

Helse Vest

# Regional plan Sikkerheitspsykiatri- 2020-2024

[Dokumentundertittel]

Jøsendal, Ola  
[Dato]

## Innhold

<b>1. Innleiing</b> .....	2
<b>2. Sikkerheitspsykiatri og kommunen</b> .....	3
<b>3. Sikkerheitspsykiatri og allmennpsykiatri</b> .....	4
<b>4. Lokal sikkerheitsavdeling (LSA)</b> .....	5
4.1 Kapasitet.....	5
4.2 Rehabiliteringsplassar/avdelingar .....	6
4.3 Skjermingsfasilitetar .....	7
4.4 Bemanning.....	7
4.5 Kompetanse.....	8
4.6 Poliklinisk og ambulant oppfølging.....	8
<b>5. Regional sikkerheitsavdeling (RSA)</b> .....	9
5.1 Kapasitet.....	9
5.2 Kompetanse og bemanning.....	10
5.3 Bygningsmasse .....	10
<b>6. Nasjonal sikkerheitspsykiatri/ rettspsykiatri</b> .....	11
6.1 Nasjonale funksjonar i rettspsykiatrien i Noreg .....	11
6.2.1 Nasjonal fageining for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemming .....	11
6.2.2 Nasjonal eining med særleg høgt sikkerheitsnivå .....	11
6.2.3 Nasjonal sikkerheitspsykiatrisk eining for barn mellom 15-18 år.....	12
6.2.4 Nasjonale administrative einingar innan rettspsykiatri.....	12
7. Forslag om endring eller tilpassing av lovverket på kommunalt nivå .....	13
7.1 Kommunale butilbod, felles butilbod og pasientflyt .....	13
8. Oppsummering og prioritering.....	14

## 1. Innleiing

Sikkerheitspsykiatrien er definert som eit fagområde innan spesialisthelsetenesta. Fagfeltet er organisert for å ta hand om pasientar som har ein alvorleg psykisk sjukdom, og som representerer ein risiko for seg sjølv og/eller andre gjennom valdele åtferd. Dei sikkerheitspsykiatriske institusjonane får også ansvaret for domfelte frå justissektoren, som blir ilagt særreaksjonar (dom til tvungent psykisk helsevern). Fagområdet har einingar på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

Hausten 2019 blei det lagd fram ein rapport med status for sikkerheitspsykiatrien i Helse Vest (vedlegg 1/ lenke). På bakgrunn av rapporten vedtok Helse Vest RHF å utarbeide ein plan for sikkerheitspsykiatrien i regionen. Planen føreset mellom anna at fagområdet skal bli styrka med ressursar.

Planen med konkrete tiltak er forpliktande internt i føretaka. Planen drøfter også kort kva tiltak som er naudsynte på nasjonalt nivå, og på lokalt nivå i kommunane.

Planen inneheld mål som føreset tiltak på fleire nivå i helsetenesta. Pasientar som får behandling innan sikkerheitspsykiatrien blir påført aukande grad av innskrenking av eige handlingsrom i takt med høgare omsorgsnivå. Det er difor både i pasienten si interesse og tenestene si interesse at pasientane blir ivaretekne på det lågaste effektive omsorgsnivået. Det vil derfor i denne planen bli prioritert styrking på lågaste omsorgsnivå i spesialisthelsetenesta.

Det må bli sett i verk ulike tiltak i dei fire føretaksområda for å nå måla i planen. Når planen er vedteken, vil neste steg vere å utarbeide ulike tiltaksplanar med budsjett i dei fire lokale helseføretaka på bakgrunn av planen.

Tilbodet til pasientane i sikkerheitspsykiatrien er avhengig av heile behandlingstilbodet i helseføretaka, som til dømes behandlingstilbodet til pasientar med psykoselidingar i DPS og sjukehus. Pasientar med alvorleg psykisk lidning og skadeleg bruk av rusmiddel er også ei pasientgruppe som er avhengig av eit vel fungerande tverrfagleg behandlingstilbod. I denne handlingsplanen blir det ikkje foreslått tiltak i allmennpsykiatriske einingar, men det blir peika på kva tilhøve som har stor innverknad på tilhøva innan sikkerheitspsykiatrien.

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER Sør-øst) kom 9. september 2020 med ein statusrapport for sikkerheitspsykiatrien i Norge (vedlegg 2 / lenke). Siste avsnitt i samandraget i rapporten er eit godt bilete av kva kontekst den regionale planen blir utarbeidd i:

*'Andelen pasienter med schizofrenidiagnose som hoveddiagnose har økt fra om lag halvparten av pasientpopulasjonen i 2005, til 3/4 av pasientpopulasjonen i 2019. Pasienter med schizofreni som hoveddiagnose har også en større andel av pasienter med rusmisbruk, enn for pasientgrupper med andre hoveddiagnoser. Lovendringer initiert av justissektoren har endret pasientsammensetningen, og sikkerhetspsykiatriske plasser blir i større grad belagt av personer innlagt etter ulike strafferettslige grunnlag. Dette legger beslag på sengeplasser i det psykiske helsevernet i en tid hvor det totale antallet sengeplasser blir færre år for år, noe som igjen setter hele det psykiske helsevernet,*

