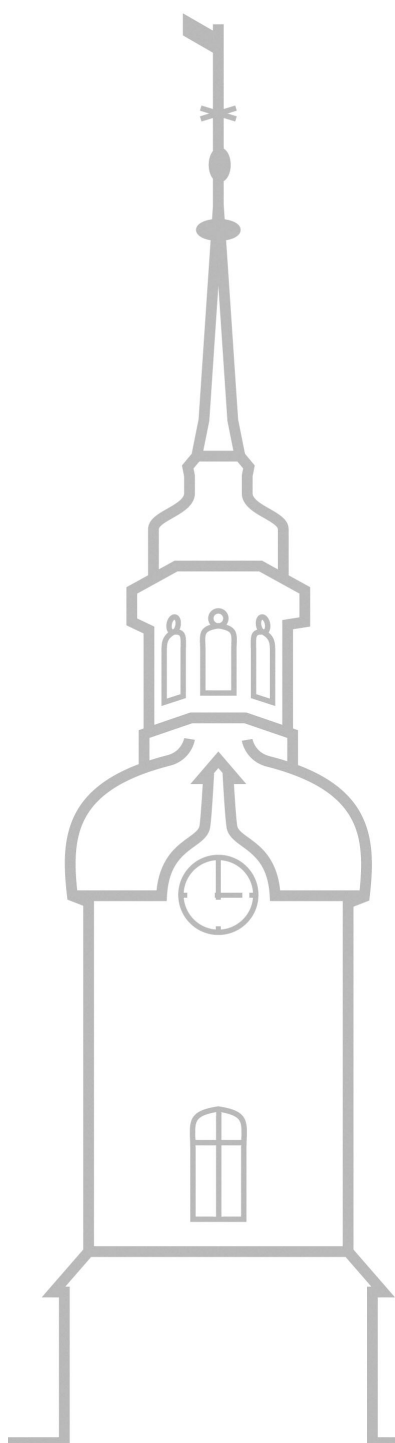


# Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør

## Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005

En statusrapport

Ellen Kjelsberg  
Pål Hartvig





August 2005

Prosjektrapport 2005-1

## **Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005 En statusrapport**

Denne rapporten er en følge av en henvendelse fra Sosial- og helsedirektoratet av 17. mars 2005 til kompetansesentrene i Oslo, Bergen og Trondheim. Disse ble her bedt om å kartlegge en del forhold vedrørende pasientpopulasjonen i landets sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Det gjaldt særlig pasientenes statsborgerskap, etniske bakgrunn og språkkunnskaper. Målet var å skaffe et bedre vurderingsgrunnlag for hvilke behandlings- og rehabiliteringstilbud som foreligger.

Kompetansesenteret i Oslo tilbød seg på et møte mellom kompetansesentrene i april å utføre det hovedsakelige arbeid med dette, noe som fikk tilsutning fra de to andre sentrene. Det ble dannet en referansegruppe bestående av lederne for de tre sentrene: Avd. sjef og avd. overlege Egil Bjarnar ved Brøset i Trondheim, avd. sjef og avd. overlege Siri Nome ved Sandviken i Bergen og undertegnede ved Kompetansesenteret i Oslo. Dette har fungert slik at referansegruppen har fått tilsendt spørreskjemaet til kommentering og eventuelle endringer. Likeledes er den foreliggende rapport gjennomgått av referansegruppen før endelig fullføring. Ellen Kjelsberg og Pål Hartvig har stått for det praktiske arbeidet med rapporten.

Rapporten har svart på de konkrete spørsmål Sosial- og helsedirektoratet har stilt og inneholder i tillegg ytterligere fakta når det gjelder pasientpopulasjon og drift. Vi tror at disse vil være til hjelp for Direktoratet i sitt videre arbeid med landets sikkerhetspsykiatri.

Videre vil rapporten også i høyeste grad være til hjelp for kompetansesentrene i sin besvarelse av første del i Direktoratets brev av 17. mars 2005. Dette gjelder at kompetansesentrene i samarbeid med sikkerhetsavdelingene skal komme med en felles vurdering av behovet for utbygging av sikkerhetspsykiatrien i de kommende år, eventuelt også forslag til fordeling av 30 nye plasser foreslått opprettet i St. prp. nr. 1 (2004-2005). Denne delen av kompetansesentrenes arbeid vil bli foretatt høsten 2005.

Bjørn Østberg

leder/avd. overlege Kompetansesenteret / leder for referansegruppen

# **Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2005**

**En statusrapport**

**Ellen Kjelsberg og Pål Hartvig**

**[www.kompetanse-senteret.no](http://www.kompetanse-senteret.no)**

# Innhold

<b>Rapporten</b>	<b>Side</b>
Innledning	3
Om behovet for nye plasser i landets sikkerhetspsykiatriske avdelinger	4
Innsamling av opplysninger fra landets sikkerhetspsykiatriske avdelinger	5
Resultater fra undersøkelsen	6
1. Generelle opplysninger fra avdelingene	6
2. Svar på vurderingsspørsmål	7
3. Pasientpopulasjonen pr. mai 2005	12
Tabell 1 Demografiske data	14
Tabell 2 Fylkestilhørighet	15
Tabell 3 Pasienter med ikke-norsk etnisk tilhørighet	16
Tabell 4 Formalia vedrørende innleggelsen	17
Tabell 5 Årsak til og hensikt med innleggelsen	18
Tabell 6 Psykiatriske diagnoser	19
Tabell 7 Behandlingstilbudet	20
Tabell 8 Behandlingsmålsetning	21
Diskusjon	22
Konklusjon	25

## **Vedlegg**

1. Sikkerhetsavdelinger pr mai 2005
2. Brev av 17.03.05 fra Sosial- og helsedirektoratet
3. Avdelingsskjema
4. Pasientskjema
5. Følgeskriv av 02.05.05 fra Kompetansesenteret
6. Brev av 20.05.05 fra overlege M. Sigurjónsdóttir, Sykehuset Asker og Bærum

## Innledning

I 1895 ble det såkalte Kriminalasylet opprettet utenfor Trondheim med det siktemål å ha innlagt farlige sinnssyke som hadde utført alvorlige forbrytelser. I 1923 ble det på samme sted opprettet en avdeling for ikke-kriminelle, men særlig vanskelige og/eller farlige psykiatriske pasienter, kalt Reitgjerdet sykehus. I 1962 opphørte Kriminalasylet som egen enhet og ble lagt inn under Reitgjerdet sykehus.

Fra slutten av 1970-tallet ble det økende negativ offentlig oppmerksomhet omkring dette sykehuset. Det hadde etter hvert fått en stor og nokså statisk pasientmasse, tildels preget av ren oppbevaring. Behandlingen var umoderne og med lite fokus på rehabilitering, og pasientenes levevilkår var langt dårligere og mer ufrie enn det som kritikerne mente var berettiget. Etter at en offentlig granskingskommisjon hadde kommet med sterkt kritiske vurderinger av forholdene i 1980, vedtok Stortinget i 1982 at sykehuset skulle nedlegges over en periode frem til 1987. Allerede på slutten av 1970-tallet var det planer om at fylkene selv skulle utbygge mulighetene for å ta ansvaret for den type pasienter som tidligere hadde vært i reelt behov for plassering på Reitgjerdet sykehus. I oppfølgingen av dette ble det etablert avdelinger for særlig vanskelige og/eller farlige psykiatriske pasienter rundt i landet. Allerede før 1985 var det flere steder etablert mindre avsnitt for utredning og behandling. I årene som fulgte ble det opprettet tre avdelinger med regionale oppgaver, henholdsvis ved Oslo (Dikemark), i Bergen og ved Trondheim (fra juli 1987 på Reitgjerdet med nytt navn, Brøset). Videre er det i perioden opprettet en rekke fylkesdekkende avdelinger, siste nyopprettelse er fra 2003 (Buskerud).

