

# SIKKERHETSPSYKIATRI I NORGE 2019

EN STATUSRAPPORT



## FORORD

Dette er den fjerde statusrapporten om norsk sikkerhetspsykiatri. Rapportene fra 2005, 2008 og 2015 har fremskaffet viktig informasjon om fagfeltet, og har vært sentrale grunnlagsdokumenter for myndigheter og helseforetak.

På politisk plan er det en kontinuerlig debatt om veivalg og ressurser for håndtering av psykisk syke mennesker med voldsproblematikk. De siste årene har befolkningens og medias interesse for psykisk helsevern økt, og lovgivning og rammebetingelser blir stadig aktualisert ved nye alvorlige hendelser, som innebærer oppfølging i det psykiske helsevernet. Vi ser en gradvis endring i pasientflyten, ved at sikkerhetspsykiatriske plasser i stadig større grad opptas av personer som ikke er lagt inn til frivillig eller tvangsmessig behandling etter psykisk helsevernloven, men som er lagt inn etter strafferettslig lovverk etter beslutning fra domstol. Dette får særlige konsekvenser for organisering, kapasitet, ressurser og kompetanse.

I lys av dette er det viktig å fremskaffe oppdatert informasjon om relevante forhold i norsk sikkerhetspsykiatri. Denne rapporten viser bl.a. at det er store forskjeller på sikkerhetspsykiatrisk kapasitet ved de ulike helseforetakene i landet. Rapporten viser også at reduksjon av døgnplasser i allmennpsykiatrien, får konsekvenser for sikkerhetspsykiatrien, og flere avdelinger oppretter alternative modeller for oppfølging av pasienter etter endt behandling i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. I tillegg har flere av de sikkerhetspsykiatriske avdelingene store utfordringer knyttet til gammel og utdatert bygningsmasse.

Spesialrådgiver Stine Kilden ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst har gjennomført undersøkelsen og skrevet rapporten, i samarbeid med en arbeidsgruppe bestående av spesialsykepleier Gunnar Eidhammer og spesialsykepleier Lars Erik Selmer ved SIFER Helse Sør-Øst, og overlege María Sigurjónsdóttir ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest. Arbeidsgruppen har fått god veiledning fra professor Stål Bjørkly og forsker Christine Friestad ved SIFER Helse Sør-Øst.

En stor takk rettes til samtlige sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Norge som har bidratt til å svare på denne undersøkelsen.

Gaustad, 9.9.2020

Carl Fredrik Haaland

Leder SIFER



# Innhold

Sammendrag.....	6
1. OM RAPPORTEN .....	7
1.1. Bakgrunn for statusrapporten.....	7
1.2. Gjennomføring av undersøkelsen .....	7
1.3. Personvern .....	8
1.4. Om norsk sikkerhetspsykiatri .....	8
2. RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN .....	9
2.1. Organisering.....	9
2.1.1. Helse Sør-Øst .....	10
2.1.2. Helse Vest .....	11
2.1.3. Helse Midt-Norge .....	11
2.1.4. Helse Nord .....	12
2.2. Behandlingskapasitet.....	14
2.2.1. Planlagte fremtidige endringer.....	16
2.3. Behandlingsforløp.....	16
2.4. Pasientpopulasjon.....	18
2.4.1. Juridisk grunnlag for innleggelse .....	18
2.4.2. Diagnoser .....	19
2.4.3. Vold og kriminalitet .....	20
2.4.4. Selvskading og suicidalitet .....	20
2.4.5. Rusmisbruk og farlige gjenstander .....	21
2.4.6. Øvrig .....	21
2.5. Innleggelse etter strafferettslig grunnlag.....	21
2.5.1. Gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.....	21
2.5.2. Gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner .....	23
2.5.3. Gjennomføring av varetektssurrogat .....	23
2.6. Bemanning og kompetanse.....	23
2.6.1. Årsverk .....	23
2.6.2. Kompetanse på diagnostikk og utredningsverktøy .....	24
2.7. Bygningsmessige forhold.....	26
3. DISKUSJON .....	26
3.1. Organisering og behandlingskapasitet .....	26
3.1.1. Innleggelser etter strafferettslig grunnlag opptar et økende antall døgnplasser.....	28
3.1.2. Modeller for videre oppfølging av sikkerhetspsykiatriske pasienter .....	30
3.1.3. Enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå .....	30
3.2. Pasientpopulasjonen .....	31
3.3. Bemanning og kompetanse.....	31
3.4. Bygningsmessige forhold.....	32
4. ANBEFALINGER FOR FREMTIDIGE STATUSRAPPORTER.....	33
5. LITTERATUR.....	34
6. VEDLEGG .....	35



## Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å dokumentere utviklingstrekk og status ved norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger, særlig med hensyn til organisering og kapasitet, kompetanse, diagnostikk og utredningsverktøy, men også andre relevante forhold for den sikkerhetspsykiatriske helsetjenesten. Tre ulike spørreskjemaer ble sendt til alle sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Norge i januar 2020, og metoden var dels en tverrsnittundersøkelse og dels en retrospektiv rapportering av utvalgte virksomhetsparametre for 2019.

I 2019 var det 15 helseforetak som hadde sikkerhetspsykiatriske tjenester. Driften var fordelt på tre regionale avdelinger med seks døgnenheter, og 15 lokale avdelinger med 19 døgnenheter, i alt 18 avdelinger med 25 døgnenheter. Enhetene hadde til sammen 220 døgnplasser. Antall døgnplasser per 100 000 innbyggere i Norge har de siste ti årene ligget på litt i overkant av 4, men rapporten gir ikke grunnlag for å fastslå hva som er det optimale dekningsstallet for dagens behov. Mangelfulle systemer for henvisninger og ventelister gjør at vi kan si lite om kapasitet sett opp mot etterspørsel. Kapasiteten varierer mellom helseforetak og helseregioner, fra null per 100 000 innbygger ved Helse Førde, til 7,0 per 100 000 innbygger ved Nordlandssykehuset. Belegget varierer fra 58 % og ledig beredskapskapasitet, til 147 % og betydelig overbelegg.

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.

# 1. OM RAPPORTEN

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

## 1.1. Bakgrunn for statusrapporten

Etter opphør av sikringsinstituttet og innføring av en strafferettslig særreaksjon for psykotiske lovbrøtere i 2002, ble det foreslått å øke behandlingsskapiteten i sikkerhetspsykiatrien. Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gjennomførte derfor en behovsvurdering som ble presentert i rapporten *Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005*. En tilsvarende undersøkelse ble gjentatt i 2008. Siden den gang er det gjennomført sykehussammenslåinger, endringer i kapasitet og omfordeling av oppgaver. Helsedirektoratet ga derfor kompetansesenternettsverket for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) i oppdrag å gjennomføre en ny undersøkelse i 2015. Rapporten ga viktig informasjon om status og utvikling innen fagfeltet, og har vært et sentralt grunnlagsdokument for planlegging og strategiarbeid for sikkerhetspsykiatrien. Myndighetene anser det som nødvendig å få jevnlig oppdatert informasjon om norsk sikkerhetspsykiatri, og har i oppdragsbrev av 7.6.2019 bedt SIFER om å gjennomføre en ny undersøkelse. Resultatene presenteres i denne rapporten.

## 1.2. Gjennomføring av undersøkelsen

Denne undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av en spørreundersøkelse til fagfeltet, samt informasjonsinnhenting fra relevante kilder.

Spørreundersøkelsen var dels en tverrsnittsundersøkelse og dels en retrospektiv undersøkelse av utvalgte parametere for driftsåret 2019, og noe for perioden 2015-2019. Materialet for undersøkelsen var landets 25 enheter innen sikkerhetspsykiatri og de innskrevne pasientene på dagen for tverrsnittsundersøkelsen (31.12.2019). Denne rapporten omhandler deskriptive data, presentert i form av tekst, tall, prosentandeler og tabeller.

Det ble utarbeidet tre spørreskjema; ett om *ledelse*, ett om *behandling* og et om anonymiserte *pasientopplysninger*. Som forberedelse til datainnsamlingen ble det sendt forespørsel til 15 lokale sikkerhetsavdelinger og tre regionale sikkerhetsavdelinger om deltagelse. Ansvarspersoner på avdelingsnivå eller klinikknivå ga informasjon om hvem som skulle svare på spørreundersøkelsene. Det ble utvalgt to respondenter per enhet; en leder og én spesialist i psykiatri. I tillegg fikk vi navn på samtlige spesialister med faglig ansvar for pasienter innlagt i de aktuelle avdelingene. Informasjon om oppdraget fra Helsedirektoratet og spørreundersøkelsen ble sendt til de innmeldte personenes ledere, slik at arbeidet skulle bli forankret i linjen. Respondentene mottok deretter en internettnettbasert spørreskjemaundersøkelse i Questback. Der hvor det manglet svar på viktige spørsmål, ble respondentene i ettertid kontaktet via e-post eller telefon for oppklaringer. Informasjon fra fire av de innrapporterte avdelingene er ikke inkludert i rapporten, da disse ikke faller inn under definisjonen sikkerhetspsykiatrisk avdeling.

Det ble sendt ut tre ulike spørreskjemaer til totalt 68 respondenter. Noen respondenter svarte på flere enn én undersøkelse.

- 1) Spørreskjema «Leder» ble sendt til 28 ledere. Spørreskjemaet hadde 62 spørsmål, fordelt på følgende kategorier:
  - a. Informasjon om enheten



- b. Opptaksområde
- c. Innleggelser og utskrivninger
- d. Judisielle døgnobservasjoner
- e. Ventetid
- f. Belegg og behandlingstid
- g. Personell
- h. Opplæring og kompetanse
- i. Personskade
- j. Enhetens fysiske utforming

Vi mottok 29 svar. Fire av disse ble tatt ut av undersøkelsen, da bevarelsene ikke var på vegne av avdelinger som var definert som sikkerhetsavdelinger, se kapittel 2.1. Spørreskjema «Leder» er besvart av 100 %.

- 2) Spørreskjema «Behandler» ble sendt til 29 spesialister i psykiatri. Spørreskjemaet hadde 42 spørsmål, fordelt på følgende kategorier:
- a. Informasjon om enheten
  - b. Belegg
  - c. Innleggelseskriterier
  - d. Statsborgerskap
  - e. Pasientsirkulasjon
  - f. Utredningsverktøy
  - g. Voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering
  - h. Rus og farlige gjenstander
  - i. Rømninger, gisselsituasjoner, skjerming og isolat

Vi mottok 27 svar. To av disse ble tatt ut av undersøkelsen, da bevarelsene ikke var på vegne av avdelinger som var definert som sikkerhetsavdelinger, se kapittel 2.1. Spørreskjema «Behandler» er besvart av 100 %.

- 3) Spørreskjema «Pasientopplysninger» ble sendt til 44 faglig ansvarlige. Spørreskjemaet hadde 23 spørsmål om anonymiserte pasienter innlagt den 31.12.2019. Vi mottok 229 svar. Alle data knyttet til pasientopplysninger i denne undersøkelsen er hentet fra dette datasettet, og n = 229 når det refereres til totalt antall pasienter i undersøkelsen. Når det gjelder pasientopplysninger fra andre kilder, kan totalantallet avvike noe fra dette.

### 1.3. Personvern

Opplysningene vi etterspurte var en del av den informasjonen som avdelingene allerede har samlet inn om virksomheten og pasientene. Det ble ikke innhentet pasientopplysninger som ikke var kjent hos respondentene fra før. Informasjon om pasientene inneholder ikke personopplysninger og vil ikke være personidentifiserbar. Det er ikke opprettet et personregister. Undersøkelsen er tilrådd av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus HF.

### 1.4. Om norsk sikkerhetspsykiatri

I flere vestlige land faller funksjonene sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatrisk sakkyndighet under terminologien *rettspsykiatri* (forensic psychiatry). Sikkerhetspsykiatri er i så måte et norsk begrep. SIFER definerer sikkerhetspsykiatri som *et fagfelt som forholder seg til voldelige personer, alvorlig sinnslidende*

*personer og/ eller personer som har begått overgrep som befinner seg på en sikkerhetsavdeling. Personene kan være til fare for seg selv og/ eller andre.* I eksempelvis Sverige og Danmark har rettspsykiatrien egen lovgivning som styrer behandling i sykehus av personer med alvorlig psykisk lidelse, samtidig med voldsproblematikk og eventuell kriminalitet. Opphold i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger reguleres av både sivilrettslig og strafferettslig lovverk.

Lov om psykisk helsevern utgjør det sivilrettslige lovverket. Loven trådte i kraft 1.1.2001, og var tenkt som det lovmessige rammeverket for behandling av psykisk syke i Norge. Imidlertid foreligger det også flere strafferettslige grunnlag for opphold i psykiatriske institusjoner, bl.a. dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, varetektssurrogat og judicielle døgnobservasjoner. Dom til tvungent psykisk helsevern er en strafferettslig særreaksjon hjemlet i straffeloven § 62. Gjennomføringen av det strafferettslige tvungne psykiske helsevernet er regulert i et eget kapittel i lov om psykisk helsevern. Varetektssurrogat er regulert i straffeprosessloven § 188, mens judisiell døgnobservasjon er regulert i straffeprosessloven § 167. Alle disse tre strafferettslige grunnlag for opphold i det psykiske helsevernet har til felles at behandling ikke er deres primærformål, til tross for at dom til tvungent psykisk helsevern forutsetter behandling. Innleggelse etter dom til tvungent psykisk helsevern og varetektssurrogat kan i tillegg besluttes av domstolene uten helsevesenets samtykke.

Innføring av psykisk helsevernlovens kapittel 4A i 2012, styrket de regionale sikkerhetsavdelingenes mulighet til å ivareta sikkerheten til pasienter og ansatte, og dermed også styrke samfunnsvernet. Bl.a. fikk de regionale avdelingene anledning til rutinemessig ransaking, adgangskontroll og nattelåsing av pasientrom. I tillegg ble det gitt anledning til etablering av enhet for særlig høyt sikkerhet, for de tilfeller hvor det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter, helsepersonell, befolkningen eller myndighetspersoner. Slik lovhjemmel har ikke de lokale sikkerhetsavdelingene, ei heller øvrige psykiatriske helseinstitusjoner i Norge (eksempelvis akuttpsykiatriske avdelinger), som i ulike faser av behandlingen ivaretar den samme pasientgruppen.

## 2. RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN

Funnene fra undersøkelsen er fordelt på følgende temaer: Organisering, behandlingsforløp, behandlingsskapitet, pasientpopulasjon, innleggelse etter strafferettslig grunnlag, bemanning og kompetanse, og bygningsmessige forhold. Avslutningsvis følger en diskusjon med fokus på relevante funn.

### 2.1. Organisering

I Norge var det ved årsskiftet 2019/2020 tre regionale sikkerhetsavdelinger (seks enheter; tre i Helse Sør-Øst, en i Helse Vest og to i Helse Midt-Norge) fordelt på fire regionale helseforetak, og 19 lokale sikkerhetsavdelinger, fordelt på 15 lokale helseforetak. Sikkerhetsavdelinger med flere enn én enhet var Oslo universitetssykehus (tre enheter), Sykehuset Østfold (to enheter) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (to enheter).

Nedenfor følger en oversikt over sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud i norske sykehus. Det er fem sykehus som har områdefunksjon innen psykisk helsevern, men som ikke har egne sikkerhetspsykiatriske døgnplasser. Det fremgår av oversikten hvem som har avtale med andre helseforetak om bruk av sikkerhetspsykiatriske døgnplasser, og hvem som henviser i henhold til regelverk om gjestepasienter.

### 2.1.1. Helse Sør-Øst

**Sykehuset Østfold** har Psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering med **Sikkerhetsseksjon 1** på Kalnes med åtte døgnplasser og **Sikkerhetsseksjon 2** med åtte døgnplasser, og et ambulant team som i hovedsak følger opp sikkerhetspasienter som mottar behandling uten døgnopphold. Opptaksområdet er tidligere Østfold fylke og Vestby kommune i tidligere Akershus fylke.

**Sykehuset Innlandet** har Avdeling for Akuttpsykiatri og psykosebehandling med **Enhet for sikkerhetspsykiatri** på Reinsvoll med 13 døgnplasser og tre treningshybler tilknyttet enheten. Opptaksområdet er Hedmark og Oppland fylker, med unntak av Kongsvingerregionen.

**Akershus universitetssykehus** har Avdeling Spesialpsykiatri med **Sikkerhetsseksjon B** med åtte døgnplasser. I tillegg benytter AHUS ti døgnplasser i Lokal sikkerhetsenhet A ved Oslo universitetssykehus. Opptaksområdet er øvre og nedre Romerike, Follo, Kongsvingerregionen, samt bydelene Grorud, Alna og Stovner i Oslo.