*inkludert sikkerhetspsykiatrien, under press. I tillegg strever flere avdelinger med uhensiktsmessig og utslitt bygningsmasse, som verken ivaretar behandlings- eller sikkerhetsbehov.'*

## 2. Sikkerhetspsykiatri og kommunen

Pasientforløpa for pasientar innan sikkerhetspsykiatrien starter og endar i kommunane, som for alle andre pasientar. Eit samanhengande pasientforløp er viktig for å sikre stabilitet og tryggleik for pasienten. Ein stor andel av pasientane innan sikkerhetspsykiatri har ei alvorleg psykisk lidning, gjerne i kombinasjon med rusmisbruk. Dette gjer at trongen for eit godt planlagt og komplett pasientforløp er stor.

Når ansvaret for pasientane skal gå frå spesialisthelsetenesta til kommunane krev det høg grad av samarbeid, god kommunikasjon og deling av kompetanse. Det bør vere ein individuell plan og ein kriseplan som er utarbeidd i samarbeid med pasienten. Tilsette i dei ambulante tenestene i spesialisthelsetenesta og tilsette i dei kommunale tenestene må begge bidra med kunnskap og kompetanse i forhold til dei utfordringane og dei mogelegheitene som ligg i ein kvardag i eigen bustad.

Spesialisthelsetenesta kan støtte kommune, pasient og pårørande med mellom anna:

- God førebuing av utskrivning, individuell plan, kriseplan
- Deling av kompetanse
- Rettleiing til personell i kommunane
- Ambulante sikkerheitsteam
- Polikliniske tilbod

Kommunane har på si side ansvar for pasienten sin bustad, personell som skal fylgje opp pasienten, fastlege, tilbod om aktivitet osv. Dialogen mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale tenestene før, under og etter utskrivning er avgjerande for om utskrivning vil lukkast.

Det finst gode døme på interkommunalt samarbeid, mellom anna butilbodet på Radøy, og EVA- prosjektet i Stavanger. Radøy interkommunale busenter er ein institusjon for personar som har behov for heildøgnsbemanna butilbod innan psykisk helse. Institusjonen er eit interkommunalt samarbeid mellom kommunane Vik, Alver og Radøy, med Radøy som vertskommune. EVA prosjektet i Stavanger er eit butilbod som Helse Stavanger drifter etter helse- og omsorgstenestelova, der kommunane betaler for sine pasientar. Det er også eit liknande tilbod som på Radøy, i Dalane regionen.

I forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar, § 9, er det eit krav at bruk av tvangstiltak og tvangsmidlar som ikkje kan bli vidareført i den kommunale helse- og omsorgstenesta, skal vere avslutta før pasienten er utskrivingsklar. Det er mogeleg å legge til rette for ein del frivillige tiltak, gjerne ein form for tiltaksstige, før utskrivning.

Ulike tiltak utarbeida gjennom voldsrisikovurdering og planar for handsaming, som skal hindre gjentaking av alvorlig vold, kan i liten grad bli ført vidare ute i kommunane. Eit tiltak

som er aktuelt ved forverring eller risikoåtfærd, er innlegging i sjukehus. Konsekvensen er kapasitetsutfordringar i sjukehus, og for pasientane blir det ei kvardag med fleire innskrenkingar enn det er behov for. Denne utfordringa kan bli løyst ved endring av lovgrunnlaget, slik at enkle tvangstiltak kan bli gjennomført med kommunen som ansvarleg aktør. Ei anna mogleg løysing er butilbod utanfor institusjon der kommune og spesialisthelsetenesta samarbeider, og der enkle tvangstiltak kan bli gjennomført i regi av spesialisthelsetenesta. Det kan og vere mogleg å trappe opp ambulant behandling, og eventuelt kortare innlegging ved DPS før tilstanden krev tiltak innan sikkerheitspsykiatrien.

Ivaretaking av denne pasientgruppa medfører store kostnader for kommunane. Ein relativt stor andel av kostnadane er refusjonsberettiga.

Pasientar som er overført frå justissektoren skal bli vurdert både med omsyn til den psykiske lidinga, og med omsyn til samfunnsvernet. Det er ei utfordring at det ikkje finnest ein lovheimel som gjev kommunane medansvar med omsyn til samfunnsvernet, jamfør også dokument frå SIFER til helsedirektoratet i 2020. Ein bør vurdere om ein slik lovheimel kan bli utforma, for å sikre betre pasientforløp.

Pasientar som er ferdigbehandla, men som vil få tilbakefall av å bruke rusmidler, kan per i dag ikkje bli utskriven til eigen bustad all den tid det ikkje er mogleg å avgrense bruk av rusmidlar. Pasienten blir då verande inne på ein institusjon, og får ikkje høve til å innrette seg i eigen bustad. Pasientar med psykoseliding som nyttar illegale rusmiddel er ein kombinasjon som ofte resulterer i valdeleg åtfærd. Ei tilpassing av lovverket som gje kommunane høve til å avgrense tilgangen til rusmidlar, tilgang til farlege gjenstandar, tilgang til brannfarlege objekt, regulering av besøk og eventuelt fotfølging vil kunne gje monaleg større fridom til pasientane. Alternativet er langvarig innlegging i døgninstitusjon.

