrepresentant	Brukerutvalget	Helse Vest RHF
Martin Øien Jensen	Konserntillitsvalgt	KTV Akademikerne	Helse Nord RHF
Ola Jøsendal	Ass. fagdirektør	Helse Vest RHF	Helse Vest RHF
Ragnhild Johansen	Ass. fagdirektør	Helse Midt-Norge RHF	Helse Midt-Norge RHF
Tarald Sæstad	Prosjektleder	Helse Nord RHF	Helse Nord RHF
Tommy Johansen	Konsernverneombud	Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst RHF

Tabell 2: Deltakere Arbeidsgruppen

Navn	Tittel	Arbeidsgiver	Region
Stine Kilden	Spesialrådgiver (leder)	Oslo universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF
Aina Nybakke	Brukerrepresentant	Brukerutvalget HSØ	Helse Sør-Øst RHF
Bjørn Soknes	Jurist	St. Olavs Hospital HF	Helse Midt-Norge RHF
Janne Synnøve Sund	Avdelingsleder/overlege	Nordlandssykehuset HF	Helse Nord RHF
Karl Heinrik Melle	Overlege	St. Olavs Hospital HF	Helse Midt-Norge RHF
Maria Sigurjonsdottir	Overlege	Haukeland universitetssykehus HF	Helse Vest RHF
Marianne Lund Anderssen	Avdelingsleder/sykepleier	Helse Fonna HF	Helse Vest RHF
Per Ola Rørvik	Overlege	Universitetssykehuset i Nord-Norge	Helse Nord RHF
Pia Therese Wiig	Seksjonsleder/psykologspesialist	Oslo universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF
Torhild Torjussen Hovdal (tom. 30.09.22)	Fagsjef/overlege	Helse Sør-Øst RHF	Helse Sør-Øst RHF
Øystein Kjos (fom. 01.10.22)	Direktør/sykepleier, økonom	Akershus universitetssykehus HF	Helse Sør-Øst RHF

Tabell 3: Deltakere i referansegruppe

Navn	Tittel	Arbeidsgiver	Region
Aina Fraas-Johansen	Psykologspesialist/spesialrådgiver	Norsk Psykologforening sentralt	
Aina Larssen	Rådgiver	Fagforbundet sentralt, Yrkesseksjon helse og sosial	
Aina Nybakke	Brukerrepresentant	Helse Sør-Øst RHF	Helse Sør-Øst
Anne Bjørnstad	Enhetsleder	KS – Kommunesektorens organisasjon, Haugesund kommune	Helse Vest
Anne Kari Haugdal	Kommunalsjef	KS – Kommunesektorens organisasjon, Verdal kommune	Helse Midt-Norge
Astrid Grete Gytri	Brukerrepresentant	Helse Vest RHF	Helse Vest