**Lovisenberg og Diakonhjemmet** har ikke eget sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud og henviser pasienter med denne problematikken til Oslo universitetssykehus. Opptaksområdet er bydelene Vestre Aker, Ullern, Frogner, Grünerløkka, Gamle Oslo, St. Hanshaugen og Sentrum.

**Oslo universitetssykehus** har Klinikk for psykisk helse og avhengighet med **Regional sikkerhetsseksjon (RSA)** på Dikemark med **Intensivpsykiatrisk døgnenhet** med syv døgnplasser (hvorav to beredskaps plasser), **Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet** med ni døgnplasser, og **Rettspsykiatrisk døgnenhet** med seks døgnplasser. Opptaksområdet er Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus har også lokale sikkerhetsenheter på Gaustad og Dikemark. På Gaustad ligger **Lokal sikkerhetsenhet A** med ti døgnplasser som betjener Akershus universitetssykehus (se over) og **Lokal sikkerhetsenhet B** med ti døgnplasser som betjener Lovisenberg og Diakonhjemmet (se over), samt bydel Bjerke. På Dikemark ligger **Lokal sikkerhetsenhet C** med ti døgnplasser som betjener Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde (bydelene Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Sagene og marka), med unntak av bydel Bjerke som sokner til enhet B på Gaustad. I Oslo universitetssykehus er også **Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst**.

**Vestre Viken** har Psykiatrisk avdeling Blakstad med **Sikkerhetsseksjon Blakstad** i Asker med tolv døgnplasser, og Sikkerhetspoliklinikken for polikliniske og ambulante tjenester. Opptaksområdet er tidligere Buskerud fylke og kommunene Asker, Bærum, Sande, Svelvik og Jevnaker.

**Sykehuset i Vestfold** har Psykiatrisk fylkesavdeling med **Sikkerhetsposten** på Sem utenfor Tønsberg. Enheten har ti døgnplasser, en treningsleilighet og en spesialpoliklinikk som jevnt over har 15 polikliniske pasienter som har åpen retur til døgnenheten. Opptaksområdet er tidligere Vestfold fylke.

**Sykehuset Telemark** har Psykiatrisk sykehusavdeling med **Seksjon for sikkerhetspsykiatri** i Skien med ni døgnplasser. Seksjonen har også ansvar for ti dagpasienter som følges opp i egen bolig. Opptaksområdet er tidligere Telemark fylke.

**Sørlandet sykehus** har Psykiatrisk sykehusavdeling med **Sikkerhetsenheten** i Kristiansand med ti døgnplasser. Enheten har ikke poliklinisk eller ambulant tilbud, men tilbyr ambulante tjenester ved krevende pasientforløp. Opptaksområdet er Agderfylkene.

### 2.1.2. Helse Vest

**Helse Stavanger** har Seksjon sikkerhetspsykiatri med **Sikkerhetspost A1** i Stavanger med ti døgnplasser. Sikkerhetsposten har tett samarbeid med Eiketun, som har fem hybelplasser til rehabiliteringsoppgaver for fortrinnsvis domfelte pasienter. Disse følges opp av sikkerhetsposten og er innlagt til behandling uten døgnopphold. Opptaksområdet er den sørlige delen av Rogaland fylke.

**Helse Fonna** har Seksjon for spesialisert behandling med **Eining for sikkerhetspsykiatri** på Valen sjukehus med ni døgnplasser for mannlige pasienter. Helse Fonna har også **Eining for sikkerhetspsykiatri og rehabilitering** med åtte døgnplasser, hvorav to plasser for kvinnelige sikkerhetspasienter og øvrige plasser til forsterket rehabilitering. Opptaksområdet er den nordlige delen av Rogaland fylke og noen kommuner i tidligere Hordaland fylke.

**Helse Bergen** har Klinikkk sikkerhetspsykiatri med **Regional sikkerhetspost** i Sandviken med ti døgnplasser som betjener Helse Vest RHF. Helse Bergen har også **Lokal sikkerhetspost** med åtte døgnplasser<sup>1</sup>. Opptaksområde er store deler av tidligere Hordaland fylke, samt Gulen kommune i tidligere Sogn og Fjordane fylke. I Helse Bergen er også **Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Vest**.

**Helse Førde** hadde en sikkerhetsenhet med åtte plasser, etter hvert seks plasser, inntil den ble nedlagt i 2013. Helse Førde har for tiden ikke eget lokalt sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, og søker om innleggelse ved sikkerhetsavdelingen i Helse Bergen ved behov. Helseforetaket har et ambulant sikkerhetsteam. Opptaksområdet er tidligere Sogn og Fjordane fylke, med unntak av Gulen kommune.

### 2.1.3. Helse Midt-Norge

**Helse Møre og Romsdal** har Avdeling for sjukehuspsykiatri med **Seksjon Lokal sikkerhetspsykiatri HMR** i Ålesund med seks døgnplasser. Opptaksområdet er Møre og Romsdal fylke.

**St. Olavs Hospital** har **Avdeling Brøset** med to regionale og en lokal sikkerhetsavdeling. De regionale enhetene, **Post A** og **Post B**, har fem døgnplasser hver og betjener Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. **St. Olavs Hospital** sin lokale sikkerhetsenhet, **Post C**, har seks døgnplasser. Opptaksområdet for regionsfunksjonen er fylkene Møre og Romsdal og Trøndelag. Dersom Brøset mottar pasienter fra Helse Nord til de regionale enhetene, faller disse utenfor opptaksområdet og er gjestepasienter mot betaling. Opptaksområdet for den lokale funksjonen er tidligere Sør-Trøndelag fylke, med unntak av Osen kommune. I tillegg skal de seks lokale sikkerhetsplassene dekke behovet til Helse Nord-Trøndelag for lokale sikkerhetsplasser. I St. Olavs Hospital er også **Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Midt-Norge**.

---

<sup>1</sup> Betanien Sykehus er et privat sykehus med driftsavtale med Helse Vest, og tilbyr spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for voksne for bydeler i Bergen kommune (Fyllingsdalen og Laksevåg) med om lag 53 000 innbyggere. Sykehuset har ikke sikkerhetspsykiatriske plasser, og henviser pasienter med slikt behandlingsbehov til Helse Bergen.

**Helse Nord-Trøndelag** har ikke eget sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, og henviser pasienter ved behov til Regional sikkerhetsavdeling ved St. Olavs Hospital. Opptaksområdet er tidligere Nord-Trøndelag fylke, Osen kommune i tidligere Sør-Trøndelag og Bindal kommune i Nordland fylke.

#### 2.1.4. Helse Nord

**Helgelandssykehuset** har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, og henviser pasienter med denne problematikken til Nordlandssykehuset. Opptaksområdet er Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana i Nordland fylke.

**Nordlandssykehuset** har Spesialpsykiatrisk avdeling med **Sikkerhetsenheten** på Rønvik med 15 døgnplasser. Opptaksområdet er Salten, Lofoten og Vesterålen i Nordland fylke. I tillegg skal Nordlandssykehuset dekke behovet til Helgelandsykehuset for lokale sikkerhetsplasser. Seks kommuner i Ofoten i nordre Nordland søker til Universitetssykehuset Nord-Norge, se under.

**Universitetssykehuset i Nord-Norge** har **Seksjon for sikkerhetspsykiatri** med to enheter på Åsgård; **Sikkerhetspsykiatri Døgnbehandling** med syv lukkede døgnplasser, og **Sikkerhetspsykiatri Rehabilitering** med syv døgnplasser og tre treningsleiligheter tilknyttet enheten. I tillegg skal Universitetssykehuset i Nord-Norge dekke behovet til Finnmarkssykehuset for lokale sikkerhetsplasser. Opptaksområdet er de tidligere fylkene Troms og Finnmark, og seks kommuner i Ofoten i nordre Nordland. I Universitetssykehuset i Nord-Norge er også det nyopprettede **Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Nord**. Kompetansesenteret ble opprettet i 2018 og har per juni 2020 syv ansatte.

**Finnmarkssykehuset** har ikke sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud og henviser pasienter med denne problematikken til Universitetssykehuset Nord-Norge. Opptaksområdet er tidligere Finnmark fylke.

Tabell 1 gir en samlet oversikt over sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i norske helseforetak.

Tabell 1: Antall sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i norske helseforetak i 2005, 2008, 2015 og 2019.

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

1) Oslo universitetssykehus har til sammen 30 lokale sikkerhetspsykiatriske døgnplasser, hvorav tolv plasser disponeres av Oslo universitetssykehus, ti plasser disponeres av AHUS og åtte plasser disponeres av Lovisenberg/Diakonhjemmet.

2) (5) = Eiketun med fem hybelplasser til rehabiliteringsoppgaver. Tilbudet eksisterer fortsatt ved årsskiftet 2019/2020, men i Statusrapport 2019 anser vi ikke dette som sikkerhetsplasser, men som lokale løsninger for den aktuelle pasientgruppen.

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

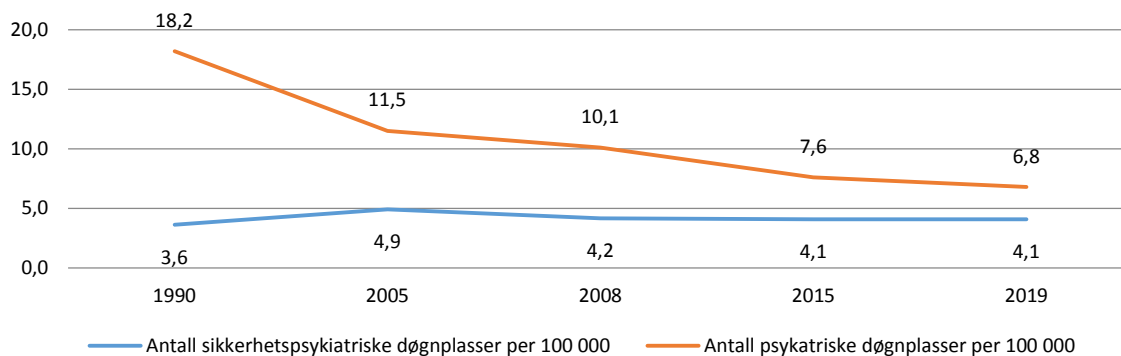
4) I mars 2007 ble den fylkesdekkende sikkerhetsavdelingen ved Haukeland universitetssykehus (Sandviken) i Bergen (ti plasser) midlertidig stengt, og en midlertidig avlastningspost med fem plasser ble opprettet ved Valen sjukehus, Helse Fonna, for å dekke behovet for fylkesdekkende døgnplasser i tidligere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

5) Åtte sikkerhetsplasser på Hjelset og ti «skjermingsplasser» i Ålesund. De ti plassene i Ålesund ble etter hvert «forsterket rehabilitering», og siden sikkerhetsplasser. De åtte sikkerhetsplassene på Hjelset ble lagt ned.

## 2.2. Behandlingskapasitet

Fra tiden etter nedleggelse av Reitgjerdet (1987) og frem til i dag, har antall døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien ligget på et nivå mellom 3,6 og 4,9 per 100 000 innbygger. Etter en reduksjon i perioden 2005–2008, har antall døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien per 100 000 innbygger vært relativt stabilt gjennom de tolv siste årene. Samtidig har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet som en helhet blitt redusert fra 7745 i 1990 til 3649 i 2019 (www.ssb.no, tabell 06922), og fra 18,2 døgnplasser per 100 000 innbygger i 1990 til 6,8 i 2019, se Figur 1. Reduksjonen i antall døgnplasser gjelder med andre ord for døgnplasser i allmennpsykiatrien. Dette har skjedd samtidig med Opptappingsplanen for psykisk helse (1998–2006), som hadde som mål å sikre hele befolkningen nødvendig tilgang til helsetjenester, uavhengig av alder, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn, økonomi og geografiske forhold. I perioden er bruken av institusjonspsykiatri med døgninnleggelse ved de store helseforetakene redusert, og det gjort en forskyvning av plassene i det psykiske helsevernet, hvor tilbudet er desentralisert og det polikliniske tilbudet styrket. Opptappingsplanens mål var å gå fra 6280 døgnplasser i 1996 til 6565 i 2006. Det reelle tallet i 2006 var på 4990, en nedgang på 1290 døgnplasser. (Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009))

Figur 1: Antall døgnplasser per 100 000 innbyggere i norsk psykiatri 1990-2019



Kapasiteten for døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien var i 1990 på 155 døgnplasser. I 2019 var antallet økt til 220. Se Tabell 2 for utviklingen av antall regionale og lokale sikkerhetsplasser i perioden 1980 til 2019.

Tabell 2: Utvikling av kapasitet i sikkerhetspsykiatrien fra nedleggelse av Reitgjerdet til 2019

År	Reitgjerdet 1980	1990	2005	2008	2015	2019
Befolkning <sup>(1)</sup>	4 078 900	4 247 546	4 640 219	4 799 252	5 213 985	5 365 194
Regionale døgnplasser		53 (1,2)	54 (1,2)	36 (0,8)	40 (0,8)	42 (0,8)
Lokale døgnplasser		102 (2,4)	175 (3,8)	165 (3,4)	174 (3,3)	178 (3,3)
Totalt antall døgnplasser	Normert: 220 (5,4) <sup>(2)</sup> I bruk: 88 (2,2)	155 (3,6)	229 (4,9)	201 (4,2)	214 (4,1)	220 (4,1)

1) Befolkningstallene er hentet fra SSB

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

I 2019 var dekningsgraden for sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i Norge på 4,1 per 100 000 innbyggere. Det er stor variasjon i dekningsgraden mellom helseforetakene som har sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, med en spredning på fra 1,3 til 7,0 døgnplasser per 100 000 innbyggere. Se Tabell 3 for befolkning og dekningsstall for døgnkapasitet for de ulike helseforetakene og helseregionene.

Tabell 3: Kapasitet døgnplasser sikkerhetspsykiatri 2019

Helseforetak	Befolkning <sup>(1)</sup>	Døgnplasser	Døgnplasser per 100 000
<b>TOTALT ANTALL REGIONALE OG LOKALE DØGNPLASSER</b>	5 365 194	220	4,1
<b>REGIONALE DØGNPLASSER</b>			
Helse Sør-Øst	3 030 284	22	0,7
Helse Vest	1 116 423	10	0,9
Helse Midt-Norge	735 366	10	0,8
Helse Nord <sup>(2)</sup>	483 121		
<b>TOTALT ANTALL REGIONALE DØGNPLASSER</b>	5 365 194	42	0,8
<b>LOKALE DØGNPLASSER</b>			
Oslo universitetssykehus	274 779 <sup>(3)</sup>	12 <sup>(4)</sup>	4,4
Akershus universitetssykehus	577 604	18 <sup>(5)</sup>	3,1
Lovisenberg/Diakonhjemmet	305 505	8 <sup>(6)</sup>	2,6
Sykehuset Innlandet	338 965	13	3,8
Sykehuset Telemark	173 355	9	5,2
Sykehuset Vestfold	236 007	10	4,2
Sykehuset Østfold	318 154	16	5,0
Sørlandet sykehus	307 231	10	3,3
Vestre Viken	498 684	12	2,4
Helse Sør-Øst	3 030 284	108	3,6
Helse Bergen	459 636	8	1,7
Helse Fonna	179 559	11	6,1
Helse Førde	106 107	0	0
Helse Stavanger	371 121	10	2,7
Helse Vest	1 116 423	29	2,6
Helse Møre og Romsdal	266 801	6	2,2
St. Olavs hospital	331 935	6	1,3 <sup>(7)</sup>
Helse Nord Trøndelag	136 630 <sup>(7)</sup>	- <sup>(8)</sup>	-
Helse Midt-Norge	735 366	12	1,6
Helgelandssykehuset	75 492 <sup>(9)</sup>	- <sup>(10)</sup>	-
Nordlandssykehuset	138 068	15	7,0 <sup>(9)</sup>
Universitetssykehuset Nord-Norge	194 089	14	5,2 <sup>(11)</sup>
Finnmarkssykehuset	75 472 <sup>(11)</sup>	- <sup>(12)</sup>	-
Helse Nord	483 121	29	6,0
<b>TOTALT ANTALL LOKALE DØGNPLASSER</b>	5 365 194	178	3,3

1) Kilde: SSB. Befolkningsstatistikk per 31.12.2019, se vedlegg. UFB i Oslo kommune (n=2386) er ikke iberegnet i befolkningsgrunnlaget.

2) Helseforetak i Helse Nord henviser pasienter til regionale døgnplasser ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge ved behov.