### 3. Sikkerheitspsykiatri og allmennpsykiatri

Auken av antalet pasientar med schizofrenidiagnose som hovuddiagnose som er innlagd i sikkerheitspsykiatrien kan ha samanheng med nedbygging av døgnkapasitet i allmennpsykiatrien. Det synest difor å vere viktig at tilbodet om døgnbehandling til pasientar med psykosediagnosar innan allmennpsykiatrien må bli sett på i samanheng med tiltak for pasientar innan sikkerheitspsykiatrien. Robuste tilbod om døgnbehandling til pasientar med psykoseliding er ein viktig og positiv faktor for gode pasientforløp, utan at det skal bli tolka som eit signal om at polikliniske og ambulante tenester skal få redusert kvalitet eller volum.

Pasientar med alvorleg psykisk lidning, gjerne i kombinasjon med rusmisbruk, er særleg tent med heilskapleg behandling, koordinator som følgjer opp heile behandlinga, færrast mogleg avdelingar, behandlarar og miljøpersonale. Viktige faktorar er:

- struktur som sikrar kontinuitet
- ambulante team, gjerne med tilknytning til døgnavdeling

- Nettverksarbeid – sjå a-hus' <https://www.ahus.no/avdelinger/psykisk-helsevern/spesialpsykiatri#les-mer-om-spesialpsykiatri>  
<https://www.napha.no/content/22796/Apen-dialog-i-nettverksmoter>
- FACT – team
- Familiearbeid
- Kontaktlege/psykolog
- Psykoedukasjon til pasient og dei pårørande
- Førebygging av rusmisbruk
- Meiningsfylt aktivitet i kvardagen

Det ligg ikkje til mandatet for Regional plan for sikkerheitspsykiatri å peike på konkrete tiltak innan allmennpsykiatrien, men det er likevel viktig å peike på samanhengar mellom gode allmennpsykiatriske tenester og gode pasientforløp innan sikkerheitspsykiatrien.

## 4. Lokal sikkerheitsavdeling (LSA)

### 4.1 Kapasitet

Det er store skilnadar i kapasiteten innan lokale sikkerheitsplassar mellom helseføretaka i Helse Vest.

Til saman er det 32 lokale sikkerheitsplassar i Helse Vest medrekna plassane i Førde som snart blir opna. Samla kapasitet i Helse Vest er 2,8 plasser pr. 100.000 innbyggjar. Siste nasjonale oversikt baserer seg på tal pr. 31.12.19.

Helseføretak	Befolkning (2019)	Døgnplasser 31.12.19	Døgnplasser per 100.000
Helse Bergen	459 636	8	1,7
Helse Fonna	179 559	11?? Fonna må kvalitetssikre tala	6,1
Helse Førde	106 107	0	0
Helse Stavanger	371 121	7	1,9
Helse Vest RHF	1 116 423	26	2,3
Helse Sør – Øst	3 030 284	108	3,6
Helse Midt- Norge	736 366	12	1,6
Helse Nord	483 121	29	3,3

Kilde: Sikkerheitspsykiatri i Noreg 2019

Robak utvalet (1980) er den siste nasjonale kartlegginga av behovet for sikkerheitsplassar. Utvalet anslo då eit behov for 5-6 lokale sikkerheitsplassar pr 100.000 innbyggjar. I Noreg er det pr. 2019 4,1 sikkerheitsplassar pr. 100.000 innbyggjar. Robakutvalet si anbefaling er frå 1980, og mykje har endra seg sidan då, og behovet for sikkerheitsplassar har auka. Ei svært viktig endring er talet på pasientar som er underlagt dom til tvungent psykisk helsevern. I 2019 var 45 % av dei lokale sikkerheitsplassane i Helse Vest belagt av pasientar underlagt dom til tvungent psykisk helsevern. Ein gjennomgang i Helse Stavanger viste ei gjennomsnittleg liggetid ved lokal sikkerheitspost på tre år for denne pasientgruppa.

Helse Fonna er det helseføretaket i Helse Vest som ligg nærast Robakutvalet si anbefaling. Helse Fonna er og det føretaket som i minst grad brukar dei regionale plassane, medan Helse Førde som ikkje har hatt egne senger, er det føretaket som har brukt dei regionale plassane mest. Dette er bruk relatert til folkemengd i føretaksområdet.

Regional plan for sikkerheitspsykiatri tilrår at det i føretaka blir ein kapasitet på om lag fem sikkerheitsplassar per 100.000 innbyggjar. Dette inkluderer rehabiliteringsplassar. Det inkluderer ikkje skjermingsplassar. Pasientar som blir overført frå sikkerheitsavdeling til skjermingseining medfører ikkje at blir ein ledig plass i sikkerheitsavdelinga.