Erling Kvig	Psykologspesialist/ Ph.d.	Nordlandssykehuset, Regional enhet for psykoser og ved sikkerhetspost	Helse Nord
Gunnhild Berglen	Brukerrepresentant	Helse Nord RHF	Helse Nord
Hege Lorentz	Medisinsk fagsjef	KS – Kommunesektorens organisasjon sentralt, Avdeling Helse og velferd	
Ingrid Lorentzen Kildal	Psykologspesialist	KS – Kommunesektorens organisasjon, Rana kommune	Helse Nord
John Henrik Andersen	Sykepleier	Sykepleierforeningen, tillitsvalgt Sykehuset Østfold HF	Helse Sør-Øst
Jon Qvortrup	Spesialrådgiver	KS – Kommunesektorens organisasjon sentralt, Avdeling SVD Helse og velferd	
Karl Harald Søvig	Jurist	Universitetet i Bergen	Helse Vest
Kine Knoph Douglas	Psykologspesialist	Helse Stavanger HF, Ambulant sikkerhetsteam	Helse Vest
Kjetil Uldal	Psykologspesialist	Sørlandet sykehus HF, Lokal sikkerhetsenhet	Helse Sør-Øst
Leif Birkeland		KS – Kommunesektorens organisasjon, Haugesund kommune	Helse Vest
Lise Marøy-Amundal	Psykolog	St. Olavs Hospital, Regional sikkerhetsavdeling	Helse Midt-Norge
Marianne Klokk	Psykiater/Overlege	Helse Møre og Romsdal, Lokal sikkerhetsavdeling Ålesund	Helse Midt-Norge
Marita Haugen	Seksjonsleder	Universitetssykehuset Nord-Norge, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon	Helse Nord
Marius Krogdal Engen		Fellesorganisasjonen, tillitsvalgt, St. Olavs Hospital HF	Helse Midt-Norge
Marthe Kvalsvik Rørstad	Politiadvokat	Oslo politidistrikt, Psykiatrigruppen	Helse Sør-Øst
Mette Ekroll Nyland	Kontrollkommisjonsleder	Advokatene i Grimmergården	Helse Midt-Norge
Niclas Halvorsen	Psykiater	Legeforeningen, tillitsvalgt Sørlandet Sykehus HF	Helse Sør-Øst
Ole-Magnus Kapstad	Overlege	Helse Førde, Seksjon psykose og tryggleik	Helse Vest
Per Storgaard	Psykiater/Overlege	Sykehuset Innlandet HF, Enhet for sikkerhetspsykiatri	Helse Sør-Øst
Reid Johan Henstein	Fagrådgiver/prosjektleder	KS – Kommunesektorens organisasjon, Verdal kommune	Helse Midt-Norge
Roar Hedemark	Enhetsleder	Oslo universitetssykehus HF, Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern	Helse Sør-Øst
Ronny Iden	Påtalejurist	Politidirektoratet og Vest politidistrikt	Helse Vest
Siv Anita Aasnes	Fagrådgiver/Spesialvernepleier	Fellesorganisasjonen, sentralt	Helse Midt-Norge
Svein Øverland	Seksjonsleder	St. Olavs Hospital, Nasjonal Enhet for Rettspsykiatrisk Sakkyndighet	Helse Midt-Norge
Svein-Rune Johannessen	Brukerrepresentant	Helse Midt-Norge RHF	Helse Midt-Norge
Synnøve Spinnanger	Seniorrådgiver	Statsforvalteren i Agder	Helse Sør-Øst
Thomas Haugen Nag	Sykepleier	Sykepleierforeningen, sentralt	Helse Vest
Tonja Larsen	Seniorrådgiver	Statsforvalteren i Oslo og Viken	Helse Sør-Øst
Tonje Østvold Byhre	Seniorrådgiver	Sivilombudet	Helse Sør-Øst
Torstein Borch Skolseg	Psykologspesialist/avdelingsleder	Norsk Psykologforening sentralt	
Trude Kjelsrud Aarevoll	Forløps- og samhandlingsansvarlig	KS – Kommunesektorens organisasjon, Drammen kommune	Helse Sør-Øst
Trude Sparre	Førstestatsadvokat	Oslo statsadvokatembeter	Helse Sør-Øst
Øyvind Duguid Jensen	Psykiater	Legeforening, sentralt	Helse Nord
Øyvind Holst	Spesialrådgiver, jurist Ph.d.	Oslo universitetssykehus HF, Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri	Helse Sør-Øst