3) Befolkningsgrunnlag for lokalsykehusfunksjoner

4) Oslo universitetssykehus har til sammen 30 lokale sikkerhetspsykiatriske døgnplasser hvorav tolv plasser disponeres av Oslo universitetssykehus, ti plasser disponeres av AHUS og åtte plasser disponeres av Lovisenberg/Diakonhjemmet.

5) Akershus universitetssykehus har åtte døgnplasser og benytter i tillegg ti døgnplasser ved Oslo universitetssykehus på Gaustad, dvs 18 plasser totalt

6) Lovisenberg/Diakonhjemmet benytter åtte plasser ved Oslo universitetssykehus på Gaustad

7) opptaksområde for Helse Nord-Trøndelag innberegnes i befolkningsgrunnlaget for St. Olavs Hospital, når antall plasser per 100 000 regnes ut

8) henviser sikkerhetspsykiatriske pasienter til St. Olavs Hospital

9) opptaksområde for Helgelandssykehuset innberegnes i befolkningsgrunnlaget for Nordlandssykehuset, når antall plasser per 100 000 regnes ut

10) henviser sikkerhetspsykiatriske pasienter til Nordlandssykehuset

11) opptaksområde for Finnmarkssykehuset innberegnes i befolkningsgrunnlaget for Universitetssykehuset Nord-Norge, når antall plasser per 100 000 regnes ut

12) henviser sikkerhetspsykiatriske pasienter til Universitetssykehuset Nord-Norge



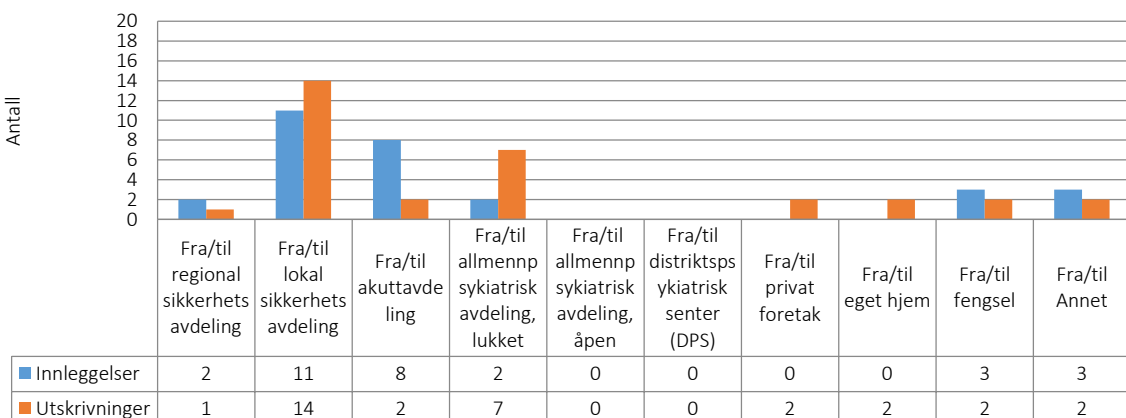
### 2.2.1. Planlagte fremtidige endringer

Av de 25 enhetene i undersøkelsen, opplyste tolv at de har aktuelle planer for omstilling, endring av kapasitet eller lignende. Avdelingene ved St. Olavs Hospital og Akershus universitetssykehus skal inn i nybygg, hhv i 2021 og 2025/26. Sørlandet sykehus og Sykehuset Telemark planlegger oppstart/utvidelse av poliklinisk virksomhet. Ved Sykehuset Østfold planlegges felles ledelse for de to sikkerhetsenhetene. Helse Nord RHF skal i 2020 etablere fem regionale plasser; tre ved Universitetssykehuset i Nord-Norge og to ved Nordlandssykehuset. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge vil økning i antall døgnplasser medføre etablering av ytterligere en enhet, med tre regionale døgnplasser og to lokale døgnplasser. Dagens enheter vil da redusere til seks døgnplasser hver. Nytt totalantall i Universitetssykehuset Nord-Norge vil bli 15 døgnplasser; tolv lokale og tre regionale. Nordlandssykehuset skal etablere to regionale døgnplasser, og reduserer samtidig med tre lokale døgnplasser. Nytt totalantall ved Nordlandssykehuset vil bli 14 døgnplasser; 12 lokale og 2 regionale. I Helse Førde har det vist seg at det ikke er tilstrekkelig å kunne anvende to sikkerhetsplasser ved sikkerhetsavdelingen i Helse Bergen, og Helse Førde har gjennom de siste årene hatt behov for å leie sikkerhetsplasser også i andre helseforetak. I 2019 leide helseforetaket i en periode fire plasser ved tre ulike lokale sikkerhetsavdelinger. Helse Førde vil derfor i løpet av 2021 opprette en psykose- og sikkerhetspost med tre sikkerhetsplasser.

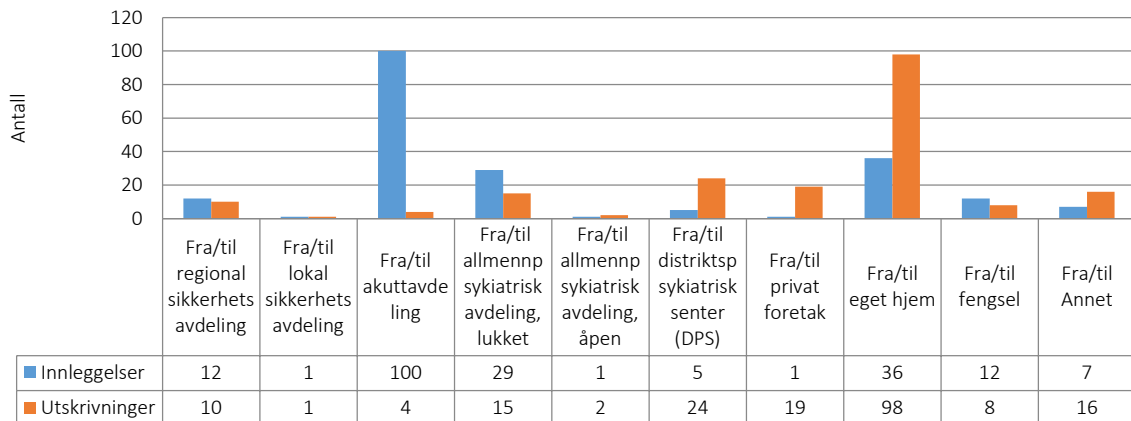
### 2.3. Behandlingsforløp

Det er innrapportert at sikkerhetsavdelingene i løpet av driftsåret 2019 mottok tilsammen 233 pasienter til innleggelse. Av disse var 29 til regionalt nivå og 204 til lokalt nivå, se Figur 2 og Figur 3. Tre enheter har vi ikke data fra. Det har vist seg svært vanskelig å innhente informasjon om antall henvisninger og avslag på disse. Dette av to årsaker; For det første har noen avdelinger mangelfulle systemer for slik oversikt. For det andre er det ulikheter i helseforetakene på hvordan henvisninger defineres. I mange helseforetak anses overflyttinger av pasienter mellom psykiatriske avdelinger i samme sykehus som internoverføringer. Disse genererer ikke formelle henvisninger, og registreres heller ikke. Vi har dermed ingen sikre tall på et eventuelt misforhold mellom tilbud og etterspørsel. De fleste avdelinger som oppga tall på henvisninger, rapporterer om anslagsvis 0-20 henvisninger i 2019.

Figur 2: Innleggelser og utskrivninger fra regionale sikkerhetsavdelinger 2019  
(Innleggelser n=29, utskrivninger n=32)



Figur 3: Innleggelser og utskrivinger fra lokale sikkerhetsavdelinger 2019  
(Innleggelser n=204, utskrivinger n=197)



Det er noe diskrepans mellom de innrapporterte tallene på innleggelser og utskrivinger mellom regionalt og lokalt nivå. Dette kan trolig forklares med mangelfull oversikt hos helseforetakene, ulik organisering, og at noen overføringer mellom regionalt og lokalt nivå, regnes som internoverføringer. Likevel er det grunn til å tro at de innrapporterte tallene gir et relativt realistisk bilde på pasientflyten mellom regionalt og lokalt nivå. Om lag 50 % av utskrivingene fra regionalt nivå, går til lokale sikkerhetsavdelinger. Dette utgjør om lag 5 % av alle innleggelsene i lokale sikkerhetsavdelinger.

Den største andelen av innleggelsene i sikkerhetspsykiatrien er fra akuttpsykiatriske avdelinger; om lag 30 % av innleggelsene til regionale avdelinger og 50 % til lokale avdelinger kommer fra akuttpsykiatrien. Om lag 50 % av alle utskrivingene fra lokalt nivå går til hjemmet. Det er særlig to helseforetak som hyppig skriver ut til hjemmet; Helse Fonna og Sykehuset Østfold, med 54 av 98 utskrivinger til hjemmet. Ofte vil oppfølging i hjemmet gjøres via et DPS. Det er derfor mulig at flere av de innrapporterte utskrivingene til hjemmet, også skulle vært registrert som utskrivinger til DPS. Alternativt følges pasientene opp ambulant fra sikkerhetsavdelingene.

Mangelfull registrering av henvisninger, medfører mangelfull oversikt over ventetid. Kun halvparten av landets sikkerhetsavdelinger har kunnet oppgi informasjon om ventetid. De innrapporterte data viser at ventetiden for innleggelse i regionale sikkerhetsavdelinger varierer fra null til 411 dager, og for lokale sikkerhetsavdelinger fra null til 199 dager. Den største andelen av avdelingene rapporterer om null dager til tre uker som korteste ventetid i 2019. Når det gjelder lengste ventetid i 2019 er det svært varierende, fra en måned til flere måneder og år.

De regionale avdelingene rapporterer om en gjennomsnittlig beleggprosent på 58 % i Helse Sør-Øst, 70 % i Helse Vest og 75 % i Helse Midt-Norge. Gjennomsnittlig beleggprosent i 2019 for de lokale avdelingene varierer fra 84 % til 147 %. Avdelingene med lavest beleggprosent har bl.a. ledig beredskapskapasitet for hasteinnleggelser, men også tidvis krevende pasienter som medfører så store ressurser, at det er nødvendig å redusere på øvrig aktivitet. Avdelingen med høyest beleggprosent følger opp et stort antall pasienter som bor utenfor sykehusområdet, men som formelt er innlagt i døgnenheten.

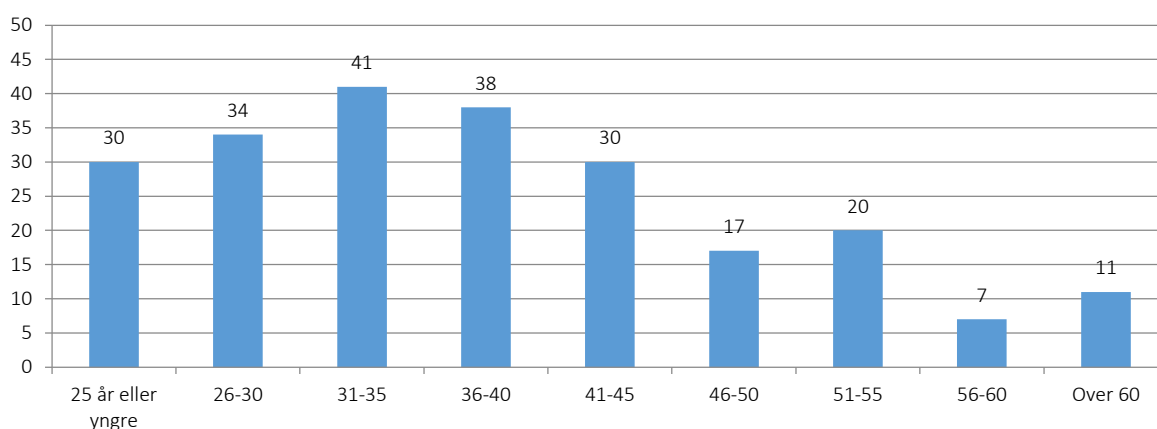
Gjennomsnittlig behandlingstid i enhetene for pågående behandlingsopphold varierte fra fem måneder til 4,5 år. Korteste behandlingstid var ett døgn. Lengste behandlingstid rapporteres å være så mye som over 20 år.

## 2.4. Pasientpopulasjon

Faglig ansvarlige for pasienter innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger per 31.12.2019 har levert inn data på 229 pasienter, hvorav 38 pasienter er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgntilrettelagt behandling. Dette betyr at vi har fått inn data på 191 pasienter innlagt i døgntilrettelagt behandling. Dette viser igjen at sikkerhetspsykiatrien følger opp langt flere pasienter enn antall døgnplasser tilsier.

Av de 229 innrapporterte pasientene er det 33 kvinner (14,4 %) og 196 menn (85,6 %). Pasientene fordeler seg jevnt aldersmessig, med den største andelen mellom 31 og 35 år, se Figur 4. 30 pasienter (13,1 %) er 25 år eller yngre, og elleve pasienter (4,8 %) er over 60 år. Av de 30 pasientene som er 25 år eller yngre, er 1/4 kvinner. Andelen kvinner er større i denne aldersgruppen enn i pasientpopulasjonen som en helhet. Fire pasienter var under 18 år.

Figur 4: Aldersfordeling (n=229)



1) «25 år eller yngre» inkluderer også pasienter under 18 år.

### 2.4.1. Juridisk grunnlag for innleggelse

Av de 229 innrapporterte pasientene var totalt 119 pasienter (52 %) underlagt tvungent psykisk helsevern etter sivilrettslig grunnlag i psykisk helsevernloven § 3-3. Av disse var 81 pasienter (35,4 %) underlagt tvungent psykisk helsevern med døgntilrettelagt opphold, og 38 pasienter (16,6 %) underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgntilrettelagt opphold.

Totalt 87 pasienter (38 %) var innlagt etter strafferettslige grunnlag. Av disse var 84 pasienter (36,7 %) underlagt dom til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62, mens tre pasienter var innlagt på varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188. Av de domfelte pasientene hadde den største andelen, med 73 pasienter (31,9 %), tidsubestemt dom, mens elleve pasienter (4,8 %) var underlagt tidsbestemt dom, se også kapittel 2.5.1.

Øvrige innleggelser (10 %) var i all hovedsak frivillige (jf phvl § 2-1). Mer enn 1/4 av pasientene hadde flere enn 20 tidligere innleggelser i det psykiske helsevernet, se Tabell 4.

Tabell 4: Antall tidligere innleggelser i psykisk helsevern

	Ingen tidligere innleggelser	1-5 innleggelser	6-10 innleggelser	11-15 innleggelser	16-20 innleggelser	Flere enn 20 innleggelser
Tidligere innleggelser i psykisk helsevern	14	58	49	28	19	61

## 2.4.2. Diagnoser

Den dominerende diagnoseprofilen er schizofreni, rusmiddelavhengighet og personlighetsforstyrrelse. Etter dette følger andre psykoselidelser (schizoaffektive lidelser, paranoid psykose m.m.) stemningslidelser, emosjonelle problemer og utviklingsforstyrrelser, se Tabell 5. 3/4 av pasientene har schizofreni som hoveddiagnose. Dette er en høyere andel enn både i 2005 og 2015, hvor den var på hhv 56,7 % og 65,3 %. Andelen pasienter med personlighetsforstyrrelse som hoveddiagnose har i samme periode gått ned. Andel pasienter med øvrige hoveddiagnoser har vært relativt stabilt.

Tabell 5: Hoveddiagnose 2015 og 2019

Hoveddiagnose	Antall 2015	%-andel 2015	Antall 2019	%-andel 2019
F10-19 Rusmiddelmisbruk / avhengighet	5 <sup>(1)</sup>	2,0 %	3 <sup>(2)</sup>	1,3 %
F20 Schizofreni	162	65,3 %	171	74,7 %
F21 Schizotyp lidelse	2	0,8 %	1	0,4 %
F22 Paranoid psykose	17	6,9 %	8	3,5 %
F23 Akutte og forbigående psykoser	-	-	1	0,4 %
F25 Schizoaffektiv lidelse	13	5,2 %	17	7,4 %
F28-F29 Ikke-organisk psykose	3	1,2 %	2	0,9 %
F30-F39 Affektive lidelser	9	3,6 %	8	3,5 %
F40-F49 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	5	2,0 %	1	0,4 %
F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser	11	4,4 %	9	3,9 %
F70-F79 Lett psykisk utviklingshemming	0	-	2	0,9 %
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	7	2,8 %	4	1,7 %
Annet	14 <sup>(3)</sup>	5,6 %	2	0,9 %
	248		229	

1) Hvorav fire pasienter med dys sosial personlighetsforstyrrelse som tilleggsdiagnose

2) Hvorav to pasienter med bipolar lidelse, dys sosial personlighetsforstyrrelse og hyperkinetiske forstyrrelser som tilleggsdiagnoser

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

Pasientene i sikkerhetspsykiatrien har ofte flere enn én psykiatrisk diagnose. Av de 229 innrapporterte pasientene var 152 (66,4 %) oppgitt med en, to eller flere tilleggsdiagnoser. Av de 171 pasientene med schizofrenidiagnose hadde 115 pasienter en eller flere tilleggsdiagnoser, se Tabell 6. Den vanligste kombinasjonen er schizofreni samtidig med rusmisbruk/avhengighet, som gjelder for om lag 50 % av pasientene med schizofrenidiagnose. Vi ser at andelen pasienter med schizofreni som hoveddiagnose og med rusmisbruk som tilleggsdiagnoser, har økt fra 2015 til 2019. Vi ser også en økning i «andre» tilleggsdiagnoser.