#### Tiltak

- Helseføretaka legg fram plan for styrking av LSA, i retning av ein kapasitet rundt fem lokale sikkerheitsplassar per 100 000 innbyggjar, inkludert rehabiliteringsplassar, ekskludert skjermingsplassar. Planen skal inkludere personell, kompetanse og tilhøve vedkomande bygg og uteareal

#### 4.2 Rehabiliteringsplassar/avdelingar

Det er i dag for liten kapasitet innan sikkerheitspsykiatrien i Noreg, og i Helse Vest. Som drøfta i kapittel 4.1 blir det tilrådd ein regional auke som på sikt vil gje om lag fem plassar i lokal sikkerheitsavdeling (LSA) pr 100 000 innbyggjarar i kvart føretaksområde.

I fylgje dei fagleg ansvarlege for noverande LSA i regionen, er det mogeleg å få til betra kvalitet i tenestene dersom ein deler LSA i to delar: Vanlege lokale sikkerheitsplassar, og rehabiliteringsplassar. Omgrepet 'Rehabiliteringsplassar' er nytt i denne samanheng, og er brakt inn i drøftingane av fagpersonar innan sikkerheitspsykiatrien. Bakgrunnen er at pasientane normalt vil ha avtakande intensitet i si åtferd etter innlegging, og at ivaretaking i LSA med rehabiliteringsføremål kan skje med eit lågare nivå. Dette gjev også rom for betre samarbeid med pasientane, og fylgjeleg betra kvalitet i behandlinga. Det vil bli gjennomført ei utgreiing av kva ein rehabiliteringsplass ved LSA skal vere.

Pasientar med tidsbestemt dom blir ofte verande i lokal sikkerheitspost over fleire år. Dømte pasientar som etter opphald i lokal sikkerheitspost er stabilisert/behandla, kan og bør få behandling på eit lågare sikkerheitsnivå. I dag blir dei i mange tilfelle utsett for fleire og strengare restriksjonar enn det er fagleg grunnlag for. Desse pasientane har etterkvart ikkje behov for innlegging ved LSA med strenge restriksjonar, men har behov for tryggleik, kontinuitet, og målretta vidareføring av behandlinga. Sjå også kapittelet om 'Sikkerheitspsykiatri og kommunen'.

I Helse Stavanger har dei eit butilbod i tilknytning til sikkerheitsposten (Eiketun) med 5 hybelleilegheiter. Eiketun er eit rehabiliteringstilbod primært for pasientar underlagt tidsbestemt særreaksjon. Bebuar leigar bustaden, og mottar et døgnbasert behandlingstilbod, og med polikliniske tenester.

Helse Fonna har ein rehabiliteringspost for sikkerheitspasientar med inntil seks plassar.

#### Tiltak

- Lokal sikkerhetsavdeling (LSA) skal vere organisert med ordinære plassar og rehabiliteringsplassar i kvart helseføretak, tilpassa tal innbyggjarar i føretaksområdet. Det skal bli gjennomført ei utgreiing av kva ein rehabiliteringsplass skal vere.

### 4.3 Skjermingsfasilitetar

Pasientar som er til behandling i lokal sikkerhetsavdeling (LSA) kan utagere eller kome i andre situasjonar som gjer det mest hensiktsmessig å skjerme vedkomande frå andre pasientar. Dette er eit tiltak som unntaksvis skal nyttast, og det skal bli avslutta så snart pasienten si tilstand er i betring. I den tida pasienten blir skjerma vil ikkje pasienten si ordinære plass/seng vere ledig og tilgjengeleg for andre pasientar. Behandlingsplassar som er oppretta med føremål skjerming skal difor ikkje reknast inn i avdelinga sin totale behandlingsskapasitet.

Skjermingsfasilitetane er nokre stader små, og ikkje egna for ustabile pasientar samla på eit lite areal. Lite hensiktsmessige skjermingslokalar kan medføre at personalet må nytte tvangstiltak som kunne ha vore unngått i andre lokalar. Dei lokale sikkerhetspostane i Helse Vest er ulikt konstruert både innvendig og utvendig. Tilgangen til avskjerma og rømningsforhindrande uteområde er også varierende. Regional plan for sikkerheitspsykiatri føreset at dei lokale helseføretaka etablerer skjermingsareal slik at både pasientar og tilsette har forsvarlege tilhøve som understøtter god fagleg behandling.

Pasientar med trong for skjerming skal kunne bevege seg fritt på eit skjermingsavsnitt.

Ein god skjermingseining bør derfor innehalde store nok areal til at kvart pasientrom er tilknytt eiga stove/opphaldsrom, fri utgang til frisk luft og nok areal til at både pasient og personalet kan opphalde seg der saman.

#### Tiltak

- Skjermingsplassar skal ikkje bli medrekna i talet behandlingsslassar
- Skjermingsareal skal vere innretta slik at både pasientar og tilsette har forsvarlege tilhøve som understøtte god fagleg behandling.