Det eksisterer nå (mai 2005) tre regionale og 17 fylkesdekkende avdelinger (Vedlegg 1). Alle fylker er dekket. Sikkerhetsavdelingene er en del av det generelle psykiatritilbudet og er følgelig også harmonisert til reformen gjeldende fra 2002 med statlig eide helseforetak.

## Om behovet for nye plasser i landets sikkerhetspsykiatriske avdelinger

I Statsbudsjettet for 2005 (Stortingsproposisjon nr.1, 2004-2005) foreslås det opprettelse av 30 nye sengeplasser i sikkerhetspsykiatrien. Den videre utredning og eventuelle iverksetting av dette tilligger Sosial- og helsedirektoratet. I den forbindelse ber direktoratet i brev av 17.03.05 (Vedlegg 2) de tre kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri om å gi sitt bidrag i denne prosessen. Direktoratet kommer i nevnte brev med to spesifiserte anmodninger:

1. Kompetansesentrene blir bedt om ”i samarbeid med sikkerhetsavdelingene (...) å foreslå hvor mange nye plasser man har behov for og hvilke behov som skal dekkes frem til opptrappingsperioden avsluttes i 2008”.
2. Hjelp til å kartlegge en del forhold vedrørende pasientpopulasjonen i landets sikkerhetsavdelinger. Særlig gjelder det pasientenes statsborgerskap, etniske bakgrunn og språkkunnskaper. Målet er å skaffe seg et bedre vurderingsgrunnlag for å kunne vurdere hvilke behandlingstilbud og rehabiliteringsbehov som foreligger.

Da de tre kompetansesentrene diskuterte Sosial- og helsedirektoratets brev på sitt kontaktmøte i Trondheim 7.-8.04.05, ble man enig om å imøtekomme direktoratets to anmodninger på følgende måte:

1. Del 1: De tre kompetansesentrene vil i samråd med de respektive sikkerhetspsykiatriske avdelinger i nær fremtid (tidlig høst 2005) utarbeide et felles svar angående nye plasser og plassbehov i sikkerhetspsykiatrien.
2. Del 2 ble man enige om best kunne imøtekommes og besvares ved en systematisk innsamling av data ved hjelp av spørreskjema. Det ble bestemt at undersøkelsen burde gjøres likt i alle helseregioner. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør påtok seg oppgaven med den praktiske gjennomføringen. **Den foreliggende rapporten er kompetansesentrenes samlede svar på Direktoratets anmodning (Del 2).**

I tillegg til å besvare direktoratets konkrete spørsmål, har vi utvidet perspektivet med en del registreringer, både når det gjelder pasientpopulasjonen og avdelingenes drift. Vi tror at dette er viktige registreringer som kan hjelpe de tre kompetansesentrene i sin besvarelse av brevets spørsmål 1 og direktoratet i dets videre behandling av forslagene i den aktuelle stortingsproposisjonen.

## **Innsamling av opplysninger fra landets sikkerhetspsykiatriske avdelinger**

Det ble utarbeidet to spørreskjemaer, et avdelingsskjema (Vedlegg 3) og et pasientskjema (Vedlegg 4). Etter å ha vært forelagt de andre kompetansesentrene til godkjenning, ble skjemaene sendt med følgeskriv (Vedlegg 5) til ledelsen ved alle landets sikkerhetsavdelinger.

I avdelingsskjemaet ble ledelsen, i tillegg til å anføre enkelte nøkkeltall vedrørende bemanning, kapasitet og pasientsirkulasjon, bedt om å gi sin vurdering av sentrale spørsmål vedrørende avdelingens fysiske utforming, pasienttilgang, pasientflyt og mulige flaskehaser i systemet.

Det skulle fylles ut ett pasientskjema for hver inneliggende pasient pr uke 19 (9.-13. mai) 2005. Pasientskjemaet inneholdt opplysninger om kjønn, alder, etnisitet og norskkunnskaper. I tillegg inneholdt skjemaet spørsmål om innleggelsesformalia, innleggelsesårsak, diagnose, behandlingstilbud og rehabiliteringsmål.

Det ble ikke ansett nødvendig å søke Regional komité for medisinsk forskningsetikk om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen. Komiteene oppfatter denne type registreringer som kvalitetssikring av et behandlingstilbud og ikke som et prosjekt av en slik art at det omfattes av komiteenes mandat om fremleggelsesplikt. I og med at alle pasientopplysninger som ble samlet inn kun forelå i aidentifisert form, var det heller ikke nødvendig å innhente tillatelse fra Datatilsynet.

Etter noe purring fikk vi svar fra alle de 20 avdelingene vi hadde sendt ut skjemaer til. I tillegg til 20 avdelingsskjemaer ble det sendt inn 210 pasientskjemaer. Det antas at dette utgjør et fullstendig tverrsnittsmateriale, representativt for pasientpopulasjonen i norske sikkerhetsavdelinger.

Alle data ble lagt inn i statistikkprogrammet SPSS og enkle beskrivende frekvens- og fordelingsanalyser ble utført. Det er ikke gjort mer sofistikerte statistiske analyser.

## Resultater fra undersøkelsen

I presentasjonen av resultatene har vi delt disse inn i tre deler: 1. Generelle opplysninger fra avdelingene, 2. Svar på vurderingsspørsmål og 3. Pasientpopulasjonen.

### 1. Generelle opplysninger fra avdelingene

#### ***Pasientplasser og stillingshjemler (ekskludert kontorpersonell)***

Pr. mai 2005 var det 54 pasientplasser i tre regionale og 175 i 17 fylkesdekkende avdelinger, til sammen 229 plasser. I forhold til den norske befolkning (4,6 millioner) gir dette en dekning på fem sikkerhetsplasser pr 100 000. Av de 229 plassene var 205 (90 %) lukkede og 24 (10 %) åpne. Regionale sikkerhetsavdelinger hadde kun lukkede plasser. Avdelingsstørrelsen varierte fra seks til 34 plasser. Gjennomsnittsstørrelsen for fylkesdekkende avdelinger var 10,3 mens de regionale avdelingene var på henholdsvis 10, 10 og 34 plasser.

Beregning av en avdelings bemanningsfaktor kan gjøres på ulike måter. Vi gjorde det på aller enkleste måte. Vi ba avdelingene om å angi antall stillingshjemler, eksklusive kontorpersonale, og har sammenholdt det med sengekapasiteten. I vårt beregningsgrunnlag er altså både pleiepersonell og behandlere (først og fremst leger og psykologer) tatt med.