Av de 229 innrapporterte pasientene, hadde 58 andre hoveddiagnoser enn schizofreni. Av disse har tre personer rusmisbruk som hoveddiagnose. Av de 55 pasientene som har andre hoveddiagnoser enn schizofreni og rusmisbruk, har om lag 30 % rusmisbruk som tilleggsdiagnose. Vi ser med andre ord at om lag 2/3 av pasientene med hoveddiagnosen schizofreni har rusmisbruk som tilleggsdiagnose, mens dette kun gjelder for om lag 1/3 av pasienter med andre hoveddiagnoser.

Tabell 6: Tilleggsdiagnoser for pasienter med schizofrenidiagnose som hoveddiagnose 2015 og 2019.

Diagnose	%-andel 2015 (n=162)	%-andel 2019 (n=171)
Rusmisbruk/avhengighet	50,0 %	57,3 % <sup>(2)</sup>
Personlighetsforstyrrelser	10,5 % <sup>(1)</sup>	14,0 %
Utviklingsforstyrrelser	2,5 %	3,5 %
Psykisk utviklingshemming	2,5 %	4,1 %
Posttraumatisk stresslidelse	0,6 %	1,2 %
Annet	1,2 %	12,8 % <sup>(3)</sup>
Ingen tilleggsdiagnose	32,7 %	32,7 %

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

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

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

GAF-S og GAF-F er mål på pasientens symptomintensitet og funksjonsnivå og måles fra 0 – 100, hvor 100 betyr minst symptomer og best fungering. For de innrapporterte pasientene varierte GAF fra 15 til 90, altså en heterogen pasientgruppe med hensyn til lidelsestrykk og fungeringsevne. Gjennomsnittlig GAF-S var på 40 og GAF-F på 39.

### 2.4.3. Vold og kriminalitet

Det er innrapportert at om lag 3/4 av pasientene har utøvd fysisk vold i institusjon, forut for den aktuelle innleggelsen. Når det gjelder trusler om fysisk vold under den aktuelle innleggelsen, rapporteres det om null til utallige hendelser i avdelingene i 2019. For 1/4 av pasientene er det rapportert om 1-10 hendelser med trusler om vold. For syv pasienter rapporteres det om 50 til 250 hendelser per pasient i 2019. Tallet er trolig underrapportert. Det er kjent i sikkerhetspsykiatrien at det for pasienter som hyppig uttrykker trusler om vold ( gjerne flere ganger per vakt), sjelden blir rapportert som mer enn en avvikshendelse<sup>2</sup> per vakt. I tillegg blir en del av truslene tolerert av de ansatte og sett på som «en del av jobben», noe som igjen fører til at det ikke meldes som avvik. Det er rapportert inn 37 hendelser hvor pasienter utøver vold mot andre pasienter. Det rapporteres om flere hundre hendelser med vold mot personalet eller andre personer. Vi har ikke eksakte tall på dette.

Mer enn 95 % av pasientene har tidligere historikk med kriminell atferd og/eller domfellelser utenfor institusjon forut for den aktuelle innleggelsen. Kriminaliteten innbefatter også hendelser som ikke er anmeldt. 77,7 % har tidligere begått voldskriminalitet, 41,0 % narkotikakriminalitet, 27,5 % vinningskriminalitet. 14,4 % har begått drap og 9,2 % har tidligere begått seksualforbrytelser. Av de 33 pasientene som har begått drap, har fem ingen tidligere innleggelse i det psykiske helsevernet, mens fire av dem har flere enn 20 innleggelse.

### 2.4.4. Selvskading og suicidalitet

Om lag 20 % av pasientene har kjent historikk med selvskading før den aktuelle innleggelsen, mens det for kun 1/4 av disse rapporteres om episoder med selvskading under innleggelsen i 2019. Det samme gjelder for suicidal atferd. To pasienter som ikke har kjent historikk med selvskading før den aktuelle innleggelsen, har skadet seg selv under det aktuelle oppholdet.

<sup>2</sup> Avvik er her definert som brudd på krav i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.

## 2.4.5. Rusmisbruk og farlige gjenstander

Respondentene oppgir at det i flere avdelinger har vært episoder med rusmisbruk, både i og utenfor avdelingene. Noen avdelinger anslår opp mot 30 episoder inne i avdelingen, og opp mot 60 episoder utenfor. De fleste avdelingene rapporterer om 0-5 episoder inne i avdelingen og 0-10 episoder utenfor enheten. Seksten avdelinger har gjort beslag av rusmidler i 2019. Tretten avdelinger har gjort beslag av farlige gjenstander inne i avdelingen, mens fem avdelinger har gjort beslag på området utenfor på avdelingens eiendom i 2019.

## 2.4.6. Øvrig

Av de 229 innrapporterte pasientene, var 21 pasienter ikke norske statsborgere. Om lag 60 % av disse er under behandling i Helse Sør-Øst. Av de 21 pasientene som ikke er norske statsborgere, har elleve oppholdstillatelse i Norge. En stor andel av pasientene (86,5 %) har kontakt med sine nærmeste pårørende. Det er oppnevnt verge for i underkant av 35 % av pasientene.

## 2.5. Innleggelse etter strafferettslig grunnlag

### 2.5.1. Gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

Det har vært en jevn økning av antall personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 62 i perioden 2002-2019. Ved årsskiftet 2019/2020 var 19 personer dømt for kriminelle handlinger av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, til tidsbestemt særreaksjon, se Tabell 7. På samme tidspunkt var det 231 personer dømt for alvorlige kriminelle handlinger som krenker andres liv, helse eller frihet, til tidsubestemt særreaksjon, se Tabell 8.

Når det gjelder personer dømt til tidsubestemt særreaksjon, var om lag 5 % av disse innlagt i regional sikkerhetsavdelinger, og 35 % i lokale sikkerhetsavdelinger. Av de 19 pasientene som var underlagt tidsbestemt særreaksjon pr. 31.12.2019 (se Tabell 7), hadde elleve vært innlagt ved, eller var fremdeles innlagt ved, en lokal sikkerhetsavdeling (tre i Helse Nord, en i Helse Midt-Norge, en i Helse Vest og seks i Helse Sør-Øst). De åtte andre hadde vært/var innlagt ved allmennpsykiatriske avdelinger eller DPS. Ingen av de domfelte til tidsbestemt særreaksjon har vært innlagt på regionalt nivå.

Tabell 7: Utvikling – totalt antall dommer til tidsbestemt tvungent psykisk helsevern\*

År	Nye dommer	Opphør	Aktive per. 31.desember 2016-2019
2016	0	0	0
2017	5	0	5
2018	8	0	13
2019	6	0	19

\*Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, Oslo universitetssykehus HF.

Tabell 8: Utvikling - totalt antall dommer til tidsubestemt tvungent psykisk helsevern\*.

År	Nye dommer	Opphør	Aktive per. 31. desember 2002-2019
2002	16	1	15
2003	16	0	31
2004	18	0	49
2005	18	5	62
2006	9	4	67
2007	14	5	76
2008	13	13	76
2009	17	4	89
2010	22	8	103
2011	18	6	115
2012	24	5	134
2013	18	9	143
2014	24	10	157
2015	19	5	171
2016	19	9	181
2017	33	15	199
2018	31	16	214
2019	34	17	231

\*Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, Oslo universitetssykehus HF.

I underkant av 30 % av de regionale- og 50 % av de lokale døgnplassene i sikkerhetspsykiatrien var belagt av domfelte pasienter, se Tabell 9. Alle de domfelte pasientene på regionalt nivå var underlagt behandling med døgnopphold. Av de domfelte på lokalt nivå, var 5-10 pasienter underlagt behandling uten døgnopphold. Disse tok i så måte ikke opp psykiatriske døgnplasser, men genererer ressurser fra faglig ansvarlig og sikkerhetspsykiatrien for øvrig.

Vi ser at Nasjonal koordineringsenhet opplyser at det er flere domfelte pasienter ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge, enn ved de andre regionale avdelingene. Av organisatoriske årsaker kan det her forekomme at pasienter flyttes sømløst fra regionalt til lokalt nivå, uten at koordineringsenheten nødvendigvis underrettes og får oppdatert sitt register.

Tabell 9: Fordeling av pasienter med dom til tidsubestemt særreaksjon i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger per 31.12.2019\*

Regionalt helseforetak	Regionale døgnplasser	Antall domfelte på regionalt nivå	% av regionale døgnplasser som opptas av domfelte pasienter	Lokale døgnplasser	Antall domfelte på lokalt nivå	% av lokale døgnplasser som opptas av domfelte pasienter
Helse Sør-Øst	22	3	14 %	108	47	44 %
Helse Vest	10	0	0 %	29	13	45 %
Helse Midt-Norge	10	7	70 %	12	5	42 %
Helse Nord		0		29	14	48 %
Totalt	42	11	26 %	178	79	44 %

\*Kilde: Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern, Oslo universitetssykehus HF.

## 2.5.2. Gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner

Det er innrapportert at de regionale avdelingene mottok 31 henvisninger i 2019, og de lokale avdelingene ni henvisninger, totalt 40 henvisninger til judisielle døgnobservasjoner etter straffeprosessloven § 167. Flere avdelinger rapporterer om at mange henvendelser avvises per telefon, grunnet kapasitetsproblemer, og at henvendelsene aldri registreres som formelle henvisninger. Noen avdelinger har ikke tall på antall henvisninger, men rapporterer å ha gjennomført flere observasjoner. Det er derfor grunn til å tro at etterspørselen er langt større enn antall henvisninger som er innrapportert her. I 2019 ble det gjennomført 21 judisielle døgnobservasjoner i de tre regionale avdelingene. Av disse ble 17 (80 %) gjennomført på Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge.

Det har i perioden 2015-2019 blitt gjennomført 96 judisielle døgnobservasjoner ved landets tre regionale sikkerhetsavdelinger. Av disse er 65 % gjennomført ved Regional sikkerhetsseksjon Helse Midt-Norge, se Tabell 10. Helse Sør-Øst har 56 % av befolkningen i sitt opptaksområde, men har kun gjennomført 21 % av de judisielle døgnobservasjonene som er gjort på regionalt nivå.

Tabell 10: Antall gjennomførte judisielle døgnobservasjoner i regionale sikkerhetsavdelinger 2015-2019

Regional sikkerhetsavdeling	2015	2016	2017	2018	2019	Totalt
RSA Helse Sør-Øst (Dikemark)	3	3	6	6	2	20
RSA Helse Vest (Sandviken)	1	1	4	5	3	14
RSA Helse Midt-Norge (Brøset)	5	15	13	12	17	62
Totalt	9	19	23	23	22	96

Det er gjennomført tolv observasjoner i lokale sikkerhetsavdelinger, syv av disse i Helse Nord, og fem i Helse Sør-Øst. Observasjonstiden varierer fra fire til tolv uker. Det er ingen forskjell på observasjonstid i de regionale og de lokale enhetene. Samtlige av de regionale avdelingene og åtte lokale avdelinger oppgir å ha utarbeidet manualer for gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner.

## 2.5.3. Gjennomføring av varetektssurrogat

Tre av de 229 innrapporterte pasientene, var innlagt på varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 per 31.12.2019.

## 2.6. Bemanning og kompetanse

For de regionale sikkerhetsavdelingene er det innrapportert en bemanningsfaktor<sup>3</sup> med et snitt på 5:1 og spredning fra 4 - 6,6:1. For de lokale sikkerhetsavdelingene er det innrapportert en bemanningsfaktor med et snitt på 3,1:1 og spredning fra 2,36 – 4,1:1. Seks enheter har vi ikke data fra.

### 2.6.1. Årsverk

De regionale avdelingene hadde totalt 290,75 årsverk, et snitt på 48,5 årsverk per enhet (n=6). De lokale avdelingene hadde totalt 697,78 årsverk, et snitt på 36,7 årsverk per enhet (n=19).

<sup>3</sup> Antall ansatte i turnus per pasient per døgn.



### 2.6.1.1. Årsverk i regionale sikkerhetsavdelinger

Ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge er ikke spesialistene ansatt i de ulike døgnetene, men ligger samlet under avdelingsleder. Det samme gjelder for sosionomer og ergoterapeuter. Totalt er det seks årsverk for overleger, to årsverk for LIS-leger, fire årsverk for psykologspesialister og to årsverk for psykologer ved avdelingen. Ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest er det 1,5 årsverk for leger og ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst er det en overlege per døgnet og en LIS-lege, totalt fire årsverk. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest har 1,25 årsverk for psykologer, mens Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst har tre årsverk for psykologspesialister.

Sykepleiere og spesialsykepleiere utgjør henholdsvis 41,5 og 63,8 årsverk, et snitt på 6,91 (spredning 2-16,5) og 10,63 (spredning 2,4-17) årsverk per enhet. Vernepleiere og spesialvernepleiere utgjør henholdsvis 25,5 og tre årsverk, et snitt på 4,25 (spredning 0-12) og 0,5 (spredning 0-3) årsverk per enhet. Øvrige helsepersonell utgjør 108,33 årsverk, et snitt på 18,05 årsverk per enhet.

Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge disponerer ett årsverk for sosionomer og tre årsverk for ergoterapeuter. Ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest er det 0,5 årsverk for sosionomer og 0,5 årsverk for ergoterapeuter. Ved Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst er det tre årsverk for sosionomer, 0,5 årsverk for fysioterapeuter og ett årsverk for ergoterapeuter.

I tillegg kommer årsverk innen ledelse, administrativt og merkantilt personale. Vi har ikke innhentet data som kan gi en eksakt oversikt innen disse kategoriene eller fordelingen på hele og delte stillinger.

### 2.6.1.2. Årsverk i lokale sikkerhetsavdelinger

Gjennomsnittlig lege- og overlegedekning er 1,7 årsverk per enhet (spredning 0,5-2). Gjennomsnittlig psykolog- og psykologspesialistdekning er på 1,1 årsverk per enhet (spredning 0-3).

Sykepleiere og spesialsykepleier utgjør henholdsvis 146,40 og 135,49 årsverk, et snitt på 7,7 (spredning 2,5-18) og 7,1 (spredning 2-19) årsverk per enhet. Vernepleiere og spesialvernepleiere utgjør henholdsvis 59,25 og 28 årsverk, et snitt på 3,1 (spredning 0-8,6) og 1,5 (spredning 0-6) årsverk per enhet. Øvrige helsepersonell utgjør 202,93 årsverk, et snitt på 10,68 årsverk per enhet.

Tolv av 19 enheter har ansatt sosionom i halv eller hel stilling. Tre enheter har fysioterapeut i halv eller hel stilling, og en låner 0,5 årsverk fysioterapeut fra en annen avdeling. Åtte av 19 enheter har en eller to ergoterapeutstillinger.