### 4.4 Bemanning

Det er store skilnadar i kva ressursar som blir nytta innan sikkerheitspsykiatrien i dei fire lokale helseføretaka, også når ein ser kostnad pr. befolkning. Det er dei lokale helseføretaka som har ansvaret både for dimensjonering, kvalitet, HMS, pasientsikkerheit og pasientbehandling. Det bør vere ei målsetting i regionen å harmonisere dette.

Sjølv om ein har tilgjengelege ressursar for tilsetjing av fagpersonar er det utfordrande med omsyn til rekruttering. Ansvarlege for dei sikkerheitspsykiatriske tenestene har eit stort ansvar som inkluderer samfunnsansvaret. Det er krevjande å måtte ha eit slikt ansvar



samstundes som det er mangel på fagpersonar, og eit lovverk som ikkje legg til rette for gode pasientforløp ut til kommunane.

Det er ei utfordring at justissektoren har ulik praksis når det gjeld iverksetting av særreaksjonar. Til dømes ilegg justissektoren i Stavanger langt fleire særreaksjonar pr. befolkningseining enn i dei andre føretaksområda. Dette bør bli adressert i ein dialog mellom RHF og justissektoren.

Kvaliteten i behandlinga er i stor grad prega av kompetansen til dei tilsette. Ein legg til grunn at tilsette med fagutdanning i faste og heile stillingar er med på å auke kvaliteten i behandlinga. Små stillingar og bruk av ekstravakter bør ein unngå i den grad det er mogeleg.

#### 4.5 Kompetanse

I 2019 gjennomførte Helse Bergen i samarbeid med tillitsvalte og verneombod ei vurdering av kva som er naudsynt bemanning i lokal sikkerhetsavdeling. Helse Bergen HF indikerte at det i den akutte fasen var forsvarleg med om lag fire tilsette i miljøpersonalgruppa, pr pasient. Ut over dette kjem andre stillingar som ikkje inngår i turnus, til dømes fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og behandlar stillingar.

Kvalitet og innretning av bygg og anlegg vil kunne gje føringar for kva bemanning som er naudsynt i dei sikkerheitspsykiatriske postane.

##### Tiltak

- Tal tilsette, kompetansen til tilsette og bygg og anlegg skal vere innretta slik at pasientane kan få trygg og god behandling, og dei tilsette skal ha trygge arbeidstilhøve
- Fast tilsette medarbeidarar skal normalt ha helse- og sosialfagleg formalkompetanse

#### 4.6 Poliklinisk og ambulant oppfølging

Sikkerheitspsykiatrien har ein utfordrande poliklinisk pasientportefølje der pasientane treng langvarig oppfølging. Poliklinisk oppfølging er ofte naudsynt for å tryggje pasienten, dei pårørande og tilsette i kommunane.

Andelen pasientar underlagt tidsubestemt særreaksjon er aukande i heile landet, og som nemnt særleg stor auke i Helse Stavanger sitt opptaksområde. Denne pasientgruppa treng oppfølging poliklinisk og/eller gjennom ambulante tenester i mange år, og dei lokale sikkerhetsavdelingane har i dag ikkje tilstrekkeleg kapasitet.

Helseføretaka har også her organisert seg ulikt. Helse Fonna og Helse Førde har eigne sikkerheitspsykiatriske ambulante team/einingar med ansvar for oppfølging. I Helse Fonna reiser dei tilsette ut til pasientane for oppfølging (ambulant verksemd), medan Helse Førde både har poliklinisk oppfølging i poliklinikk, og ambulant verksemd.

I Helse Bergen og Helse Stavanger er det per i dag ikkje eigne tilsette/eigen eining med poliklinisk og ambulant oppfølging. Her er det dei tilsette ved dei lokale sikkerhetsavdelingane som utfører poliklinisk og ambulant oppfølging.

Helse Bergen vil i løpet av 2021 ha i drift ein egen poliklinikk, dagtilbod og ambulant sikkerheitsteam.

For regionen vil det vere særleg tenleg om ein kan utvikle ein heilskapleg modell som omfattar dei ulike behandlingsnivåa i spesialisthelsetenesta, inkludert gode faglege prosedyrar for utgreiing, diagnostisering, og utforming av tiltak. Ei viktig målsetting vil vere å oppnå gode pasientforløp.

#### Tiltak

- Dei fire lokale helseføretaka i Helse Vest arbeider for å opprette eller utvikle vidare god poliklinisk og ambulant oppfølging av pasientar innan sikkerheitspsykiatrien. Det vil vere ei føremon om føretaka samarbeider om planlegging og gjennomføring.

## 5. Regional sikkerheitsavdeling (RSA)

Tabellen viser at det er ulik kapasitet nasjonalt innan det regionale sikkerheitspsykiatriske nivået:

Pr 01.01.21	Døgnplasser pr 100000 innbyggjar
Helse Sør Øst	0,72
Helse Vest	0,85
Helse Midt	1,36
Helse Nord	0,82

### 5.1 Kapasitet

Regional sikkerheitsavdeling( RSA) i Helse Vest har 10 plassar. Etterspurnad etter regionale sikkerheitspsykiatriske plassar vil variere over år og gjennom året. Det førekjem tilfeldige variasjonar, men det er det ein klar trend over år med fleire tilvisingar og aukande beleggprosent.