”Bemanningsfaktor” er derfor IKKE identisk med ”pleiefaktor”. For regionale sikkerhetspsykiatriske avdelinger var gjennomsnittlig antall stillingshjemler 78,1 (51-132) og for fylkesdekkende 37,2 (18-93). Sammenholdt med antall sengeplasser ga det en gjennomsnittlig bemanningsfaktor for regionale avdelinger på 4,7 (3,9-5,2) og for fylkesdekkende avdelinger på 3,6 (2,2-4,8). Bemanningsfaktoren varierte merkbart mellom forskjellige avdelinger, både innenfor regionale og fylkesdekkende nivåer. For eksempel ga tallmaterialet fra avdelingene grunnlag for å anslå bemanningsfaktoren for Regional sikkerhetsavdeling for Helseregion Sør og Øst til 3,9 mens de to øvrige regionale avdelingene begge lå over fem. Selv om tallene i noen grad kan gjenspeile unøyaktigheter i avdelingenes angivelser, oppfattes de som hovedsakelig representative.

#### ***Pasientpopulasjonen 2004***

Her er tallgrunnlaget dels sviktende og muligens misvisende. Vi som laget spørreskjemaene må ta noe av skylden for det. Vi burde ha definert nærmere hvilke nøkkeltall fra virksomheten i 2004 vi var interessert i. Det kan blant annet virke som om noen få avdelinger har vært usikre



på om antall innleggelser og utskrivinger også skulle inkludere de pasientene som var innlagt hele året. Vårt hovedinntrykk er likevel at tallene er representative for nye innleggelser og utskrivinger pr år. Noen avdelinger har unnlatt å oppgi beleggsprosent, gjennomsnittlig liggetid og antall liggedøgn. De følgende tall må derfor tas med et visst forbehold.

I løpet av 2004 var det i alt 68 innleggelser og 66 utskrivinger fra de tre regionale avdelingene og 200 innleggelser og 192 utskrivinger fra 15 fylkesdekkende (totalt 268 innleggelser og 258 utskrivinger). Beleggsprosenten var 97,3 (82-115) i regionale og 99,5 (66-117) i fylkesdekkende avdelinger. Antall pasienter innlagt i løpet av 2004 var i regionale avdelinger 109 og i 14 av de 17 fylkesdekkende avdelingene 222, totalt 331.

Når det gjelder svarene vedrørende etnisk tilhørighet er tallmaterialet komplett. I alt 60 pasienter hadde ikke-norsk etnisk tilhørighet, 35 i regionale og 25 i fylkeskommunale avdelinger. Under forutsetning av at totalantallet pasienter er riktig anslått (se over), utgjør dette 32 % og 11 % av alle pasienter innlagt i henholdsvis regionale og fylkesdekkende avdelinger i løpet av året.

De 60 pasientene med ikke-norsk etnisk tilhørighet fordelte seg som følger:

- Europa 13 (inkludert 6 fra Balkan)
- Afrika 20
- Asia 18 (inkludert 8 fra Iran/Irak)
- Mellom- og Sør-Amerika 6
- Ikke oppgitt 3.

## **2. Svar på vurderingsspmå**

### ***Hvordan er bemanningen i forhold til behovet?***

To regionale avdelinger oppgir at bemanningen er tilfredsstillende når det gjelder stillingshjemler. En av dem angir ønske om en psykiater- og en underordnet legestilling.

Av de 17 fylkesdekkende angir 12 tilfredsstillende bemanning, mens de øvrige ønsker noe bedre bemanning og dekning.

### ***Er avdelingens fysiske utforming tilfredsstillende?***

En av de regionale svarer ”ja”, de to andre angir for gammel bygningsmasse.

Syv av de fylkesdekkende svarer ”ja”, de øvrige angir gamle og til dels uhensiktsmessige lokaler, for dårlig romdifferensiering osv. Men samtidig kommer det frem positive signaler om flere forhold.

### ***Gitt avdelingens/hele sykehusets bygningsmasse, hvor mange plasser kan det økes med, forutsatt adekvat økning av personalressurser?***

- Avdelingens bygningsmasse: Regionale en plass; Fylkesdekkende sju plasser.
- Hele sykehusets bygningsmasse: Regionale to plasser; Fylkesdekkende til sammen mer enn 50 plasser. I tillegg er det muligheter for 8-9 plasser ved Haukeland universitetssykehus, usikkert på hvilket nivå.

Det tas i svarene forbehold om mindre bygningsmessige oppjusteringer, subsidiært større endringer i sykehusenes struktur.

### ***Hvordan er pågangen for å få plass hos dere?***

En regional svarer ”høy”, en ”passelig” og en svarer ikke. Ingen svarer ”lav”.

Av de fylkesdekkende svarer seks ”høy”, 10 ”passelig” og en svarer ikke. Ingen svarer ”lav”.

### ***Fører dere ventelister?***

Alle de tre regionale sikkerhetspsykiatriske avdelingene svarer ”ja”.

11 fylkesdekkende svarer ”ja”, fem ”nei” og én svarer ikke.

***Hvor mange avslag (ca.) på velbegrunnede søknader gir dere i løpet av en måned?***

To regionale svarer at de gir null avslag, den tredje svarer ikke.

Av de fylkesdekkende svarer åtte null avslag, syv svarer fra et halvt til tre avslag pr måned, og to avdelinger svarer ikke.

***Tar dere imot pasienter utenfor definert opptaksområde?***

To regionale avdelinger svarer ”ja”, en ”nei”.

Syv fylkesdekkende svarer ”ja”, ni svarer ”nei” og en svarer ikke.

***Hvordan influerer eventuelt finansieringsordningen på avdelingens inntakspolitikk?***

Alle de tre regionale svarer at den ikke påvirker inntakspolitikken.

Av de fylkesdekkende angir 13 det samme, en svarer ”noe begrensende”, en viser til budsjettkutt i helseforetaket og to svarer ikke.

***Får dere til en tilfredsstillende pasientsirkulasjon?***

To regionale svarer ”ja”, en svarer ”nei”.

Seks fylkesdekkende svarer ”ja”, 10 ”nei” og en svarer ikke.

***Hvorfor får man eventuelt ikke til en tilfredsstillende pasientsirkulasjon?***

Den aktuelle regionale avdelingen anfører stor motstand hos allmennpsykiatrien, noe som også påvirker nærmeste mottaker, fylkesdekkende avdeling, sin mulighet for overtakelse av pasienter.

De 10 fylkesdekkende anfører mangel på rehabiliteringsplasser i kommunene og delvis allmennpsykiatrien som hovedgrunn. Videre anføres mangel på kompetanse i sikkerhetspsykiatri hos de nevnte instansene.

### ***Hva er etter avdelingens vurdering den viktigste flaskehalsen i systemet?***

Her utdypes og videreføres svarene fra forrige spørsmål. Hovedstikkord er fra begge nivåer er:

- ”Dominoeffekt” fra ressursmangel på laveste nivå (kommunene) og oppover.
- Mangel på intermediær- og langtidsplasser i eget helseforetak.
- Negativ holdning i de distriktpsikiatriske sentrene til å overta det psykiatriske ansvar for pasienten.

### ***Hvilke typer plasser er det størst behov for i sikkerhetspsykiatrien?***

- Av de 16 fylkesdekkende avdelingene som har svart, angir 13 at det er størst behov for sikkerhetsplasser på eget nivå.
- Både regionale og fylkesdekkende avdelinger angir at behovet for rehabiliteringsplasser er stort.
- I tillegg er det på begge nivåer behov for utredningsplasser.
- Behovet for plasser for personer dømt til tvungent psykisk helsevern nevnes også.