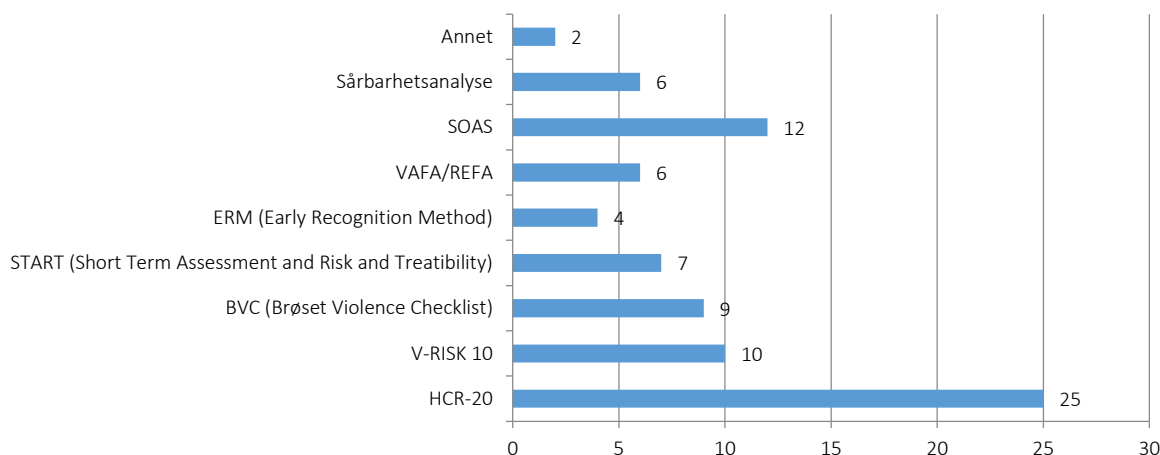
45,21 årsverk (2,3 årsverk per enhet) faller ikke under ovennevnte kategorier, og det vil være naturlig og anta at disse årsverkene bl.a. dekker ledelse, administrativt og merkantilt personale. Vi har ikke innhentet data som kan gi en eksakt oversikt innen disse kategoriene eller fordelingen på hele og delte stillinger.

## 2.6.2. Kompetanse på diagnostikk og utredningsverktøy

På spørsmål om avdelingene, i tillegg til kliniske vurderinger, benytter strukturert metodikk/utredningsverktøy som fast rutine, svarer to enheter nei. De andre enhetene opplyser å bruke bl.a. MINI +, PANSS, SCID 1, SCID 2, WAIS, DUDIT, AUDIT og PCL som fast rutine. 16 enheter har opplyst at de supplerer med tilleggsundersøkelser på indikasjon. På spørsmål om avdelingene har tilfredsstillende rekruttering av spesialkompetanse for utredning og behandling av målgruppepasienter, svarte en regional og seks lokale enheter nei.

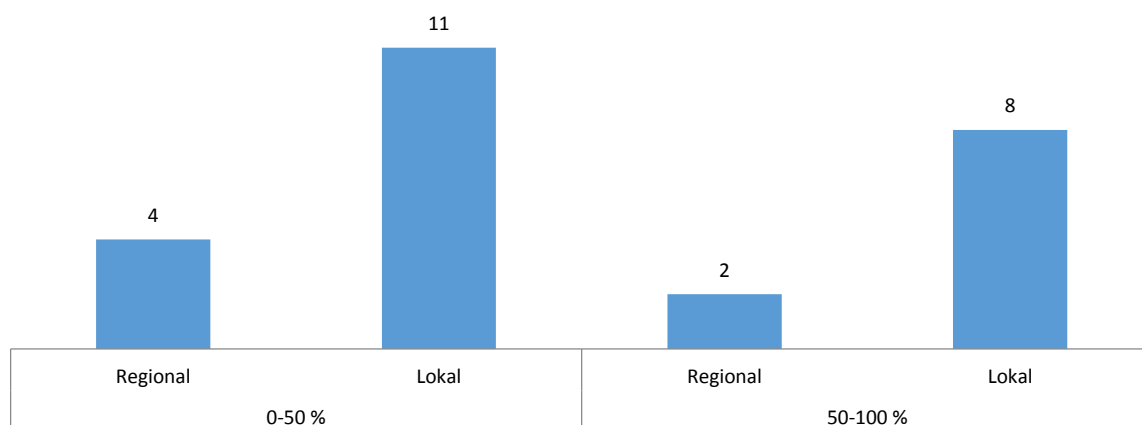
Alle avdelingene benytter rutinemessig faste utredningsstandarder for voldsrisikovurdering, og alle bruker utredningsverktøyet HCR-20 for å utrede voldsrisiko. I tillegg benyttes en rekke tilleggsinstrumenter, enten som fast standard eller på indikasjon, se Figur 5. På spørsmål om avdelingene har tilstrekkelig kompetanse for voldsrisikohåndtering av målgruppepasienter, svarte to av 25 enheter nei.

Figur 5: Antall sikkerhetspsykiatriske enheter som bruker standardiserte utredningsverktøy for voldsrisiko. (n=25)



VIVO I og II er en tverrfaglig videreutdanning i behandling og risikohåndtering av vold hos mennesker med psykiske lidelser, som tilbys ved Høyskolen i Molde. Fra 2003 har om lag 1800 helsepersonell gjennomført VIVO I, og fra 2007 har om lag 1300 helsepersonell gjennomført VIVO II (tall fra Høyskolen i Molde). Figur 6 viser andelen av ansatte i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger som har tatt videreutdanning i VIVO I og VIVO II. Vi ser at andelen ansatte med slik videreutdanning relativt sett er større i de lokale avdelingene. Førtito prosent av de lokale avdelingene svarer at mer enn 50 % av deres ansatte har videreutdanning VIVO I og II. Det samme gjelder for 33 % av de regionale avdelingene.

Figur 6: Andel ansatte i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger med kompetanse i VIVO I og VIVO II.

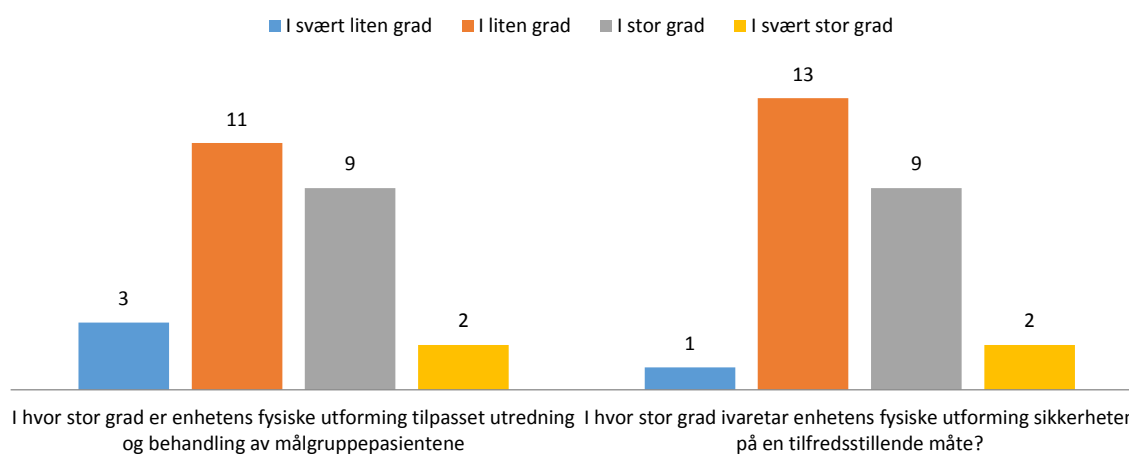


Samtlige avdelinger opplyser at de har faste opplæringsrutiner for nyansatte, og rutiner for undervisning for andre ansatte. Tretten enheter sier at de i 2019 har deltatt i ulike forskningsprosjekter og tre har deltatt i publisering av vitenskapelige artikler.

## 2.7. Bygningsmessige forhold

På spørsmål om bygningsmessige forhold svarer om lag halvparten av respondentene at avdelingens bygningsmessige utforming i liten eller i svært liten grad er tilpasset utredning og behandling av målgruppepasienter, samt ivaretagelse av sikkerheten på en tilfredsstillende måte, se Figur 7. Respondentene beskriver at bygningsmassen er gammel og nedslitt, og flere ønsker seg nytt bygg eller rehabilitering og oppgradering av eksisterende bygg. Det nevnes behov for flere og bedre skjermingskapasitet, bedre perimetersikkerhet og adgangskontroll, luftegårder og skjermede uteområder. Det påpekes at uegnede lokaler, med eksempelvis trange trappehus, smale korridorer og dødsoner, er en sikkerhetsrisikofaktor som krever ekstra personalressurser. Noen påpeker at gammelt inventar som radiatorer, dørklinker, gamle vinduer og dører m.m. er et risikomoment for suicidalitet og rømning. Det nevnes også behov for bedre sanitærforhold for pasientene, da flere av pasientrommene ikke har eget bad/wc.

Figur 7: Regionale og lokale sikkerhetsavdelingers egnethet mht fysisk utforming (n=25)



To enheter oppgir å ha isolat. 23 enheter oppgir å ha 1-6 skjermingsplasser. En enhet skriver at den mest alvorlige kapasitetsutfordringen er knyttet til mangel på skjermingsplasser.

Ti enheter oppgir å ha hatt 1-10 rømninger fra avdelingen, fra eiendommen eller ifm utganger i 2019. Tolv enheter oppgir å ha hatt 1-10 uteblivelser fra permisjoner i 2019. Flere enheter oppgir å ikke ha et system for registrering av rømning og uteblivelser.

## 3. DISKUSJON

Basert på de innrapporterte data, er det fire områder det er naturlig å se nærmere på; 1) organisering og behandlingsskapasitet, 2) pasientpopulasjonen, 3) bemanning og kompetanse og 4) bygningsmessige forhold.

### 3.1. Organisering og behandlingsskapasitet

Det er i løpet av de neste to årene planlagt å etablere ytterligere fem regionale døgnplasser i Helse Nord (samtidig fjernes fem lokale døgnplasser) og tre lokale døgnplasser i Helse Førde. Landets totale antall

sikkerhetspsykiatriske døgnplasser vil, etter planene, i løpet av 2021 være på 223 døgnplasser; 47 på regionalt nivå og 176 på lokalt nivå.

Tilbakemeldingene fra helseforetakene indikerer at flere har mangelfulle systemer for registrering av henvisninger, innleggelse og utskrivninger. Det er derfor vanskelig å si noe om at antall døgnplasser i norsk sikkerhetspsykiatri er tilstrekkelig, sett opp mot behovet og etterspørselen.

Behandlingskapasiteten i sikkerhetspsykiatrien har vært diskutert siden før nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus, og har blitt behandlet i utvalgsarbeider, rapporter, stortingsmelding, fagartikler og i media. Reitgjerdet sykehus ble etablert i 1923 og normert for 260 døgnplasser, senere 220 døgnplasser. Fra starten av 1970-tallet ble belegget betraktelig redusert, fra 223 pasienter i 1970 til 88 pasienter i 1980. Pasientene ble tilbakeført til hjemfylkene, som måtte etablere lokale eller regionale sikkerhetspsykiatriske institusjoner. Basert på grundige pasienttelling i 1980 anbefalte Robak-utvalget at det måtte etableres 5-6 sikkerhetspsykiatriske sengeplasser per 100 000 innbyggere. Forutsetning for dette måltallet var at det måtte være tilstrekkelig kapasitet i de allmenpsykiatriske døgnavdelingene for øvrig.

Fra Robak-utvalget gjorde sin undersøkelse i 1980 og frem til i dag, har antall døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien per 100 000 innbygger blitt redusert fra 5,4 til 4,1. Dette til tross for at Reitgjerdet, ved dens nedleggelse i 1987, hadde 220 normerte døgnplasser, det samme antallet som de sikkerhetspsykiatriske avdelingene hadde i 2019. Antall plasser i sikkerhetspsykiatrien har med andre ord ikke blitt oppjustert i takt med befolkningsøkningen. I perioden 1990 til 2019 har også antall døgnplasser i det psykiske helsevernet totalt sett blitt redusert fra 7745 til 3649. Reduksjonen i allmenpsykiatriske plasser får konsekvenser for sikkerhetspsykiatrien, som også har fått nye oppgaver i samme periode. Robak-utvalgets anbefaling om 5-6 sikkerhetspsykiatriske døgnplasser per 100 000, er i perioden ikke nådd. Spørsmålet er om dette fortsatt er et hensiktsmessige måltall.

Det har de siste årene vært samfunnsmessige endringer i befolkningen, med økt rusmisbruk og en økning i kriminelle handlinger, herunder bl.a. i vold og trusler om vold (FHI, 2016) (SSB, 2019). De 30 siste årene har også det psykiske helsevernet endret seg betydelig, både med hensyn til organisering og behandlingstilnærming generelt. Det er stort sett enighet om at psykiatriske pasienter med voldsrisiko, enten periodevis eller mer kontinuerlig, har behov for godt bemannede døgnplasser. Nedleggelse av døgnplasser, både i sikkerhetspsykiatrien og det psykiske helsevernet for øvrig, kan medføre en risiko for et svakere tilbud til de dårligst stilte. Dette kan igjen føre til økt fare for samfunnet (Sigurjónsdóttir, M. 2009). Vi ser en endring i pasientflyten ved at pasienter fra lokale sikkerhetsavdelinger nå i større grad overføres til DPS, private institusjon eller ambulant oppfølging i eget hjem. Dette kan skyldes at det er mangel på døgnplasser i allmenpsykiatrien.

Halvparten av pasientene som legges inn i lokale sikkerhetsavdelinger kommer fra akuttpsykiatriske avdelinger, og kun 5 % kommer fra de regionale sikkerhetsavdelingene. Vi ser at om lag halvparten av alle utskrivningene fra regionalt nivå, ikke går til lokale sikkerhetsavdelinger, men til andre institusjoner med lav grad av sikkerhet. Det kan se ut som at både regionale og lokale sikkerhetsavdelinger driver uavhengige rehabiliteringsforløp for pasientgruppen. Det kan være flere årsaker til dette. Blant annet kan en årsak være at kapasiteten i de lokale sikkerhetsavdelingene er underdimensjonert. Halvparten av døgnplassene i de lokale avdelingene er belagt av domfelte pasienter, og i tillegg mottar de lokale avdelingene et høyt antall pasienter fra akuttavdelingene. Lang ventetid kan igjen føre til at oppholdet for pasienter i regionale sikkerhetsavdelinger blir lengre enn nødvendig, og at pasienten, under ventetiden, tilfriskner og kvalifiserer for overføring til et behandlingsnivå med lavere grad av sikkerhet enn ved de lokale sikkerhetsavdelingene. En annen årsak kan være at pasienten, etter stabilisering, utredning og behandling i en regional sikkerhetsavdeling, oppnår en stor grad av tilfriskning av sin psykiske ledelse, og dermed ikke har behov for opphold i en lokal sikkerhetsavdeling.

Det er store lokale variasjoner i kapasitet innenfor de regionale helseforetakene, med en spredning fra ingen lokale sikkerhetsplasser per 100 000 innbygger ved Helse Førde, til 7,0 lokale sikkerhetsplasser per 100 000 innbygger ved Nordlandssykehuset. Denne variasjonen jevner seg ut når vi ser det regionale og lokale tilbudet under ett. Likevel gir ikke dette er korrekt bilde av kapasitet, da det er uvanlig at lokale sikkerhetsavdelinger henviser eller mottar pasienter fra andre helseforetak, selv innen samme regionale helseforetak.

For de helseforetak som selv ikke har sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud, er det ulike modeller for samarbeid og betaling. Helse Førde har avtale med sikkerhetsavdelingen i Helse Bergen om å kunne henvise til 2 døgnplasser ved behov. Helse Førde må søke om innleggelse på samme måte som andre avdelinger. Pasientene anses som gjestepasienter, og Helse Bergen fakturerer Helse Førde ved bruk av disse plassene. Dersom Helse Nord-Trøndelag henviser pasienter til lokale plasser ved St. Olavs Hospital, gjøres det opp i årlig oppgjør i Helse Midt-Norge. Helgelandsykehuset og Finnmarksykehuset henviser til hhv Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge ved behov. Fordelingen av plasser i Helse Nord er regulert gjennom inntektsfordelingsmodellen som regulerer betaling og forbruk av døgnkapasitet. Når det gjelder plasser ved de lokale sikkerhetsenhetene på Gaustad i Oslo universitetssykehus, betaler Akershus universitetssykehus for sine 10 døgnplasser på Lokal sikkerhetsenhet A, fordelt på en fast del og en variabel del. Lovisenberg/Diakonhjemmet har hatt plasser på Gaustad siden enheten var del av en fylkeskommunal sikkerhetsavdeling. Budsjettrammen ved Lokal sikkerhetsenhet B regnes ut fra andelen pasienter fra disse sykehusene, og genererer ingen betaling fra Lovisenberg/Diakonhjemmet.

### **3.1.1. Innleggelser etter strafferettslig grunnlag opptar et økende antall døgnplasser**

I Norge har det psykiske helsevernet selv i utgangspunktet råderett over døgnplassene ut i fra medisinske kriterier for innleggelse og behandlingsbehov (asylsuvereniteten). Parallelt med dette er det de siste 20 årene innført nye lovverk som gir justissektoren økende myndighet til å legge inn pasienter i psykiatriske avdelinger. Det økende antall pasienter som legges inn etter domfellelse eller kjennelse, legger beslag på døgnplasser i det psykiske helsevernet i en tid hvor antall døgnplasser blir færre år for år. Dette setter hele det psykiske helsevernet, og særlig sikkerhetspsykiatrien, under press. Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet, kan oppta sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som i utgangspunktet er forbeholdt pasienter med høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. Innleggelse av pasienter via domstoler og eventuelt via kriminalomsorgen, kan gå ut over andre pasienter som klinisk sett har større behov for en døgnplass for behandling av sin psykiske lidelse.