Kapasiteten ved lokal sikkerheitsavdeling (LSA) ser ut til å vere ein særleg viktig faktor for bruken av det høgaste sikkerheitsnivået (regional sikkerheitsavdeling). Helse Førde har fram til no ikkje hatt eigen LSA, og innslaget av pasientar frå Helse Førde har vore høgare ved RSA enn det andelen av befolkninga i regionen skulle tilseie. For Helse Fonna er tilhøvet det motsette, Helse Fonna har den største kapasiteten i LSA i regionen relatert til befolkningsstørrelsen, og det minste forbruket av døgnplassar ved RSA.

Samfunnsutviklinga med nedbygging av allmennpsykiatriske døgnplassar, auka forbruk av illegale rusmidlar, blandingsmisbruk, migrasjon og auka fokus på helsetilstanden til innsette i fengsel kan vere årsaker til at det er aukande press for plass ved det høgaste sikkerheitsnivået i regionen. Det viktigaste tiltaket for å redusere presset inn mot RSA vil vere å betre kapasiteten og kvaliteten ved LSA i dei fire lokale helseføretaka.

Voldshandlingar hos pasientar innlagt i lukka akuttpsykiatriske avdelingar har auka dei siste 2-3 åra. Dette gjer også at RSA blir førespurt om bistand.

Det er viktig at RSA raskt er i stand til å ta imot pasientar med akutt/nyoppstått alvorlig voldsproblematikk frå lokale sikkerheitsavdelingar. Dette føreset at det ikkje er konstant 100% belegg ved RSA. Skal dette fungere må lokal sikkerheitsavdeling, andre døgnpostar og DPS kunne ta i mot dei friskaste pasientane frå RSA så snart det er fagleg forsvarleg, slik at systemet blir fleksibelt. Den same logikken vil gjelde for LSA.

RSA har i dag ein skjermingspost med plass for to pasientar. Dei seinare åra har manglande skjermingskapasitet vore ein viktig årsak til forseinkingar av inntak av nye pasientar. Det er trong for ytterligare to skjermingsplassar for å møte dei utfordringane denne pasientgruppa representerer i RSA.

Regional sikkerheitsavdeling i Helse Bergen opplever aukande tal tilvisingar av unge under 18 år. Dette er en svært ressurskrevjande gruppe som er i behov av tverrfaglig spesialkompetanse. Fleire i denne gruppa har omfattande behov for både habilitering og rehabilitering. Helse Bergen har teke eit initiativ for å få oppretta ei nasjonal behandlingsteneste.

#### Tiltak

- Styrking av lokal LSA for å ta ned press inn mot RSA
- Utviding av skjermingskapasitet ved RSA frå to til fire plassar
- 

### 5.2 Kompetanse og bemanning

Ved RSA er det normalt fem tilsette pr. pasient i døgnturnus, dette har vore stabilt sidan 1990 talet. Pasientane har i aukande grad behov for skjerming, og voldshandlingane er også aukande. Det er naudsynt å auke tal tilsette som er tilstades på døgnbasis på bakgrunn av denne utviklinga.

#### Tiltak

- Helse Bergen legg fram forslag til styrking av tal tilsette i døgnturnus, og styrking av staben av fagpersonar

### 5.3 Bygningsmasse

Klinikk for Sikkerheitspsykiatri i Helse Bergen, inkludert RSA, er lokalisert i bygg frå 1990 talet. Lokalane er funksjonelle fordi det er godt med plass for pasientane, det er god statisk sikring med doble høge rømmingsforhindrande gjerder og adgangskontroll for alle besøkande. Det er og gode moglegheiter for meningsfylt aktivitet med eiga ergoterapiavdeling, gymsal og treningsrom.

Kravet til skriftliggjøring og dokumentasjon har auka og det er no er for få kontor og møterom. Dette har vore ei ekstra utfordring under pandemien med Covid -19 der smittevernomsyn i det daglige kliniske arbeidet er viktig.

#### Tiltak

- RSA legg fram forslag til bygningsmessig tilrettelegging av to ekstra skjermingsplassar, og ei løysing på tilhøva rundt kontorlokalar

## 6. Nasjonal sikkerhetspsykiatri/ rettspsykiatri

### 6.1 Nasjonale funksjonar i rettspsykiatrien i Noreg

Etter nedlegginga av Reitgjærde blei det bestemt at det skulle opprettast regionale og fylkeskommunale/lokale sikkerheitseiningar. Dei seinare åra har det i fagmiljøa blitt drøfta at det likevel vil vere tenleg å ha nokre få nasjonale tenester.

Fagområdet rettspsykiatri (sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatrisk sakkynndighet) i Helse Vest vurderer at det er trong for tre nasjonale einingar i nær tilknytning til døgnavdelingar innan fagfeltet.