### ***Får dere forespørsel om å få innlagt personer under 18 år?***

Alle de tre regionale avdelingene svarer ”ja”.

Blant de fylkesdekkende svarer sju ”ja”, ni ”nei” og en svarer ikke.

### ***Tar dere eventuelt imot personer under 18 år?***

Regionale: To svarer ”ja”, en ”nei”.

Av fylkesdekkende svarer sju ”ja”, ni ”nei” og en svarer ikke.

### ***Er det behov for egen sikkerhetsavdeling for ungdom?***

Alle de tre regionale avdelingene svarer ”ja”.

Av fylkesdekkende avdelinger svarer fire ”ja”, 10 ”nei” og tre svarer ikke.

***I hvilken grad har dere inntrykk av at mangelen på plasser i sikkerhetspsykiatrien henger sammen med inadequate ressurser i den allmenne psykiatriske helsetjenesten?***

Regionale avdelinger: To svarer bekreftende på ”klar sammenheng”, en svarer ”i liten grad”.

Fylkesdekkende: Fire svarer ”i ingen eller liten grad”, åtte svarer ”klar sammenheng”, to ”til en viss grad”, en svarer uspesifikt og to svarer ikke.

***I hvilke situasjoner tar dere imot pasienter som egentlig ikke har behov for et så høyt sikkerhetsnivå som det dere representerer?***

Regionale avdelinger: To tar imot, dels for å avlaste fylkesdekkende avdelinger, dels som varetektssurrogat, eller for mer inngående diagnostisering. I liten grad tas det imot for å avlaste akuttavdelinger. En avdeling tar ikke imot slike pasienter.

Fylkesdekkende avdelinger: Av de 14 avdelingene som svarer på spørsmålet, tar alle imot slike pasienter, men i vekslende grad. Alle oppgir som årsak å avhjelpe allmennpsykiatrien både kvalitativt og kvantitativt. Tre svarer ikke på spørsmålet.

***Tilleggs kommentarer***

Her utdypes en del av de momentene som delvis er dekket av de ovenstående spørsmålene.

Noen avdelinger rapporterer at de henholdsvis nylig er driftsmessig omlagt eller nyopprettet. Det er nærmere beskrivelser av relativt sett store sirkulasjonstall, for eksempel ved avtalt mulighet for hyppige reinnleggelser ved behov. Noen etterlyser bedre behandlerkapasitet (leger og psykologer).

Flere avdelinger reiser også spørsmål om etablering av en egen behandlingsskjede for sikkerhetspsykiatrien og synes å ønske seg dette.

### 3. Pasientpopulasjonen

De 20 sikkerhetspsykiatriske avdelingene fylte til sammen ut 210 pasientskjemaer. Disse dekker den samlede sikkerhetspsykiatriske pasientpopulasjonen pr medio mai 2005. Av de 210 registrerte pasientene ble det oppgitt at tre var dagpasienter. Noen få pasienter bodde med tett oppfølging i overgangsbolig på sykehusområdet. Disse var på sikt tenkt tilbakeført til hjemkommunen med faglig støtte og oppfølging fra allmennpsykiatrien eller sikkerhetspsykiatrien.

Ikke alle spørsmål var besvart i alle skjemaene; pasientgrunnlaget kan derfor variere noe fra punkt til punkt. Det alt vesentlige av resultatene er presentert i Tabell 1 til 8. Der det er naturlig gir tabellene i tillegg til resultatene for hele populasjonen også separate resultater for henholdsvis regionale og fylkesdekkende avdelinger og for menn og kvinner.

**Tabell 1** presenterer demografiske data for pasientpopulasjonen, inkludert alder, kjønn, statsborgerskap og etnisk tilhørighet. Det er en signifikant større andel pasienter med ikke-norsk etnisk bakgrunn i de regionale sikkerhetsavdelingene.

**Tabell 2** gir en oversikt over hjemfylket til pasientene. Til sammenligning er fylkenes prosentandel av den norske totalpopulasjonen oppgitt. Det er en tendens til overrepresentasjon av pasienter fra Oslo og Hordaland, det vil si de mest bymessige strøkene i landet.

**Tabell 3** omhandler de 31 pasientene i materialet med ikke-norsk etnisk bakgrunn. I tillegg til spesifisering av etnisk tilhørighet gis opplysninger om innvandrergenerasjon og i hvilken grad den enkelte behersker norsk. I alt 5,8 % av pasientene hadde utenlandsk statsborgerskap.

**Tabell 4** gir en oversikt over formalia vedrørende innleggelsene, inkludert lovhjemmel og hvor pasienten ble innlagt fra. Da sikkerhetspsykiatriske avdelinger er en del av det psykiske helsevern, må alle innleggelser være hjemlet i psykisk helsevernloven. Det fremgår av tabellen at de fleste innleggelser kun er hjemlet i denne. I tillegg kommer en del andre lovhjemler som til dels "overskygger" psykisk helsevernloven, til anvendelse.

**Tabell 5** gir en oversikt over hovedårsak til innleggelsen. Her dominerer vold mot andre, men også selvbeskadigelse og/eller selvmordsfare er hyppig; det samme er kombinasjonen av vold mot andre og seg selv. Særlig gjelder dette kvinner som signifikant oftere har alvorlig selvskading og selvmordsfare som innleggelsesårsak. Sikkerhetsaspektet er hyppigst oppgitte

hensikt med plasseringen. Rehabiliteringsformålet er også fremtredende, særlig i fylkesdekkende avdelinger. Avdelingen ble bedt om å angi i hvilken grad den enkelte pasient kunne anses innlagt på riktig sikkerhetsnivå. Om lag 1/4 av pasientene i regionale og 1/3 av pasientene i fylkesdekkende avdelinger angis å være plassert på for høyt sikkerhetsnivå. Plassering på for lavt sikkerhetsnivå forekom meget sjeldent.

**Tabell 6** gir en oversikt over den diagnostiske fordelingen i materialet. Psykotiske lidelser dominerer bildet. Det er statistisk markant forskjell mellom menn og kvinner, idet menn oftere har en psykotisk lidelse mens kvinner oftere enn menn har en alvorlig personlighetsforstyrrelse som grunnlidelse. I tillegg til primærdiagnose angis forekomsten av andre psykiske problemer. Rusproblemer og alvorlig personlighetsavvik var ofte forekommende. Igjen var det markante kjønnsforskjeller.

**Tabell 7** summerer opp behandlingstilbudene til pasientene. De aller fleste fikk psykofarmaka, mange også samtalebehandling. Gruppeterapi var relativt sjeldent. Behandlingstilbudet til den enkelte ble stort sett vurdert som tilfredsstillende.

**Tabell 8** gir en oversikt over hvor pasienten sannsynligvis vil bli overført etter utskrivningen fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling. I tillegg gis en oversikt over hva som kan anses som et realistisk behandlingsmål for den enkelte. Her var det stor spredning i materialet. En ikke ubetydelig andel av pasientene ble ansett som å være i behov av langvarig omsorg på høyt sikkerhets- og/eller pleienivå.

Vi ba også om et anslag over hvor lenge den enkelte pasient ville bli værende i avdelingen. For 18 personer ble det ikke gitt noe estimat. For noen av disse ble det opplyst at pasienten hadde vært så kort tid i avdelingen at man ikke hadde godt nok grunnlag til å anslå det. For 177 ble en varighet på fra 0 til 60 måneder ansett som realistisk. For 15 pasienter (14 av disse innlagt i fylkesdekkende avdelinger) ble det oppgitt at man mente at pasienten måtte bli i avdelingen meget lenge, til dels på ubestemt tid.