#### **3.1.1.1. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern**

Dom til tvungent psykisk helsevern gir domstolene mulighet til å plassere domfelte personer i psykiatriske avdelinger, selv om de ikke nødvendigvis oppfyller tradisjonelle kriterier for innleggelse i det psykiske helsevernet. Ved gjennomføring av en slik særreaksjon, er det lovpålagte krav til at samfunnsvernet i særlig grad skal ivaretas. Påtalemyndigheten har bl.a. klagerett til kontrollkommisjonen på overføringsvedtak mellom avdelinger. Denne rettigheten brukes særlig i de saker hvor det planlegges overføring til lavere sikkerhets- og behandlingsnivå. Dette kan medføre at videreføring av de domfelte i noen tilfeller tar lengre tid, og at de blir værende lengre i sikkerhetspsykiatrien, enn pasienter underlagt sivil tvangslovgivning ville blitt. Domfelte pasienter opptar i dag om lag 1/4 av de regionale døgnplassene og halvparten av de lokale døgnplassene. Den økende andelen av domfelte pasienter per år, kan på sikt medføre et ytterligere press på de sikkerhetspsykiatriske døgnplassene.

#### **3.1.1.2. Varetektssurrogat**

I 2016 kom en tilføyelse til straffeprosesslovens § 188, som medfører at retten, i stedet for varetektsfengsling av en siktet person som er psykotisk og antatt straffri, kan treffe beslutning om plassering i institusjon – såkalt varetektssurrogat - uten samtykke fra den aktuelle institusjonen. Disse personene kan være i en psykisk tilstand som til vanlig ikke kvalifiserer til innleggelse i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. I rapporten *Evaluering av konsekvensene av lovendringer* av 10.01.2020 skriver evalueringsutvalget at flere helseforetak har gitt klart uttrykk for at personer innlagt på varetektssurrogat fortrenger andre pasienter. Dette både når det gjelder at

andre pasienter har blitt skrevet ut tidligere enn planlagt, og når pasienter ikke har fått innleggelse de har hatt behov for. Det er også tilbakemeldinger på at den siktede ikke har hatt behov for døgntilrettelagt, eller at andre pasienter i langt større grad har behov for den aktuelle plassen. Flere melder også om overbelegg som konsekvens av varetektssurrogatet, med bl.a. økte personalkostnader. Rapporten viser en betydelig geografisk variasjon i antall varetektssurrogat. Det er også en betydelig variasjon i varighet. Antallet innleggelse på varetektssurrogat i sikkerhetspsykiatrien i 2019 har ikke vært mange, men ved en økning i slik praksis, vil behovet for sikkerhetspsykiatriske døgnplasser kunne bli økende i årene som kommer. Eventuelt vil ytterligere døgnplasser i allmennpsykiatrien opptas av personer på varetektssurrogat, noe som også kan påvirke kapasiteten i sikkerhetspsykiatrien.

### 3.1.1.3. Judisielle døgnoobservasjoner

Etter straffeprosessloven § 167 kan retten beslutte innleggelse til undersøkelse i psykiatrisk sykehus, dersom dette er nødvendig for å bedømme siktetes sinnstilstand. Formålet med en døgnoobservasjon er å utrede psykisk tilstand hos en antatt gjerningsperson i en pågående straffesak, i samarbeid med de rettsoppnevnte sakkyndige. Det er retten som er oppdragsgiver, og innleggelse skiller seg fra ordinær pasientbehandling og følger egne retningslinjer. Innleggelse til judisiell døgnoobservasjon er ikke helsehjelp, som definert i helselovgivningen. Det har de siste årene vært en økende etterspørsel etter slike rettspsykiatriske tjenester på oppdrag fra domstolen, i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger.

I Norge finnes det ikke egne institusjoner som gjennomfører judisielle døgnoobservasjoner. Med bakgrunn i behov for kompetanse og sikkerhet gjennomføres slike observasjoner i all hovedsak i regionale sikkerhetsavdelinger. De regionale avdelingene har tidligere signalisert et ønske om at ansvaret og kompetansen for gjennomføring av judisielle døgnoobservasjoner skal ligge på regionalt nivå, av samme hensyn. De regionale sikkerhetsavdelingene gjennomførte i 2019 i alt 22 observasjoner, men det er stor forskjell på kapasiteten hos de regionale avdelingene. Regional sikkerhetsavdeling Helse Midt-Norge, som har 22,5 % av befolkningen i sitt opptaksområde, har utført 64,5 % av de judisielle døgnoobservasjonene. Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, som har 56,5 % av befolkningen, har utført 21 % av observasjonene. Regional sikkerhetsavdeling Helse Vest, som har 21 % av befolkningen, har utført 14,5 % av observasjonene. Den klare skjevfordelingen skyldes mest sannsynlig kapasitetsmangel, herunder bl.a. mangel på døgnplasser, miljøpersonell eller tilgang på kvalifiserte spesialister. Ved Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst ble det i 2019 besluttet at to døgnplasser skal dedikeres til judisielle døgnoobservasjoner. Dette vil kunne øke kapasiteten noe i tiden fremover.

Grunnet kapasitetsproblemer på regionalt nivå, særlig i Helse Sør-Øst, har det blitt lang ventetid på gjennomføring av judisielle døgnoobservasjoner. Det er heller ikke i alle tilfeller at det er nødvendig med det høyeste sikkerhetsnivået ved gjennomføring av slike observasjoner. Dette har ført til at flere lokale sikkerhetsavdelinger har begynt oppbygging av kompetanse på gjennomføring av judisielle døgnoobservasjoner. De avdelingene som har erfaring med slike gjennomføringer, vet at alle observasjoner er ulike, har ulikt kompleksitetsnivå og trenger ulik kompetanse. Det er viktig å opparbeide god kompetanse på fagområdet. Dette kan være en utfordring hvis døgnoobservasjoner fordeles på mange avdelinger. Det er naturlig å stille spørsmål ved om kompetansen på området best ivaretas ved at oppdragene fordeles på mange sikkerhetsavdelinger, både regionale og lokale, da antall oppdrag per år er relativt få.

De regionale sikkerhetsavdelingene gjorde i 2013 et arbeid for å lage felles/samsvarende nasjonale rutiner for gjennomføring av judisielle døgnoobservasjoner. Av ulike grunner, deriblant ulike datasystemer hos helseforetakene, ble ikke samarbeidet videreført. Det finnes derfor ikke en nasjonal, felles enighet om hvordan slike observasjoner skal gjennomføres og dokumenteres. Det er fortsatt uenighet rundt enkelte spørsmål, prinsipielle så vel som praktiske, og det finnes ikke et sentralt organ som kvalitetssikrer og/eller registrerer gjennomføring av judisielle døgnoobservasjoner.

### 3.1.2. Modeller for videre oppfølging av sikkerhetspsykiatriske pasienter

Det har vært et gjennomgående problem å få videreført den aktuelle pasientgruppen til behandlingsnivå med lavere grad av sikkerhet. Flere utskrivningsklare pasienter må følges opp av sikkerhetspsykiatrien, ikke bare på grunn av symptomtrykk, men også på grunn av voldsrisiko, stigmatiserende sykehistorier, medieprofilerte saker og kriminalitetshistorikk. Muligens vegrer mottagende instans seg mot å overta behandlingsansvar for pasienten, eller den opplever at nødvendige faglige og materielle ressurser for å kunne overta oppdraget ikke er til stede. Sikkerhetspsykiatriske avdelinger har derfor helt siden oppstarten på midten av 1980-tallet utviklet særegne rehabiliteringstilbud, men med store lokale forskjeller. Det er, i tillegg til døgndrift, utviklet ulike dagtilbud, ambulante og polikliniske tjenester i regi av sikkerhetspsykiatriske avdelinger. I de senere år har også private aktører bidratt til å utvide tjenestetilbudet for noen pasienter som formelt er innskrevet i den offentlige sikkerhetspsykiatriske helsetjenesten. Dette er trolig forklaringer på hvordan sikkerhetspsykiatrien har håndtert den økte etterspørselen. I andre land, for eksempel Sverige og England, er det egne behandlingsskjermer som tar sikte på at pasienten, som er innlagt i rettspsykiatriske avdelinger, til enhver tid får behandling på riktig sikkerhetsnivå. Pasientene kan gå begge veier mellom sikkerhetsnivåene, avhengig av tilstand og risikobildet hos pasienten. (Doyle et.al. 2012)

Utfordringen med sikre og faglig forsvarlige pasientoverganger er ytterligere aktualisert etter at særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern ble etablert, hvor det psykiske helsevernets samfunnsansvar ble skjerpet. I statusrapporten fra 2015 fremkommer det at 15 av 29 enheter har ambulante tilbud. I årets undersøkelse svarer tolv av 25 enheter at de har poliklinisk/ambulant tjeneste, dagplass eller lignende. For eksempel svarer Sørlandet sykehus at de ikke har avsatte ressurser, men likevel gjør mye ambulant. På spørsmål om avdelingene har poliklinisk tilbud/ambulant tjeneste, dagplasser eller lignende, viser svarene at polikliniske og ambulante tjenester varierer i type og omfang. Noen følger opp et visst antall pasienter med behandling uten døgnoophold (TUD). Andre følger særlig opp de som er dømt til behandling, og noen er i gang med å etablere Sikkerhets-FACT-Team (Flexible Assertive Community Team).

I forbindelse med etablering av FACT i Norge, har et par sikkerhetsavdelinger funnet det hensiktsmessig å etablere egne Sikkerhets-FACT-Team. Sikkerhetsavdelingen på Blakstad (Vestre Viken) er godt i gang med sitt sikkerhets-FACT-Team og sikkerhetsavdelingen på Reinsvoll (Sykehuset Innlandet) er i gang med å etablere det samme. Sikkerhets-FACT-Team er ment å være et bidrag til skreddersydd oppfølging for pasienter som skrives ut fra sikkerhetsavdelinger. Etableringen av sikkerhets-FACT-Team, med eget budsjett og fast ansatt personell, kan bidra til å formalisere, og sannsynligvis styrke, oppfølgingen av pasienter som har fått behandling i sikkerhetspsykiatrien. Det kan også være et bidrag til at denne type oppfølging ikke går ut over ressurser til behandlingen av de inneliggende pasientene.

Funn fra undersøkelsen i 2015 indikerte at antallet pasienter som på tidspunkt for undersøkelsen kunne skrives ut til lavere sikkerhetsnivå, var forholdsvis høyt (71 av 248 pasienter). Dette kunne muligens forklares ved at det ved landets sikkerhetsavdelinger er mangel på modeller for oppfølging av denne pasientgruppen, etter endt behandling i sikkerhetsavdeling. Helsedirektoratet ønsket å se nærmere på dette funnet. Det pågår derfor nå et prosjekt i regi av SIFER Midt-Norge, som undersøker problemstillinger knyttet til såkalte utskrivningsklare pasienter.

### 3.1.3. Enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå

I 2012 ble det vedtatt endringer i psykisk helsevernlovens kapittel 4 som gir regionale sikkerhetsavdelinger anledning til å etablere et nytt sikkerhetsnivå, for de tilfeller hvor det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter, helsepersonell, befolkningen eller myndighetspersoner. En slik enhet er ennå ikke etablert. Det kan stilles spørsmål om hvorfor en enhet for særlig høy sikkerhet ikke er etablert, i en tid hvor sikkerhetspsykiatrien har etterlyst bedre juridiske rammebetingelser for håndtering av pasientgruppen. En mulig årsak er at lovverket stiller høye krav til etablering og anvendelse av en slik enhet. Kriterier knyttet til både pasientens tilstand, ytre forhold og bygningsmessige forhold må være oppfylt før en pasient kan henvises til enhet for særlig høy sikkerhet.

## 3.2. Pasientpopulasjonen

Undersøkelsen viser at pasienter i sikkerhetspsykiatrien er en sammensatt gruppe både med hensyn til alder, diagnostikk, voldsproblematikk, samt utrednings-, behandlings- og rehabiliteringsbehov. Pasienter som får innleggelse i sikkerhetspsykiatriske avdelinger har som hovedregel en akutt eller kronisk, alvorlig psykisk sykdom, og har samtidig en farlig, voldelig eller særlig vanskelig atferd. Innleggelse i sikkerhetspsykiatrien kan omhandle både utredning, stabilisering og/eller behandling. En del av pasientene som legges inn i sikkerhetspsykiatrien har flere innleggelse over tid, hvor innleggelsene både innebærer kortvarig stabilisering, eller langvarig stabilisering og behandling. Andre pasienter legges inn kun én gang inn i sikkerhetspsykiatrien, og har øvrig behandlingsforløp i allmenpsykiatrien.

I denne undersøkelsen ser vi at schizofreni- og rusdiagnose dominerer pasientpopulasjonen, og om lag halvparten av pasientene har rusproblemer. I tillegg ser vi at rusmisbruk forekommer hyppigere blant de med schizofrenidiagnose (57,3 %) enn hos pasienter med andre diagnoser (31,0 %). Disse funn tilsier at sikkerhetspsykiatriske avdelinger trenger kompetanse på god rusbehandling. Et stort flertall (93,9 %) har en eller flere tidligere innleggelse, og blir lagt inn flere ganger på grunn av nye voldshendelser og/eller forverring i psykisk tilstand. Flere pasienter er i det sikkerhetspsykiatriske systemet i mange år, noen så lenge som over 20 år.

I årets undersøkelse utgjorde kvinner 13,4 % av pasientpopulasjonen, og 1/4 del av disse er under 25 år. Fordelingen på helseforetak er relativt jevn. I undersøkelsene i 2005, 2008 og 2015 utgjorde kvinneandelen hhv 20 %, 17 % og 20 %. Det foreligger lite forskning på hvilke behov kvinner som er innlagt i sikkerhetspsykiatrien har med hensyn til utredning, behandling, voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering. Forskning på menn er dominerende internasjonalt, og få risikovurderingsredskap og/eller terapi er tilpasset kvinner i sikkerhetspsykiatrien (e.g. Muller & Kempes, 2016). Studier har vist at personalet, uansett kjønn, rapporterer å ha bedre relasjoner til kvinnelige enn mannlige pasienter i sikkerhetspsykiatri (e.g. de Vogel & Louppen, 2016).

Vi ser en økende andel av ungdommer og unge voksne i pasientgruppen. Personer under 25 år utgjør 13 % av pasientene i denne undersøkelsen, med åtte kvinner og tolv menn. Fire av disse var under 18 år når de ble innlagt i sikkerhetspsykiatrien. Det er flere ting som tyder på at andelen pasienter under 25 år er økende, og vil prege mer av sikkerhetspsykiatrien i årene fremover. Her viser vi til økt voldskriminalitet i gruppen, og det faktum at utredning og behandling av ungdommer med voldskriminalitet er en utfordrende oppgave under frivillig poliklinisk behandling (Braga, T., Cunha, O., & Maia, A., 2018). Personer i aldersgruppen under 25 år har som regel mer omfattende utrednings-, behandlings- og rehabiliteringsbehov enn eldre pasienter. Delvis fordi sykdommen ofte nylig er oppstått, men også fordi symptomer kan avvike fra symptomer som eldre pasienter har. Det kan være behov for psykologiske og nevropsykologiske utredninger. De fleste land vi kan sammenligne oss med, har egne ungdomsavdelinger for ungdom og unge voksne med alvorlig psykisk lidelse og kriminelle handlinger. En metaanalyse om tematikken munnet ut i en sterk anbefaling om å holde de yngre atskilt fra de eldre pasientene i sikkerhetspsykiatrien (Livanou, Furtado, Winsper, Silvester, & Singh, 2019). For unge pasienter skal det i tillegg tilrettelegges for skolegang der det er mulig ut fra pasientens symptomtrykk og sykdom. For å kunne gjennomføre adekvat behandling av ungdommer som legges inn i sikkerhetspsykiatrien, stilles det også krav til kompetanse i barne- og ungdomspsykiatrisk utredning og behandling, samt kompetanse i familiearbeid.

## 3.3. Bemanning og kompetanse

Stortingsmelding 25 Åpenhet og helhet fra 1996 fastsetter bemanningen i norsk sikkerhetspsykiatri til fem ansatte per pasient per døgn i regionale sikkerhetsavdelinger, og tre ansatte per pasient i lokale sikkerhetsavdelinger. Beregning av bemanningsfaktoren kan gjøres på ulikt vis. Det vanligste er å beregne antall stillinger som inngår i avdelingens turnus, delt på antall døgnplasser. Svarene i årets undersøkelse, viser at det er stor variasjon i bemanning, men at snittet ligger på normtallene fra stortingsmeldingen, med 5:1 på de regionale avdelingene og 3,1:1 på de lokale avdelingene.