#### 6.2.1 Nasjonal fageining for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemming

Nasjonal fageining for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemming er etablert i Helse Midt-Norge, ved Brøset. Eininga har fem døgnplassar. Etter endring i Straffeloven av 1. oktober 2020 synest det å vere hensiktsmessig at innretting av denne tenesta blir vurdert på ny, også med tanke på kapasitet no og i åra framover. Dette bør bli gjennomført som ein nasjonal prosess.

#### Tiltak

- Helse Vest RHF tek initiativ overfor andre RHF med siktemål om ei felles tilnærming til fornya vurdering av den nasjonale fageininga, også med tanke på kapasitet no og i åra framover.

#### 6.2.2 Nasjonal eining med særleg høgt sikkerheitsnivå

Det er trong for ei nasjonal eining med særleg høgt sikkerheitsnivå som kan ta imot pasientar der det er særleg høg risiko for rømming, gisseltaking, alvorleg voldeleg åtferd, særleg alvorleg angrep mot pasienten sjølv, medpasientar eller personell. Det er så langt ikkje etablert ei slik eining i Noreg.

Innsette i høgsikkerhetsfengsel som må ha døgnplass i sikkerhetspsykiatrien kan oppfylle kriteriene allereie i dag. Av forvaringsplassar i Kriminalomsorga, er 84 % av plassane og 63 %

av alle fengselsplasser i Noreg lokalisert i Helse Sør-Øst sitt opptaksområde. Overføringer mellom fengsel og sjukehus er høgrisikotransportar og samfunnsøkonomisk svært dyrt.

Helse Vest vurderer derfor at ein slik nasjonal eining bør bli plassert ved RSA i Helse Sør Øst. Dette bør bli vurdert i ein nasjonal prosess, under leiing av Helsedirektoratet.

#### *Tiltak*

- Helse Vest RHF tek initiativ overfor andre RHF med tanke på utgreiing av ei nasjonal eining for sikkerheitspsykiatri for handsaming av særleg farlege pasientar, lagt til regional sikkerheitspost i Helse Sør-Øst.

#### 6.2.3 Nasjonal sikkerheitspsykiatrisk eining for barn mellom 15-18 år

Ungdomseining Vest (Ungdomsfengselet i Bergen) har nasjonalfunksjon for forvaringsdømte barn under 18 år. Barn opplever det å bli satt i fengsel som dramatisk, og barn med psykiske vanskar som blir satt i fengsel kan risikere forverring av den psykiske lidinga.

Klinikk for Sikkerheitspsykiatri Helse Bergen har etablert et poliklinisk helsetilbod for innsette ved ungdomsfengselet i Bergen. I ein del tilfelle er ikkje poliklinisk behandling tilstrekkeleg, og i nokre tilfelle må barna bli lagt inn på sjukehus. Å legge barn inn på sjukehus saman med vaksne er brot på FN sin barnekonvensjon.

Det er nasjonalt og årleg nokre svært få, men samstundes svært krevjande saker der barn mellom 15 og 18 år må bli ivaretekne under same sikringstilhøve som ved regional sikkerheitseining. Det ligg til rette for å opprette ei slik nasjonal eining i Bergen. Ei eventuell slik oppretting må skje gjennom dei rutinar som er gjeldande for nasjonale einingar, og er ikkje ein ordinær del av den regionale planen for sikkerheitspsykiatri. Helse Bergen HF har teke eit slik initiativ, og det blir fylgt opp av RHF'et.

#### *Tiltak*

- Helse Vest fylgjer opp initiativet frå Helse Bergen HF om å opprette ei nasjonal sikkerheitspsykiatrisk eining for barn mellom 15 og 18 år, i nasjonale fora.

#### 6.2.4 Nasjonale administrative einingar innan rettspsykiatri

Nasjonalt koordineringseining for dom til tvungent psykisk helsevern (knytt til RSA Dikemark) og Nasjonal eining for rettspsykiatrisk sakkyndighet (knyttet til RSA Brøset) er administrative einingar.

Rettspsykiatriske døgnobservasjonar etter straffeprosessloven § 167 er tenester som blir administrert sentralt, men gjennomført ved fleire sikkerheitspsykiatriske døgnavdelingar, sjå oversikt over omfanget ved RSA-ene i Norge (statusrapporten i Norsk sikkerhetspsykiatri 2019.)

For rettssikkerheten til straffedømte med psykisk sjukdom er det sterkt ynskjeleg at judisiell døgnobservasjon blir gjennomført av særleg kompetent fagpersonell. Dette bør fortrinnsvis skje i sikkerheitspsykiatrien, på RSA nivå. Ei styrking av sikkerheitspsykiatrien som bidreg til at ein kan gjennomføre judisiell døgnobservasjon med høg fagleg kvalitet vil vere ei styrking av rettssikkerheten til observanden. Kapasiteten er ikkje tilstrekkeleg i dag. Merk at justissektoren kompenserer helsesektoren økonomisk for utgifter til judisiell døgnobservasjon. Likevel er det for liten kapasitet innan sikkerheitspsykiatrien til å ta på seg slike oppgåver i regionen.