**Tabell 1** Demografiske data for alle inneliggende pasienter i 3 regionale og 17 fylkesdekkende sikkerhetspsykiatriske avdelinger pr. medio mai 2005.

	Avdelingstype		Kjønn		Alle N=210
	Regional N=44	Fylkesdekkende N=166	Menn N=168	Kvinner N=42	
<b>Gjennomsnittsalder, år</b>	35,8	36,8	37,2	34,0	36,6
median	36,0	37,0	37,0	33,5	36
(SD, spredning)	(8,9; 19-60)	(10,8; 16-71)	(10,2; 18-71)	(11,1; 16-56)	(10,4; 16-71)
<b>Andel kvinner</b>	5 (11 %)	37 (22 %)	-	-	42 (20 %)
<b>Andel med norsk statsborgerskap</b>	38 (88 %)	158 (96 %)	154 (93 %)	42 (100 %)	196 (94 %)
<b>Andel etnisk norske ***</b>	28 (64 %)	151 (91 %)	137 (82 %)	42 (100 %)	179 (85 %)

\*\*\* Statistisk signifikant forskjell mellom regionale og fylkesdekkende avdelinger; Chi kvadrat  $p < 0.001$



Tabell 2 Fylkestilhørighet for 208 pasienter innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger pr medio mai 2005

Pasientens hjemfylke	Helseregion	Innlagt i regional sikkerhetspsykiatrisk avdeling	Innlagt i fylkesdekkende sikkerhetspsykiatrisk avdeling	Totalt antall innlagte fordelt på fylke		Fylkets andel av den norske totalpopulasjonen
				n	%	
Oslo	Øst	18	18	36	17,3 %	11,4 %
Akershus	Øst	7	14	21	10,1 %	10,7 %
Østfold	Øst	0	14	14	6,7 %	5,6 %
Hedmark	Øst	0	11	11	5,3 %	4,1 %
Oppland	Øst	1	11	12	5,8 %	4,0 %
Buskerud	Sør	0	6	6	2,9 %	5,3 %
Vestfold	Sør	0	8	8	3,8 %	4,8 %
Telemark	Sør	0	10	10	4,8 %	3,6 %
Aust-Agder	Sør	0	1	1	0,5 %	2,3 %
Vest-Agder	Sør	0	7	7	3,4 %	3,5 %
Hordaland	Vest	9	21	30	14,4 %	9,7 %
Rogaland	Vest	1	8	9	4,3 %	8,5 %
Sogn og Fjordane	Vest	1	8	9	4,3 %	2,3 %
Sør-Trøndelag	Midt	3	4	7	3,4 %	5,9 %
Nord-Trøndelag	Midt	1	1	2	1,0 %	2,8 %
Møre og Romsdal	Midt	1	11	12	5,8 %	5,3 %
Nordland	Nord	0	6	6	2,9 %	5,2 %
Troms	Nord	0	5	5	2,4 %	3,3 %
Finnmark	Nord	0	2	2	1,0 %	1,6 %

**Tabell 3** Data vedrørende 31 sikkerhetspsykiatriske pasienter, alle menn, med ikke-norsk etnisk tilhørighet.

	<b>Regionale avdelinger N=16</b>	<b>Fylkesdekkende avdelinger N=15</b>	<b>Alle avdelinger N=31</b>
<b>Etnisk tilhørighet (antall)</b>			
Europa	2	3	5
Asia	5	6	11
Afrika	7	5	12
Amerika	2	1	3
<b>1. generasjons innvandrere</b>	14	11	25
<b>Flyktning/asylsøker</b>	8	7	15
<b>Behersker norsk</b>			
Ja	8	10	18
Dårlig	8	4	12
Nei	0	1	1
<b>Kan språket godt nok til å ha nytte av samtalebehandling på norsk</b>	11	10	21
<b>Trenger tolk for å gjøre seg forstått</b>	3	5	8

**Tabell 4** Formalia vedrørende innleggelsen i sikkerhetspsykiatrisk avdeling

	Avdelingstype		Kjønn		Alle N=210
	Regional N=44	Fylkesdekkende N=166	Menn N=168	Kvinner N=42	
<b>Hovedlovhjemmel</b>					
Psykisk helsevernloven	29 (66 %)	134 (81 %)	128 (76 %)	35 (83 %)	163 (78 %)
Dømt til tvungent psykisk helsevern	9 (21 %)	20 (12 %)	25 (15 %)	4 (10 %)	29 (14 %)
Annet	6 <sup>a</sup> (14 %)	12 <sup>b</sup> (7 %)	15 (9 %)	3 (7 %)	18 (9 %)
<b>Innlagt fra</b>					
Allmennpsykiatrien	28 (65 %)	108 (66 %)	102 (61 %)	34 (85 %)	136 (66 %)
Sikkerhetsavdeling på annet nivå	5 (12 %)	37 (23 %)	39 (24 %)	3 (8 %)	42 (20 %)
Fengsel	10 (23 %)	17 (10 %)	24 (15 %)	3 (8 %)	27 (13 %)
Rusinstitusjon	-	1 (1 %)	1 (1 %)	-	1 (1 %)

<sup>a</sup> 3 under forvaring, 1 judisiell observasjon, 1 dømt til omsorg, 1 ikke angitt

<sup>b</sup> 5 sikring, 2 forvaring, 2 surrogatvaretekt, 1 barnevernloven, 1 straffeutsettelse, 1 ikke angitt

**Tabell 5** Årsak til og hensikt med innleggelsen

	Avdelingstype		Kjønn		Alle N=210
	Regional N=44	Fylkesdekkende N=166	Menn N=168	Kvinner N=42	
<b>Hovedårsak til innleggelsen***</b>					
Vold mot andre	31 (71 %)	118 (71 %)	140 (83 %)	9 (21 %)	149 (71 %)
Grov selvbeskadigelse, selvmordsfare	3 (7 %)	15 (9 %)	3 (2 %)	15 (36 %)	18 (9 %)
Vold mot både andre og seg selv	8 (18 %)	15 (9 %)	8 (5 %)	15 (36 %)	23 (11 %)
Annet	2 <sup>a</sup> (5 %)	18 <sup>b</sup> (11 %)	17 (10 %)	3 (7 %)	20 (10 %)
<b>Hensikter med innleggelsen (flere svar mulig)</b>					
Sikkerhetsplassering	31 (71 %)	111 (67 %)	118 (70 %)	24 (57 %)	142 (68 %)
Utredning	6 (14 %)	55 (31 %)	46 (27 %)	15 (36 %)	61 (29 %)
Rehabilitering	13 (30 %)	107 (65 %)	90 (54 %)	30 (71 %)	120 (57 %)
Judisiell observasjon	1 (2 %)	4 (2 %)	4 (2 %)	1 (2 %)	5 (2 %)
<b>Er pasienten innlagt på riktig sikkerhetsnivå?</b>					
Ja	34 (77 %)	106 (66 %)	117 (71 %)	23 (56 %)	140 (68 %)
Nei, for høyt	10 (23 %)	52 (32 %)	44 (27 %)	18 (44 %)	62 (30 %)
Nei, for lavt	0 ( %)	3 (2 %)	3 (2 %)	0	3 (2 %)

\*\*\* Statistisk signifikant forskjell mellom menn og kvinner (Chi kvadrat, 3DF, p<0.001)

<sup>a</sup> 2 spesielt vanskelige pasienter    <sup>b</sup> 9 spesielt vanskelige pasient, 5 brannstiftere, 4 som avlastning for allmennpsykiatrien

**Tabell 6** Psykiatriske diagnoser for 210 pasienter innlagt i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger pr. medio mai 2005.