Alle avdelingene i årets undersøkelse svarer at de har gode opplæringsrutiner for både nyansatte og øvrige personale. De fleste avdelingene opplever at de besitter god og relevant kompetanse, og de fleste beskriver å ha tverrfaglig sammensatte enheter. Samtidig uttrykker noen respondenter at det har vært en utfordring med rekruttering av spesialkompetanse for utredning og behandling av målgruppespasienter i 2019.

I arbeidet med sikkerhetspsykiatriske pasienter kreves god kunnskap om utredning og behandling av alvorlig psykisk sykdom, og særskilt kompetanse på voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering. Særlig fremheves behovet for VIVO-utdanninge/HCR-20-kompetanse. Dette gjelder både for sykepleiere, vernepleiere, psykologer og psykiatere, og annet relevant helsepersonell. Samtidig er det store variasjoner for andelen ansatte i de regionale og de lokale avdelingene som har videreutdanning i VIVO. Vi kjenner ikke til årsakene til dette. Muligens kan det skyldes kulturelle og økonomiske forhold. Eventuelt kan det skyldes at de regionale avdelingene har en mer stabil personalgruppe, som igjen medfører et metningspunkt med hensyn til behov for videreutdanning. En annen mulig grunn er at en del lokale sikkerhetsavdelinger er spesielt opptatt av å utdanne personell i voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering. For å kunne ta en VIVO-utdanning må man ha en bachelor i helsefag. Eventuelle ulikheter kan kanskje dermed også forklares i eksisterende kompetanseprofil i de ulike personalgruppene.

Ser man ytterligere på VIVO-utdannelsen, så er det verdt å merke seg funn fra en spørreundersøkelse av Holmlund fra 2017. Spørreundersøkelsen tok sikte på å kartlegge hvorvidt kunnskapen man tilegnet seg på VIVO-utdannelsen, ble brukt i klinisk praksis. Holmlund undersøkte 95 VIVO I- og VIVO II-studenter. Nesten 75 % svarte at VIVO «i noen eller i liten grad» hadde endret praksis. Undersøkelsen fant at det stort sett ikke var forventninger eller planer fra arbeidsgiver om hvordan kunnskapen skulle benyttes i klinisk praksis, ei heller formidles til andre ansatte. Selv om dette var en liten undersøkelse, så er det bekymringsfulle funn, med tanke på at VIVO er den eneste spesialiserte utdannelsen i Norge på voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering.

Flere avdelinger opplyser å ha kompetanse på, og har implementert, det nye nasjonale opplæringsprogrammet *Møte med Aggresjonsproblematikk* (MAP). Dette er det første nasjonale opplæringsprogrammet i sitt slag, og utviklet i samarbeid med SIFER og flere sikkerhetspsykiatriske miljøer i Norge.

Oppsummert kan det konkluderes med at de sikkerhetspsykiatriske avdelingene rapporterer å ha god tverrfaglig, spesialisert kompetanse. De aller fleste avdelingene beskriver sin praksis som god og relevant, med hensyn til de oppgaver som sikkerhetsavdelinger skal løse. Det er likevel grunn til å anta at funn fra spørreundersøkelsen til Holmlund, kan indikere utfordringer med å integrere kunnskap man får fra VIVO-utdannelsen til klinisk praksis.

Som et bidrag i fagutvikling og kompetanseheving, ble det i 2018 etablert et sikkerhetspsykiatrisk fagnettverk i Helse Sør-Øst. Fagnettverket er forankret hos ledelsen i de respektive avdelingene og ved Kompetansesenteret for sikkerhets, fengsels og rettspsykiatri i Helse Sør-Øst. Dette nettverket har følgende mandat: «*Fagnettverket er representert med fagutviklere ved samtlige sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Helse Sør-Øst, som møtes to ganger pr år, for faglig påfyll og diskusjoner. Fagnettverket skal bidra til fagutvikling, samt deling og formidling av kunnskap innen sikkerhetspsykiatri, på tvers av helseforetakene. Fagnettverket fungerer som referansegruppe for Kompetansesenteret for sikkerhets, fengsels og rettspsykiatri Helse Sør-Øst*». På sikt har dette fagnettverket mål om å bli nasjonalt.

### 3.4. Bygningsmessige forhold

Undersøkelsen for 2019 viser, i likhet med undersøkelsen fra 2015, fortsatt store utfordringer knyttet til bygningsmessige forhold, sett opp mot funksjonalitet og sikkerhet. Om lag halvparten av respondentene oppgir at bygningsmassen er tilfredsstillende, den andre halvparten at den ikke er tilfredsstillende. Et institusjonsmiljø innebærer en kontekst som kan medføre økt risiko for vold, knyttet til de begrensinger som følger av det å være innlagt. Særlig oppmerksomhet bør vies bygningsmessige kvaliteter og standarden på bygninger, grad av renhold, hygiene, sanitære forhold og generelt vedlikehold. Støy, temperatur, belysning og plass er også relevant (Flannery et al., 1997; Lanza, 1988). Forskning viser at et godt planlagt og vedlikeholdt fysisk miljø, er et miljø som gir plass, rimelig grad av komfort, nødvendig privatliv, muligheter for sosial interaksjon og trygghet for både

beboere og personell (Baldwin, 1985; Daffern et al., 2004). Uegnede lokaler er en sikkerhetsrisikofaktor som krever ekstra personalressurser for å sikre tilstrekkelig ivaretagelse av sikkerhet og samfunnsvern. Videre kan uegnede lokaler også ha innvirkning på tilfriskningsgrad og varighet av det enkelte behandlingsforløp.

Det er påvist at institusjonsmiljøer som er preget av støy, dårlig temperaturregulering, nedsatt luftkvalitet, manglende hygiene, dårlige lysforhold og planløsning som bidrar til «crowding»<sup>4</sup>, mangel på privatliv og fravær av stillesoner, er forbundet med økt voldsrisiko (Cox, Paulus & McCain, 1984). Crowding har også vist seg å henge sammen med økt bruk av mekaniske tvangsmidler. (Bak, 2015).

På spørsmål om bygningsmessige forhold svarer 14 av 25 respondenter at bygningsmassen i liten/svært liten grad er tilfredsstillende med hensyn til behandling av målgruppepasienter, og at bygningsmassen i liten/svært liten grad ivaretar sikkerheten på en tilfredsstillende måte. Respondentene beskriver lokalene som gamle, nedslitte og utdaterte, sett opp mot det formål de har. Flere av respondentene svarer at byggene har lite naturlig dagslys inn i oppholdsrom, dårlig luftkvalitet, og dårlige/mangelfulle sanitærforhold. Når det gjelder sikkerhet knyttet til bygningsmessige forhold, svarer flere av respondentene at bygget de drifter i, har en uoversiktlig fysisk utforming inne i enhetene og manglende skallsikring av kritiske soner, noe som gir uoversiktlige miljøer. Flere av respondentene nevner trange passasjer, avsnitt og oppholdssteder. Dette igjen medfører store utfordringer, og krever store personalressurser for å ha tilstrekkelig oversikt i enhetene for å ivareta nødvendig sikkerhet for pasienter, besøkende og personell.

De respondentene som oppgir at bygget i stor/svært stor grad er tilfredsstillende med hensyn til behandling av målgruppepasienter, og ivaretar sikkerheten på en tilfredsstillende måte, drifter i nytt eller forholdsvis nytt bygg. Det trekkes særlig frem store, oversiktlige og åpne fellesarealer, og store, avskjermede luftemuligheter på eget område, samt god skallsikring. Det nevnes også pasientrom med egne bad. Nye bygg tilsier også at krav og standarder knyttet til inneklime og lyssetting er ivaretatt på en god måte.

To sikkerhetsavdelinger har planlagt flytting inn i nybygg; Akershus universitetssykehus og St. Olavs Hospital. For Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, pågår det en prosess for å finne en aktuell tomt, men det foreligger ingen konkrete planer for nybygg.

## 4. ANBEFALINGER FOR FREMTIDIGE STATUSRAPPORTER

Arbeid med årets undersøkelse har vist flere forbedringspunkter, både med hensyn til metodikk og tematikk. Arbeidsgruppen vil anbefale at antall spørreskjemaer reduseres fra tre til to, hvor spørsmål fra Spørreskjema Behandler flyttes til Spørreskjema Leder og Spørreskjema Pasientopplysninger. Dette for å unngå at enkelte respondenter må svare på flere enn ett skjema. I tillegg må spørreskjemaene standardiseres med utvidet bruk av svaralternativer, for å lette analysearbeidet.

Vi anbefaler videre at det sees mer inngående på temaene *kvinner* og *ungdom/unge voksne*. Spørsmålene i årets undersøkelse fanget ikke i stor nok grad opp problemstillinger knyttet til disse gruppene, men svarene i undersøkelse antyder at dette er interessante temaer det bør sees nærmere på. I tillegg bør spørsmålene knyttet til oppfølging av pasientgruppen etter utskrivning fra sikkerhetsavdelingene være mer detaljert, slik at vi får mer kunnskap om alternative modeller for oppfølging av sikkerhetspsykiatriske pasienter, samt en bedre forståelse av kapasiteten i norsk sikkerhetspsykiatri.

---

<sup>4</sup> Crowding er et engelsk uttrykk som betyr overfylt, mange personer på begrenset plass med for mye stimuli, og er forbundet med fysisk inndeling og innredning i lukkede miljøer. (Bak, 2015)

## 5. LITTERATUR

1. www.sifer.no
2. Kjelsberg E, Hartvig P. (2005): Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005. En statusrapport.
3. Kjelsberg E, Sandli C. (2009): Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008.
4. Haaland, C. F. (2015): Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015. En statusundersøkelse.
5. Status for norsk sikkerhetspsykiatri – oppdrag. Helsedirektoratet. 2019.
6. St.prp. nr. 63 (1997–98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.
7. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. 2009.
8. Stortingsmelding nr 25 1996-1997. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.
9. Robak-utvalget 1980; Innstilling vedr. omsorgen for særlig farlige og vanskelige sinnslidende.
10. Folkehelseinstituttet (FHI) (2016): Rusmidler i Norge 2016. Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet.
11. Evaluering av konsekvensene av lovendringer om særreaksjoner og varetektssurrogat, Rapport 1, SIFER 10.01.2020
12. Statistisk sentralbyrå, www.ssb.no (2019); Ytterligere nedgang av ofre for tyveri, men ikke trusler og vold.
13. Sigurjónsdóttir, M. (2009): Opptrappingsplanen for psykisk helse – idealer og realiteter. Tidsskrift for Norsk legeforening.
14. Doyle et.al. (2012).
15. Holmlund, O.: Utbytte av VIVO utdanningen i praksis. Oppgave i statistikk. Universitet i Nord. 2017
16. De Vogel, V. & Louppen, M. (2016). Measuring feelings of staff members towards their most complex female and male forensic psychiatric patients: A pilot study into gender differences. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15 (2), 174 - 185. DOI:10.1080/14999013.2016.1170741
17. Muller, E & Kempes, M. (2016). Gender differences in a Dutch forensic sample of severe violent offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15 (2), 164 - 173. DOI:10.1080/14999013.2016.1170741
18. Livanou, Furtado, Winsper, Silvester & Singh, (2019). Prevalence of mental disorders and symptoms among incarcerated youth: A meta analysis of 30 studies. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 18(4), 400 – 414 <https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1619636>
19. Baldwin, S. (1985). Effects of furniture rearrangement on the atmosphere of wards in a maximum-security hospital. *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 36 (5).
20. Daffern, M., Mayer, M.M. & Martin, T. (2004). Environment contributions to aggression in two forensic psychiatric hospitals. *International Journal of Forensic Mental Health*, Vol. 3 (1), 105 – 114.
21. Bak J. (2015) Mechanical Restraint. Preventive Factors in Theory and Practice [10.13140/RG.2.1.2681.5528]. [Copenhagen]: Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen.
22. Flannery, G.J. (1997). Hospital downsizing and patients' assaults on staff. *The Psychiatric Quarterly*, Vol. 68 (1), 67-76.
23. Lanza, M.L., (1988). Factors relevant to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 9, 239 – 258
24. Cox, V.C., Paulus, P.B. & McCain, G. (1984). Prison crowding research: The relevance of prison housing standards and general approach regarding crowding phenomena. *American Psychology*, Vol. 39, 1148 – 1160.
25. Statistisk sentralbyrå, www.ssb.no, tabell 06922: Spesialisthelsetjenesten. Aktivitet og døgnplasser, etter tjenesteområde og helseforetak 2002 - 2019

## 6. VEDLEGG

Helseforetakenes opptaksområder per 31.12.2019.

Sykehuset Østfold		
Halden	31 373	Østfold
Moss	33 041	Østfold
Sarpsborg	56 732	Østfold
Fredrikstad	82 385	Østfold
Hvaler	4 668	Østfold
Aremark	1 325	Østfold
Marker	3 595	Østfold
Rømskog	666	Østfold
Trøgstad	5 391	Østfold
Spydeberg	6 224	Østfold
Askim	15 947	Østfold
Eidsberg	11 545	Østfold
Skiptvet	3 805	Østfold
Rakkestad	8 255	Østfold
Råde	7 508	Østfold
Rygge	16 231	Østfold
Våler (Østfold)	5 736	Østfold
Hobøl	5 685	Østfold
Vestby	18 042	Akershus
<b>Sykehuset Østfold</b>	<b>300 112</b>	
Sykehuset Innlandet		
Hamar	31 369	Hedmark
Ringsaker	34 768	Hedmark
Løten	7 674	Hedmark
Stange	21 064	Hedmark
Åsnes	7 203	Hedmark
Våler (Hedmark)	3 662	Hedmark
Elverum	21 254	Hedmark
Trysil	6 627	Hedmark
Åmot	4 356	Hedmark
Stor-Elvdal	2 419	Hedmark
Rendalen	1 780	Hedmark
Engerdal	1 268	Hedmark
Tolga	1 562	Hedmark
Tynset	5 578	Hedmark
Alvdal	2 432	Hedmark
Folldal	1 545	Hedmark
Os (Hedmark)	1 891	Hedmark
Lillehammer	28 345	Oppland
Gjøvik	30 560	Oppland
Dovre	2 553	Oppland
Lesja	1 975	Oppland
Skjåk	2 197	Oppland
Lom	2 228	Oppland
Vågå	3 570	Oppland
Nord-Fron	5 723	Oppland
Sel	5 739	Oppland
Sør-Fron	3 119	Oppland
Ringebu	4 392	Oppland
Øyer	5 100	Oppland
Gausdal	6 106	Oppland
Østre Toten	14 973	Oppland
Vestre Toten	13 427	Oppland
Lunner	9 048	Oppland
Gran	13 630	Oppland
Søndre Land	5 617	Oppland
Nordre Land	6 633	Oppland
Sør-Aurdal	2 954	Oppland
Etnedal	1 279	Oppland
Nord-Aurdal	6 413	Oppland
Vestre Slidre	2 125	Oppland
Øystre Slidre	3 229	Oppland
Vang	1 578	Oppland
<b>Sykehuset Innlandet</b>	<b>338 965</b>	
Akershus universitetssykehus		
Nannestad	14 139	Akershus - Romerike
Hurdal	2 854	Akershus - Romerike
Eidsvoll	25 436	Akershus - Romerike
Ullensaker	39 625	Akershus - Romerike
Gjerdrum	6 890	Akershus - Romerike
Nes	22 410	Akershus - Romerike
Rælingen	18 530	Akershus - Romerike
Nittedal	24 249	Akershus - Romerike
Skedsmo	56 317	Akershus - Romerike
Fet	11 860	Akershus - Romerike
Sørum	18 488	Akershus - Romerike
Lørenskog	41 460	Akershus - Romerike
Aurskog-Høland	16 724	Akershus - Romerike
Kongsvinger	17 829	Hedmark – Kongsvingeregionen
Grue	4 612	Hedmark – Kongsvingeregionen