## 7. Forslag om endring eller tilpassing av lovverket på kommunalt nivå

Lovane som regulerer bruk av tvang innan psykisk helsevern gjeld berre innan spesialisthelsetenesta. Det er ikkje lov å nytte tvangsmidlar på kommunalt nivå.

Slike avgrensingar i psykisk helsevernlova i forhold til samfunnsvernet medfører i praksis at mange pasientar får monaleg lenger innlegging i psykiatriske sjukehus enn det som er god fagleg praksis i høve til den psykiske tilstanden til pasienten.

Eit klassisk døme er pasientar som kan bli farlige ved rusmiddelbruk. Dagens lovverk heimlar berre avlegging av rusprøvar utanfor lukka døgnavdeling med samtykke frå pasienten. Det same gjeld når pasientar som ønske å ha farlige gjenstandar i eiga bolig, kan det ikkje hindrast. Det er heller ikkje lovheimel for å hindre pasientane i å besøke tidligare ofre.

Manglande lovheimel for å ivareta samfunnsvernet utanfor lukka døgninstitusjonar, kan vere ein avgjerande grunn for at kommunane vegrar seg for å gje pasientane butilbod.

### Tiltak

- Helse Vest RHF tek initiativ overfor departementet, gjerne koordinert med andre RHF, for å få vurdert endring eller tilpassing av lovverket

### 7.1 Kommunale butilbod, felles butilbod og pasientflyt

Det er tre særreaksjonar i Noreg, der justissektoren overfører domfelte til helsetenestene:

- forvaring
- dom til tvungen omsorg
- dom til tvungent psykisk helsevern

I tillegg kjem varetektssurrogat.

Denne gruppa pasientar er jamt aukande i antal, og det er ein aukande andel av behandlingsplassane i sikkerheitspsykiatrien som er belagt av pasientar som er underlagt særreaksjonar. Denne overføringa av domfelte frå justissektoren til helsesektoren medfører svært stort ekstra forbruk av ressursar, utan at det fylgjer med finansiering.

Ei betring av rutinane for utskriving av pasientar frå sikkerheitspsykiatrien, til kommunane, vil vere ein rasjonell metode for å oppnå betra tilgang til institusjonstenestene innan sikkerheitspsykiatrien.

Pasientar som blir utskrivne til kommunane etter opphald i sikkerheitspsykiatrien kan medføre store kostnader. Ein stor del av kostnadane vil bli refundert etter gjeldande regelverk for busetting av personar med sjukdomar som er særleg ressurskrevjande. Det er likevel så store utfordringar vedrørande kompetanse, bustad og økonomi at kommunane med jamne mellomrom er lite villige til å ta imot denne pasientgruppa.

Dei lokale helseføretaka bør ta initiativ til eit systematisk samarbeid med kommunane i eige opptaksområde, for å sikre god pasientflyt. Dette kan gjerne skje som ein del av arbeidet i helsefellesskapet. Det kan vere hensiktsmessig at eit slikt felles arbeid inkluderer drøfting av økonomi, felles tiltak i kommunal bustad, polikliniske tenester, ambulante tenester, osv.

#### Tiltak

- Dei lokale helseføretaka tek initiativ gjennom helsefellesskapet for å drøfte korleis ein kan få til god pasientflyt for denne pasientgruppa

## 8. Oppsummering og prioritering

Pasientar som får behandling innan sikkerheitspsykiatrien vil bli påført aukande grad av innskrenking av eige handlingsrom i takt med høgare omsorgsnivå. Det er difor både i pasienten si interesse og tenestene si interesse at pasientane blir ivaretekne på det lågaste effektive omsorgsnivået. Tilhøve som ikkje er knytt til pasienten sin tilstand, og som leier til at pasienten blir overført til høgare behandlingssnivå, er uønskt.

Arbeidet med regional plan for sikkerheitspsykiatri peiker klart i retning av at fagområdet må styrkast. Det er større auke i trongen for behandling innan sikkerheitspsykiatrien enn auken i ressursar. Samfunnsutviklinga med nedbygging av allmennpsykiatriske døgnplassar, auka forbruk av illegale rusmidlar, blandingsmisbruk, migrasjon og auka fokus på helsetilstanden til innsette i fengsel synest å vere viktige faktorar som bidreg til auka behov.

Lokal sikkerheitsavdeling (LSA) ved dei fire lokale helseføretaka skal bli høgast prioritert ved ei styrking av fagområdet. Dette vil få positive fylgjer både for regional sikkerheitsavdeling, allmennpsykiatrien, og for pasientforløpa ut mot kommunane.

Denne planen inneheld mål som føreset tiltak på fleire nivå i helsetenesta, og det må bli sett i verk ulike tiltak i dei fire føretaksområda for å nå måla i planen. Når planen er vedteken, vil neste steg vere å utarbeide ulike tiltaksplanar med budsjett i dei fire lokale helseføretaka på bakgrunn av planen.

UTKAST