	Avdelingstype		Kjønn		Alle N=210
	Regional N=44	Fylkesdekkende N=166	Menn N=168	Kvinner N=42	
<b>Primærdiagnose ***</b>					
Schizofreni	22 (50 %)	97 (58 %)	107 (64 %)	12 (29 %)	119 (57 %)
Schizoaffektiv lidelse	7 (16 %)	12 (7 %)	11 (7 %)	8 (19 %)	19 (9 %)
Affektiv psykose	1 (2 %)	8 (5 %)	8 (5 %)	1 (2 %)	9 (4 %)
Annen psykotisk lidelse	7 (16 %)	11 (7 %)	17 (10 %)	1 (2 %)	18 (9 %)
Alvorlig personlighetsforstyrrelse	6 (14 %)	17 (16 %)	17 (10 %)	16 (38 %)	33 (16 %)
Annet	1 <sup>a</sup> (2 %)	11 <sup>b</sup> (7 %)	8 (5 %)	4 (10 %)	12 (6 %)
<b>Andre psykiske problemer (flere svar mulig)</b>					
Rusproblemer	22 (50 %)	79 (48 %)	82 (49 %)	19 (45 %)	101 (48 %)
Alvorlig personlighetsproblematikk***	20 (46 %)	62 (37 %)	55 (33 %)	27 (64 %)	82 (39 %)
Stemningssvingninger***	11 (25 %)	43 (26 %)	36 (21 %)	18 (43 %)	54 (26 %)
Posttraumatisk lidelse***	5 (11 %)	12 (7 %)	8 (5 %)	9 (21 %)	17 (8 %)
Variierende grad av kognitiv svikt	1 (2 %)	9 (5 %)	9 (5 %)	1 (2 %)	10 (5 %)
Aspergers syndrom	1 (2 %)	3 (2 %)	4 (2 %)	0	4 (2 %)
ADHD	0	4 (2 %)	4 (2 %)	0	4 (2 %)

\*\*\* Statistisk signifikant forskjell mellom menn og kvinner; Chi kvadrat  $p < 0.001$

<sup>a</sup> Mental retardasjon    <sup>b</sup> Inkl. 3 Aspergers syndrom, 2 mental retardasjon, 1 autisme, 1 dissosiativ lidelse, 1 Tourettes sykdom

**Tabell 7** Behandlingstilbudet til 210 pasienter innlagt i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Ikke alt besvart for alle 210.

	Avdelingstype		Kjønn		Alle N=210
	Regional N=44	Fylkesdekkende N=166	Menn N=168	Kvinner N=42	
<b>Får psykofarmaka</b>	40 (91 %)	161 (97 %)	159 (95 %)	42 (100 %)	201 (96 %)
<b>Får samtalebehandling</b>	28 (65 %)	120 (74 %)	112 (68 %)	36 (88 %)	148 (72 %)
<b>Får gruppeterapi</b>	3 (7 %)	16 (10 %)	14 (9 %)	5 (13 %)	19 (9 %)
<b>Har tilfredsstillende behandlingstilbud</b>					
Ja	38 (95 %)	139 (87 %)	141 (88 %)	36 (90 %)	177 (89 %)
Bare delvis	2 (5 %)	19 (12 %)	17 (11 %)	4 (10 %)	21 (11 %)
Nei	0	2 (1 %)	2 (1 %)	0	2 (1 %)

**Tabell 8** Behandlingsmålsetning for pasienter innlagt i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger i mai 2005. Besvart for 205 av 210 pasienter.

	Avdelingstype		Kjønn		Alle N=205
	Regional N=44	Fylkesdekkende N=161	Menn N=164	Kvinner N=41	
<b>Hvilken instans planlegges pasienten skrevet ut til?</b>					
Annen sikkerhetsavdeling	12 (27 %)	9 (5 %)	17 (10 %)	4 (10 %)	21 (10 %)
Psykiatrisk sykehus	13 (30 %)	33 (21 %)	42 (26 %)	4 (10 %)	46 (22 %)
Psykiatrisk sykehjem	5 (11 %)	13 (8 %)	15 (9 %)	3 (7 %)	18 (9 %)
Rusinstusjon	0	2 (1 %)	1 (1 %)	1 (2 %)	2 (1 %)
Fengsel	5 (11 %)	3 (2 %)	8 (5 %)	0	8 (4 %)
Vernet bolig	3 (7 %)	54 (34 %)	38 (23 %)	19 (46 %)	57 (28 %)
Egen bolig	6 (14 %)	47 (29 %)	43 (26 %)	10 (24 %)	53 (26 %)
<b>Hva er et realistisk rehabiliteringsmål på sikt?</b>					
Egen bolig med varierende grad av støtte	14 (34 %)	67 (42 %)	67 (41 %)	14 (36 %)	81 (40 %)
Vernet bolig	8 (20 %)	57 (36 %)	45 (28 %)	20 (51 %)	65 (32 %)
Psykiatrisk sykehjem	2 (5 %)	6 (4 %)	7 (4 %)	1 (3 %)	8 (4 %)
Psykiatrisk sykehus	4 (10 %)	12 (8 %)	13 (8 %)	3 (8 %)	16 (8 %)
Langtids fengsel/forvaring	6 (15 %)	1 (1 %)	7 (4 %)	0	7 (4 %)
Langtidsopphold i sikkerhetspsykiatrien	7 (17 %)	17 (11 %)	23 (14 %)	1 (3 %)	24 (12 %)

## Diskusjon

*Kapasiteten* i et sengebasert sykehussystem kan måles ut fra to dimensjoner, henholdsvis eksisterende antall behandlingsplasser og bemanningen i forhold til disse plassene.

I 1997 var det 157 behandlingsplasser i norsk sikkerhetspsykiatri. Stortingsproposisjon nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse (heretter kalt Opptrappingsplanen), sa at det i perioden 1998-2006 skulle opprettes 160 nye plasser for personer dømt til tvungent psykisk helsevern. Hvis disse skulle opprettes i sikkerhetspsykiatrien, noe som kan virke som den mest rasjonelle plassering av denne tilveksten, skulle man i 2006 ha kommet opp i til sammen 317 sikkerhetspsykiatriske plasser i landet. I vår registrering pr. mai 2005 er det nå 229 plasser. Hvis man regner med at de 30 nye plassene nevnt i direktoratets brev av 17.03.05 blir etablert i 2006, vil man da være oppe i 259 plasser. Dersom det ovenstående resonnement er riktig, vil man altså likevel kun oppnå en plassdekning på 82 % av det Opptrappingsplanen forutsetter. For en ytterligere utdyping av resonnementet viser vi til brev av 20.05.05 fra overlege M. Sigurjónsdóttir (Vedlegg 6).