Tabell 4: Deltakere i innspillsmøte - fra Helsefelleskapene

Navn	Tittel	Helsefelleskap	Arbeidsted
Anne Kristine Nitter	Kommuneoverlege	Helsefellesskapet ved Sykehuset Østfold	Fredrikstad kommune
Arve Halsen	Ass. seksjonsoverlege	Oslo kommune	Allmenlegevakten
Bjørnar Hansen	ass klinikksjef	Helsefellesskapet ved Nordlandssykehuset	Psykisk helsevern og rus-klinikken
Børge Tvedt	Klinikkdirektør	Helsefellesskapet ved Helse Førde HF	Psykisk helsevern
Carsten Hald	Virksomhetsleder	Helsefellesskapet i Sykehuset Telemark	Vinje Kommune
Cathrin Leinhardt	Tjenesteleder	Helsefellesskapet ved Vestre Viken	Bærum kommune
Eirik Stellander	Klinikksjef	Helsefellesskapet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge	Psykisk helse og rusklinikken
Elisabeth Mork	Avdelingsoverlege	Helsefellesskapet ved Vestre Viken	Blakstad Sykehus
Frøydis Haugan	Klinikkdirektør	Helse Bergen	Klinikk sikkerhetspsykiatri
Grete Sølvberg Larsen	Seksjonsleder	Helsefellesskapet ved Oslo universitetssykehus	Nydalen DPS
Hans Petter Kallevig	Seksjonsleder	Helsefellesskapet ved Helse Stavanger	Stavanger kommune
Hege Røssland	Avdelingsleiar	Helsefellesskapet ved Helse Fonna	Folgefonn DPS
Henrik Ånes Skaret	Samhandlingsrådgiver	Helsefellesskapet ved Helgelandsykehuset	Helgelandssykehuset
Irmeli Øistad	Fagsjef	Helsefellesskapet ved Sykehuset i Vestfold	Klinikk psykisk helse og avhengighet
Jan Helge Dale	Fastlege	Helsefellesskapet ved Helse Førde HF	Kinn kommune
Janicke Brechan	Kommunalsjef	Helsefellesskapet ved Sykehuset Innlandet	Gran kommune
John Gunnar Liknes	Leder	Helsefellesskapet ved Helse Fonna	Karmøy kommune
Kjetil Christensen	Klinikksjef	Helsefellesskapet i Sykehuset Telemark	Sykehuset i Telemark
Knut Rypdal	Seksjonsleder	Helse Bergen	SIFER Vest
Marianne Engh Strandos	Seksjonseier	Helsefellesskapet ved Helse Førde HF	Avdeling psykose og tryggleik
Martin Åm	Overlege	Helsefellesskapet ved Lovisenberg Diakonale sykehus	Senter for psykisk helse og rus
Nina Montelius	Overlege	Helsefellesskapet ved Sykehuset Østfold	Sikkerhetsseksjon 1
Sidsel Forbergskog	Assisterende klinikksjef	Helsefellesskapet ved Helgelandssykehuset	Psykisk helse- og rusklinikken
Silje Myklatun	Overlege	Diakonhjemmet sykehus	Klinikk for psykisk helse og rus
Stein-Kjetil Moe	Psykologspesialist	Helsefellesskapet ved Nordlandssykehuset	Bodø kommune
Svein Ove Alisøy	Avdelingssjef	Helsefellesskapet ved Helse Førde HF	Lokal tryggleikspost
Therese A. Ludvigsen	Kommunalsjef	Helsefellesskapet ved Sykehuset Innlandet	Søndre Land
Therese Offerdahl	Virksomhetsleder	Helsefellesskapet ved Sykehuset i Vestfold	Tønsberg kommune
Trond Brækhus	Seksjonsleder	Helsefellesskapet ved Lovisenberg Diakonale sykehus	Bolig først
Øystein Enger	Overlege	Helsefellesskapet ved Helse Stavanger	Sola DPS

Tabell 5: Deltakere i innspillsmøte - fra Bruker- og pårørendeorganisasjoner

Navn	Helsefelleskap	Arbeidsted
Anne Britt Forbord	Sykehuset i Vestfold	Brukerutvalget
Berit Marie Dybsjord	Sykehuset Stavanger	LPP og tjenestemodellgruppen psykisk helse og rus
Bjarte Vandvik	Oslo universitetssykehus	Brukerrådet, for A-larm
Eiliv Berdal	Helse Førde	Brukerutvalget
Ellen Bente Holtungen	Sykehuset i Vestfold	Brukerutvalget

Gro Harestad	Sykehuset Stavanger	Mental Helse, Klinikk psykisk helsevern voksne bruker referansegruppe
Gudrun Breistøl	Vestre Viken	Brukerutvalget
Jøran Halvorsen	Sykehuset Innlandet	Brukerutvalget
Jørn-Roger Steen	Sykehuset Telemark	Brukerrådet, Mental helse
Jørund Schwach	Diakonhjemmet sykehus	Klinikk for psykisk helse og rus
Karl Olaf Sundfør	Mental Helse	Mental Helse, sentralstyremedlem
Ove Vestheim	Helse Bergen	Erfaringspanelet for psykisk helse og rus i Helse Bergen
Rune Kløvtveit	Vestre Viken	Brukerutvalget
Solveig Methi	Finnmarssykehuset	Brukerutvalget
Svein Graabræk	Akershus universitetssykehus	Brukerrådet
Synnøve Kjølgård	Sykehuset Innlandet	Brukerutvalget
Torhild Ackermann	Finnmarssykehuset	Brukerutvalget