Nor-Odal	5 016	Hedmark – Kongsvingeregionen
Sør-Odal	7 905	Hedmark – Kongsvingeregionen
Eidskog	6 106	Hedmark – Kongsvingeregionen
Grorud	27 707	Oslo
Alna	49 801	Oslo
Stovner	33 316	Oslo
Nesodden	19 616	Akershus - Follo
Frogn	15 877	Akershus - Follo
Ski	31 303	Akershus - Follo
Oppegård	27 772	Akershus - Follo
Ås	20 652	Akershus - Follo
Enebakk	11 110	Akershus - Follo
Akershus universitetssykehus	577 604	
<b>Oslo universitetssykehus</b>		
Nordre Aker	52 327	Oslo
Bjerke	33 422	Oslo
Østensjø	50 806	Oslo
Nordstrand	52 459	Oslo
Søndre Nordstrand	39 066	Oslo
Sagene	45 089	Oslo
Marka	1 610	Oslo
Oslo universitetssykehus	274 779	
<b>Lovisenberg/Diakonhjemmet</b>		
Vestre Aker	50 157	Oslo - Diakonhjemmet
Ullern	34 569	Oslo - Diakonhjemmet
Frogner	59 269	Oslo - Diakonhjemmet
Grünerløkka	62 423	Oslo - Lovisenberg
Gamle Oslo	58 671	Oslo - Lovisenberg
St. Hanshaugen	38 945	Oslo - Lovisenberg
Sentrum	1 471	Oslo - Lovisenberg
Lovisenberg/Diakonhjemmet	305 505	
<b>Vestre Viken</b>		
Drammen	69 472	Buskerud
Kongsberg	27 723	Buskerud
Ringerike	30 641	Buskerud
Hole	6 799	Buskerud
Flå	1 050	Buskerud
Nes (Buskerud)	3 273	Buskerud
Gol	4 608	Buskerud
Hemsedal	2 486	Buskerud
Ål	4 674	Buskerud
Hol	4 441	Buskerud
Sigdal	3 467	Buskerud
Krødsherad	2 212	Buskerud
Modum	14 115	Buskerud
Øvre Eiker	19 423	Buskerud
Nedre Eiker	25 286	Buskerud
Lier	26 811	Buskerud
Røyken	22 752	Buskerud
Hurum	9 586	Buskerud
Flesberg	2 688	Buskerud
Rollag	1 390	Buskerud
Nore og Uvdal	2 439	Buskerud
Sande	10 034	Vestfold
Svelvik	6 628	Vestfold
Asker	62 103	Akershus
Bærum	127 731	Akershus
Jevnaker	6 852	Oppland
Vestre Viken	498 684	
<b>Sykehuset i Vestfold</b>		
Horten	27 341	Vestfold
Tønsberg	46 635	Vestfold
Sandefjord	63 764	Vestfold
Larvik	47 204	Vestfold
Holmestrand	14 517	Vestfold
Re	9 816	Vestfold
Færder	26 730	Vestfold
Sykehuset i Vestfold	236 007	
<b>Sykehuset Telemark</b>		
Porsgrunn	36 397	Telemark
Skien	54 942	Telemark
Notodden	12 607	Telemark
Siljan	2 340	Telemark
Bamble	14 061	Telemark
Kragerø	10 380	Telemark
Drangedal	4 060	Telemark
Nome	6 515	Telemark
Bø (Telemark)	6 613	Telemark
Sauherad	4 273	Telemark
Tinn	5 691	Telemark
Hjartdal	1 573	Telemark
Seljord	2 888	Telemark
Kviteseid	2 403	Telemark
Nissedal	1 448	Telemark

Fyresdal	1 287	Telemark
Tokke	2 201	Telemark
Vinje	3 676	Telemark
Sykehuset Telemark	173 355	
<b>Sørlandet Sykehus</b>		
Risør	6 809	Aust-Agder
Grimstad	23 544	Aust-Agder
Arendal	44 999	Aust-Agder
Gjerstad	2 428	Aust-Agder
Vegårshei	2 097	Aust-Agder
Tvedestrand	6 053	Aust-Agder
Froland	5 951	Aust-Agder
Lillesand	11 074	Aust-Agder
Birkenes	5 226	Aust-Agder
Åmli	1 836	Aust-Agder
Iveland	1 331	Aust-Agder
Evje og Hornnes	3 634	Aust-Agder
Bygland	1 162	Aust-Agder
Valle	1 164	Aust-Agder
Bykle	965	Aust-Agder
Kristiansand	93 338	Vest-Agder
Sogndalen	6 713	Vest-Agder
Søgne	11 582	Vest-Agder
Marnardal	2 246	Vest-Agder
Mandal	15 792	Vest-Agder
Lindesnes	5 008	Vest-Agder
Farsund	9 691	Vest-Agder
Flekkefjord	9 028	Vest-Agder
Vennesla	14 774	Vest-Agder
Åseral	932	Vest-Agder
Audnedal	1 744	Vest-Agder
Lyngdal	8 621	Vest-Agder
Hægebostad	1 680	Vest-Agder
Kvinesdal	5 987	Vest-Agder
Sirdal	1 822	Vest-Agder
Sørlandet Sykehus	307 231	
<b>Helse Stavanger</b>		
Eigersund	14 811	Rogaland
Stavanger	135 510	Rogaland
Sandnes	78 549	Rogaland
Sokndal	3 280	Rogaland
Lund	3 202	Rogaland
Bjerkreim	2 787	Rogaland
Hå	18 991	Rogaland
Klepp	19 588	Rogaland
Time	18 916	Rogaland
Gjesdal	12 002	Rogaland
Sola	27 153	Rogaland
Randaberg	11 221	Rogaland
Strand	12 806	Rogaland
Hjelmeland	2 651	Rogaland
Kvitsøy	517	Rogaland
Finnøy	3 156	Rogaland
Rennesøy	4 831	Rogaland
Forsand	1 150	Rogaland
Helse Stavanger	371 121	
<b>Helse Fonna</b>		
Haugesund	37 357	Rogaland
Suldal	3 804	Rogaland
Sauda	4 595	Rogaland
Bokn	852	Rogaland
Tysvær	11 065	Rogaland
Karmøy	42 186	Rogaland
Utsira	198	Rogaland
Vindafjord	8 714	Rogaland
Etne	4 062	
Sveio	5 766	Hordaland
Bømlo	11 957	Hordaland
Stord	18 759	Hordaland
Fitjar	3 189	Hordaland
Tysnes	2 869	Hordaland
Kvinnherad	13 071	Hordaland
Ullensvang	3 326	Hordaland
Jondal	1 097	Hordaland
Odda	6 692	Hordaland
Helse Fonna	179 559	
<b>Bergen</b>		
Bergen	283 929	Hordaland
Ulvik	1 080	Hordaland
Voss	14 760	Hordaland
Kvam	8 457	Hordaland
Samnanger	2 485	Hordaland
Austevoll	5 236	Hordaland
Øygarden	4 814	Hordaland
Askøy	29 553	Hordaland

Vaksdal	3 977	Hordaland
Modalen	388	Hordaland
Osterøy	8 098	Hordaland
Austrheim	2 870	Hordaland
Fedje	548	Hordaland
Masfjorden	1 691	Hordaland
Granvin	913	Hordaland
Fusa	3 864	Hordaland
Os (Hordaland)	21 044	Hordaland
Sund	7 134	Hordaland
Fjell	26 368	Hordaland
Meland	8 256	Hordaland
Radøy	5 089	Hordaland
Lindås	15 879	Hordaland
Eidfjord	906	Hordaland
Gulen	2 297	Sogn og Fjordane
Helse Bergen	459 636	
<b>Helse Førde</b>		
Solund	802	Sogn og Fjordane
Hyllestad	1 328	Sogn og Fjordane
Høyanger	3 991	Sogn og Fjordane
Vik	2 635	Sogn og Fjordane
Sogndal	8 325	Sogn og Fjordane
Aurland	1 781	Sogn og Fjordane
Lærdal	2 126	Sogn og Fjordane
Årdal	5 193	Sogn og Fjordane
Luster	5 174	Sogn og Fjordane
Askvoll	3 011	Sogn og Fjordane
Fjaler	2 802	Sogn og Fjordane
Naustdal	2 777	Sogn og Fjordane
Førde	13 185	Sogn og Fjordane
Jølster	3 055	Sogn og Fjordane
Gaular	3 013	Sogn og Fjordane
Bremanger	3 629	Sogn og Fjordane
Eid	6 195	Sogn og Fjordane
Selje	2 729	Sogn og Fjordane
Gloppen	5 854	Sogn og Fjordane
Stryn	7 130	Sogn og Fjordane
Flora	11 810	Sogn og Fjordane
Vågsøy	5 930	Sogn og Fjordane
Balestrand	1 282	Sogn og Fjordane
Leikanger	2 350	Sogn og Fjordane
Helse Førde	106 107	
<b>Helse Møre og Romsdal</b>		
Aukra	3 494	Møre og Romsdal
Aure	3 507	Møre og Romsdal
Averøy	5 788	Møre og Romsdal
Eide	3 437	Møre og Romsdal
Fræna	9 842	Møre og Romsdal
Giske	8 462	Møre og Romsdal
Gjemnes	2 629	Møre og Romsdal
Halsa	1 563	Møre og Romsdal
Haram	9 352	Møre og Romsdal
Hareid	5 175	Møre og Romsdal
Herøy	8 900	Møre og Romsdal
Kristiansund	24 179	Møre og Romsdal
Midsund	2 010	Møre og Romsdal
Molde	27 028	Møre og Romsdal
Neset	2 929	Møre og Romsdal
Norddal	1 612	Møre og Romsdal
Rauma	7 468	Møre og Romsdal
Sande	2 461	Møre og Romsdal
Sandøy	1 208	Møre og Romsdal
Skodje	4 779	Møre og Romsdal
Smøla	2 150	Møre og Romsdal
Stordal	937	Møre og Romsdal
Stranda	4 523	Møre og Romsdal
Sula	9 310	Møre og Romsdal
Sunnadal	7 036	Møre og Romsdal
Surnadal	5 920	Møre og Romsdal
Sykkylven	7 625	Møre og Romsdal
Tingvoll	3 025	Møre og Romsdal
Ulstein	8 571	Møre og Romsdal
Vestnes	6 532	Møre og Romsdal
Volda	9 207	Møre og Romsdal
Hornindal	1 162	Møre og Romsdal
Ørskog	2 254	Møre og Romsdal
Ørsta	10 929	Møre og Romsdal
Ålesund	48 680	Møre og Romsdal
Vanylven	3 117	Møre og Romsdal
Helse Møre og Romsdal	266 801	
<b>St. Olavs hospital</b>		
Rindal	2 003	Trøndelag
Trondheim	199 039	Trøndelag
Klæbu	6 124	Trøndelag
Hemne	4 198	Trøndelag

Snillfjord	968	Trøndelag
Hitra	4 720	Trøndelag
Frøya	5 151	Trøndelag
Ørland	5 368	Trøndelag
Bjugn	4 955	Trøndelag
Åfjord	3 348	Trøndelag
Oppdal	7 001	Trøndelag
Rennebu	2 486	Trøndelag
Orkdal	12 245	Trøndelag
Meldal	3 881	Trøndelag
Agdenes	1 655	Trøndelag
Røros	5 581	Trøndelag
Holtålen	1 981	Trøndelag
Midtre Gauldal	6 238	Trøndelag
Melhus	16 733	Trøndelag
Skaun	8 325	Trøndelag
Malvik	14 148	Trøndelag
Selbu	4 062	Trøndelag
Tydal	769	Trøndelag
Roan	940	Trøndelag
Indre Fosen	10 016	Trøndelag
St. Olavs Hospital	331 935	
<b>Helse Nord-Trøndelag</b>		
Flatanger	1 103	Trøndelag
Fosnes	610	Trøndelag
Gronng	2 359	Trøndelag
Høylandet	1 231	Trøndelag
Inderøy	6 816	Trøndelag
Leka	557	Trøndelag
Levanger	20 164	Trøndelag
Lierne	1 355	Trøndelag
Meråker	2 422	Trøndelag
Namdalseid	1 555	Trøndelag
Namsos	13 013	Trøndelag
Namsskogan	843	Trøndelag
Overhalla	3 884	Trøndelag
Osen	948	Trøndelag
Røyrvik	461	Trøndelag
Snåsa	2 063	Trøndelag
Steinkjer	22 058	Trøndelag
Verran	2 367	Trøndelag
Stjørdal	24 145	Trøndelag
Verdal	14 948	Trøndelag
Frosta	2 627	Trøndelag
Nærøy	5 079	Trøndelag
Vikna	4 596	Trøndelag
Bindal	1 426	Nordland
Helse Nord-Trøndelag	136 630	Trøndelag
<b>Helgelandssykehuset</b>		
Nesna	1 761	Nordland – Mo i Rana
Hemnes	4 454	Nordland – Mo i Rana
Rana	26 184	Nordland – Mo i Rana
Rødøy	1 213	Nordland – Mo i Rana
Deler av Lurøy	(1 890) 945	Nordland – Mo i Rana
Træna	435	Nordland - Sandnessjøen
Dønna	1 371	Nordland - Sandnessjøen
Leirfjord	2 294	Nordland - Sandnessjøen
Alstadhaug	7 447	Nordland - Sandnessjøen
Sømna	1 975	Nordland - Sandnessjøen
Brønnøy	7 917	Nordland - Sandnessjøen
Vega	1 200	Nordland - Sandnessjøen
Vevelstad	462	Nordland - Sandnessjøen
Herøy	1 777	Nordland - Sandnessjøen
Vefsn	13 278	Nordland - Mosjøen
Grane	1 482	Nordland - Mosjøen
Hattfjeldal	1 297	Nordland - Mosjøen
Helgelandssykehuset	75 492	
<b>Nordlandssykehuset</b>		
Beiarn	1 017	Nordland - Salten
Bodø	52 357	Nordland - Salten
Fauske	9 739	Nordland - Salten
Gildeskål	1 950	Nordland - Salten
Hamarøy	1 744	Nordland - Salten
Saltødal	4 671	Nordland - Salten
Steigen	2 608	Nordland - Salten
Meløy	6 288	Nordland - Salten
Deler av Lurøy	(1 890) 945	Nordland - Salten
Sørfold	1 926	Nordland - Salten
Vågan	9 608	Nordland - Lofoten
Vestvågøy	11 433	Nordland - Lofoten
Flakstad	1 272	Nordland - Lofoten
Moskenes	1 015	Nordland - Lofoten
Værøy	728	Nordland - Lofoten
Røst	498	Nordland - Lofoten
Andøy	4 663	Nordland - Vesterålen
Bø	2 569	Nordland - Vesterålen



Hadsel	8 061	Nordland - Vesterålen
Sortland	10 566	Nordland - Vesterålen
Øksnes	4 410	Nordland - Vesterålen
Nordlandsykehuset	138 068	
<b>Universitetssykehuset i Nord-Norge</b>		
Tromsø	76 974	Troms
Harstad	24 703	Troms
Kvæfjord	2 839	Troms
Skånland	2 979	Troms
Ibestad	1 361	Troms
Gratangen	1 091	Troms
Lavangen	1 034	Troms
Bardu	4 005	Troms
Salangen	2 146	Troms
Målselv	6 640	Troms
Sørreisa	3 464	Troms
Dyrøy	1 083	Troms
Tranøy	1 488	Troms
Torsken	900	Troms
Berg	844	Troms
Lenvik	11 619	Troms
Balsfjord	5 559	Troms
Karlsøy	2 200	Troms
Lyngen	2 794	Troms
Storfjord	1 829	Troms
Kåfjord	2 071	Troms
Skjervøy	2 927	Troms
Nordreisa	4 861	Troms
Kvænangen	1 191	Troms
Narvik	18 511	Nordland
Tysfjord (øst for Tysfjorden)	1 912	Nordland
Lødingen	2 034	Nordland
Tjeldsund	1 237	Nordland
Evenes	1 348	Nordland
Ballangen	2 445	Nordland
Universitetssykehuset i Nord-Norge	194 089	(Inkl. hele Tysfjord)
<b>Finnmarksykehuset</b>		
Loppa	888	Finnmark
Hasvik	1 005	Finnmark
Hammerfest	10 475	Finnmark
Alta	20 789	Finnmark
Kvalsund	973	Finnmark
Måsøy	1 225	Finnmark
Nordkapp	3 162	Finnmark
Kautokeino	2 910	Finnmark
Karasjok	2 628	Finnmark
Porsanger	3 998	Finnmark
Lebesby	1 290	Finnmark
Gamvik	1 132	Finnmark
Berlevåg	957	Finnmark
Båtsfjord	2 221	Finnmark
Vardø	2 029	Finnmark
Vadsø	5 788	Finnmark
Tana	2 918	Finnmark
Nesseby	926	Finnmark
Sør-Varanger	10 158	Finnmark
Finnmarksykehuset	75 472	

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

Sognsvannsveien 21, bygg 7

0372 Oslo

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

ISBN 978-82-692218-0-0