*Bemanningen* i forhold til eksisterende behandlingsspasser oppleves av avdelingene som stort sett tilfredsstillende, og det fremkommer relativt få ønsker om merkbar økning av stillingsrammene.

Det fremgår av avdelingenes svar at flere har høyt press på sine plasser. Særlig viser dette seg i svarene på om man får til en tilfredsstillende pasientsirkulasjon. Dette skyldes i sterk grad problemer med å få pasientene videre i systemet. Det gjelder altså hele kjeden, fra regionale sikkerhetsavdelinger via de fylkesdekkende til allmennpsykiatri, allmennhelsetjeneste og kommunal omsorg. Her blir brukt uttrykk som ”dominoeffekt”. Når det gjelder kapasiteten i allmennpsykiatrien, svarer kun fem av de 20 avdelingene (to regionale og tre fylkesdekkende) at dette har liten eller ingen betydning for deres egen kapasitetssituasjon. Av de øvrige angir svært mange at det har stor betydning. Kapasitetsproblemen i allmennpsykiatrien viser seg både i form av at den har vansker med å motta pasienter fra sikkerhetspsykiatrien og ved at den har behov for innleggelser i sikkerhetspsykiatrisk avdeling på grunn av egen sviktende evne til kontroll av enkelte pasienter.

Resultatet av de ovennevnte problemene manifesterer seg ved at sikkerhetsavdelingene anslår at fra 1/3 til 1/4 av pasientene befinner seg på for høyt sikkerhetsnivå. Botemidler for dette



angis i to retninger. Den ene er at rehabiliteringskapasiteten i psykiatrien og de kommunale tilbudene bedres, den andre er økning av antallet plasser i selve sikkerhetspsykiatrien. Dette siste ville oppnås ved realisering av Opptrappingsplanens formodete målsetting. I svarene som omhandler styrking av rehabiliteringstilbudet er det fremkommet forslag om en egenstyrt kjede fra sikkerhetspsykiatrien ut i samfunnet, altså en slags særomsorgsdel. I noen fylker har dette vært utprøvd med hell gjennom en del år.

Det er vesentlig forskjell i avdelingenes angivelse av kapasitetsproblemer. I en del avdelinger synes kapasiteten adekvat: De fører ikke ventelister, og de anfører at de gir få eller ingen avslag på søknader om innleggelse. I andre avdelinger er det til dels store problemer både med kapasitet og pasientsirkulasjon. Blant de avdelingene som markerer slike problemer skal her nevnes tre, henholdsvis Regional sikkerhetsavdeling Haukeland universitetssykehus, fylkesdekkende avdeling samme sted og Sykehuset Asker og Bærum med sin fylkesdekkende avdeling på Blakstad. Disse avdelingene ligger i folkerike fylker med uttalte urbane problemer og relativt sett få sikkerhetsplasser i forhold til dette. Ved Blakstad anføres endog at det på grunn av generell budsjettnedskjæring skal reduseres fra 11 til 9 plasser i avdelingen (Vedlegg 6). Dette synes å være særdeles lite i overensstemmelse med "Opptrappingsplanens" ånd, og er et eksempel på kollisjon mellom sentrale føringer og disposisjoner innen helseforetakene. Fra Haukeland beskrives liknende problemer i sterk grad, selv uten planer om plassreduksjoner. Der synes problemene særlig å være knyttet til videreføring til lavere sikkerhetsnivå: "Største problemet er å få pasienter overført til andre avdelinger når de anses ferdigbehandlet på dette nivået (...) dels tror vi på grunn av vanskelige ressursforhold andre steder i den generelle psykiatrien, dels på grunn av engstelse for farlighet". Haukeland uttrykker også bekymring over at de har mange presumptivt tilregnelige forvaringsdømte (opptar om lag 1 årsplass). Det anføres blant annet vansker med tilbakeføring av disse pasientene til Ila.

Kapasitetsproblemer knyttet til *finansieringsordninger* med hensyn til gjestepasientbetaling angis i denne undersøkelsen ikke å være av noen praktisk betydning.

I brevet fra Sosial- og helsedirektoratet ble det spesielt bedt om en oversikt over *statsborgerskap, etnisk tilhørighet og språkkunnskaper* blant norske sikkerhetspsykiatriske pasienter.

Mens om lag 4,6 % av den norske befolkning har utenlandsk statsborgerskap, er andelen i norske sikkerhetsavdelinger 5,8 %.

Det er mange ulike måter å definere etnisk bakgrunn på. I vårt spørreskjema definerte vi ikke begrepet nærmere. De foreliggende resultatene (Tabell 3) må derfor tolkes med forsiktighet.

I alt oppgis det at 15 % av pasientene i norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger har ikke-norsk etnisk bakgrunn. Til sammenligning kan nevnes at på landsbasis har om lag 8 % av befolkningen innvandringsbakgrunn (definert som personer med to utenlandsfødte foreldre). Det er en overrepresentasjon av pasienter med ikke-norsk etnisitet i regionale i forhold til i fylkesdekkende avdelinger. Andelen med ikke-norsk etnisk bakgrunn varierer også mellom regionene. Regional sikkerhetsavdeling for Helseregion Øst og Helseregion Sør har den høyeste andelen pasienter med ikke-norsk etnisk bakgrunn, 44 %. De regionale sikkerhetsavdelingene for Helseregion Vest og Helseregion Midt/Nord har henholdsvis 30 % og 14 % med ikke-norsk bakgrunn. Blant fylkesdekkende sikkerhetsavdelinger kan fremheves Oslo som har 35 % med ikke-norsk etnisk bakgrunn; i hele Oslos befolkning er det om lag 22 % med innvandringsbakgrunn. I Rogaland er 3 av i alt 7 pasienter av ikke-norsk opprinnelse. Blant de resterende 15 fylkesdekkende avdelingene har 10 ingen og resten fra 9 til 17 % med ikke-norsk etnisk bakgrunn.

Denne rapporten kan ikke si noe om grunnene til den åpenbare overrepresentasjonen av pasienter med ikke-norsk etnisk bakgrunn i landets sikkerhetsavdelinger. Men det er rimelig å peke på den skjeve kjønns- og alderssammensetningen blant innvandrere, den antatte traumatiske bakgrunnen til en del av disse menneskene og den psykiske belastning og til dels negative seleksjon som immigrasjon i seg selv representerer. Det er i den sammenheng på sin plass å minne om psykiater Ørnulv Ødegaards banebrytende undersøkelser blant norske immigranter til USA.

I materialet fremkommer det klare *kjønnsforskjeller* både når det gjelder diagnoser (Tabell 5), tilleggsproblemer (Tabell 5) og innleggelsesårsak (Tabell 6). Resultatene er i overensstemmelse med det en skulle forvente ut fra andre undersøkelser og faglitteraturen. Forenklet kan man si at når det gjelder menn domineres bildet av personer som har en psykotisk lidelse og er til fare for andre, mens kvinnene har alvorlig personlighetsavvik og selvskading/selvmondsproblematikk. Men også mange av kvinnene vurderes til å utgjøre en fare for andre.

## Konklusjon

Kapasitetsproblemene i landets sikkerhetspsykiatriske avdelinger synes å variere markert fra fylke til fylke og fra region til region. Når man nå står foran en vesentlig utvidelse av antallet sikkerhetspsykiatriske behandlingsplasser er det viktig å ta tilbørlig hensyn til slike regionale og fylkesvise forskjeller.

Som et hele synes sikkerhetspsykiatrien ikke å fremby de samme kapasitetsproblemer som for eksempel store deler av akuttpsykiatrien opplever i øyeblikket. Et felles problem synes imidlertid å være at man sliter med å få til en tilfredsstillende pasientsirkulasjon. Mye av kapasitetsproblemene i sikkerhetspsykiatrien kunne antakelig avhjelpes ved en styrking av resten av behandlingsskjeden, inkludert allmennpsykiatrien, allmennhelsetjenesten og den kommunale omsorgen. Det er viktig med tilstrekkelig faglig støtte og deltakelse fra spesialistnivå til den kommunale omsorgen som blir tillagt så kompliserte oppgaver.

Rapporten har kartlagt andelen av pasienter med ikke-norsk etnisk bakgrunn i landets sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Resultatene tilsier at det er en overhyppighet av pasienter med ikke-norsk etnisitet i forhold til befolkningen forøvrig. Dette forhold gjør seg særlig gjeldende i de regionale avdelingene og Oslos fylkesdekkende avdeling. Tilhørende språkproblemer kan medføre behov for økte ressurser.

Når det gjelder pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern er det viktig å følge utviklingen nøye. Det knytter seg endel usikkerhet både til hvor mange som kommer til å få slik dom og hvor i behandlingsskjeden de skal plasseres, initialt og på sikt.

I alle kapasitetsberegninger må det tas hensyn til at det antakelig alltid vil være en liten gruppe pasienter som vil ha behov for meget langvarig opphold på høyt til meget høyt sikkerhetsnivå.

Selv om denne rapporten gir svar på en del spørsmål om forholdene i norsk sikkerhetspsykiatri, er den på ingen måte uttømmende. Vi håper likevel den kan være et første steg i en vedvarende oppfølging og evaluering av utviklingen i denne viktige delen av vårt psykiske helsevern.

**Takk til alle landets sikkerhetsavdelinger som i en travel hverdag har tatt seg tid til å fylle ut spørreskjemaene og derved muliggjort denne undersøkelsen.**

## **Vedlegg 1**

# **Sikkerhetsavdelinger i Norge pr mai 2005**

## SIKKERHETSPSYKIATRISKE AVDELINGER I NORGE

Helseforetak og avdelingsnavn i dagligtale	Antall plasser
<b>REGIONALE</b>	<b>54</b>
Ullevål universitetssykehus HF, Dikemark	34
Haukeland universitetssykehus HF, Sandviken	10
St. Olavs Hospital HF, Brøset	10
<b>FYLKESDEKKENDE</b>	<b>175</b>
Sykehuset Asker og Bærum HF, Blakstad	11
Sykehuset Innlandet HF, Reinsvoll	11
Sykehuset Innlandet HF, Sanderud	8
Sykehuset Østfold HF, Veum	12
Aker universitetssykehus HF, Gaustad	22
Sørlandet sykehus HF, Eg	10
Sykehuset Telemark HF, Skien	9
Psykiatrien i Vestfold HF, Granli	8
Sykehuset Buskerud HF, Lier	6
Stavanger universitetssykehus HF, Stavanger	10
Haukeland universitetssykehus HF, Sandviken	10
Helse Fonna HF, Valen	10
Helse Nordmøre og Romsdal HF, Molde	18
Helse Førde HF, Førde	8
St. Olavs Hospital HF, Brøset	8
Nordlandssykehuset HF, Rønvik	6
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Åsgård	8
<b>I ALT</b>	<b>229</b>

## **Vedlegg 2**

# **Brev av 17. mars 2005 fra Sosial- og helsedirektoratet**

Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Deres ref:  
Saksbehandler: agk  
Vår ref: 02/8369  
Arkivkode:  
Dato: 17.03.2005

## Behov for nye plasser i landets sikkerhetsavdelinger.

Sosial- og helsedirektoratet skal bidra til at pasienter innen sikkerhetspsykiatrien får adekvate tilbud om observasjon, vurdering av rett behandlingsnivå, behandling og muligheter for rehabilitering. Direktoratet gjennomførte derfor i 2003 en kartlegging av behandlingskapasiteten innen sikkerhetspsykiatrien etter at lov om særreaksjoner trådte i kraft 01.01.2002.

Som en følge av anbefalingene etter kartleggingen foreslås det i St. prp. nr.1 (2004-2005) opprettelse av 30 nye sikkerhetsplasser, spesielt observasjons- og utredningsplasser. Videre står det at direktoratet skal vurdere fordelingen av disse plassene i samarbeid med de regionale helseforetakene.

I tråd med de føringene som gis gjennom St. prp. nr. 1 og for å få et best mulig vurderingsgrunnlag ber vi kompetansesentrene å bidra til:

1. I samarbeid med sikkerhetsavdelingene i regionen/regionene foreslå hvor mange nye plasser man har behov for og hvilke behov som skal dekkes (observasjoner, vurderinger, sikkerhetsplasser på høyt eller middels høyt nivå eller rehabiliteringsplasser) fram til opptrappingsplanperioden avsluttes i 2008.

For å kunne vurdere hvilke behandlingstilbud og tilbud om rehabilitering som bør være tilgjengelige er det behov for å få noe mer kunnskap om pasientene innen sikkerhetspsykiatrien. Dette gjelder bl.a. i forhold til språk, spørsmål om statstilhørighet ved utskrivning, muligheter for rehabilitering osv. Direktoratet vil derfor i tillegg be kompetansesentrene om :

2. I samarbeid med sikkerhetsavdelingene i regionen/regionene få oversikt over etnisk tilhørighet og status for statsborgerskap hos pasienter som har vært og er i sikkerhetsavdelinger. I den forbindelse skal det synliggjøres hvor mange pasienter som er norske statsborgere, men som ikke har norsk etnisk bakgrunn i 1. og 2. generasjon samt hvor mange som ikke er norske statsborgere. Direktoratet ber om:
  - Oversikt over hvor mange som ikke kan norsk, både antall og prosentvis andel av den totale populasjonen.
  - Oversikt over etnisk tilhørighet for pasienter i sikkerhetsavdelinger i 2004, både antall og prosentvis andel av den totale populasjonen.

Sosial- og helsedirektoratet  
Avdeling for spesialisthelsetjenester

- Oversikt over etnisk tilhørighet for pasienter i sikkerhetspsykiatrien pr. 1. mai 2005, både antall og prosentvis andel av den totale populasjonen.
- Oversikt over hoved- og bidiagnose, evt. tentativ diagnose.

Med vennlig hilsen



Hans Petter Aarseth e.f.  
avdelingsdirektør



Anne-Grete Kvanvig  
seniorrådgiver

Kopi: Regionale helseforetak



## **Vedlegg 3**

# **Avdelingsskjema**

# AVDELINGSSKJEMA

*Ett skjema pr. avdeling*

**Avdelingens navn:** \_\_\_\_\_

**Avdelingen er:**  Regional  "Fylkesdekkende"  Begge deler

**Bemanning:** Beskriv antall stillingshjemler for ulike fagkategorier (ekskl. kontorpersonale), stillingsbrøker og evt. vakanser:

Ufaglærte: \_\_\_\_\_

Hjelpepleiere: \_\_\_\_\_

Sykepleiere: \_\_\_\_\_

Psykiatriske sykepleiere: \_\_\_\_\_

Psykologspesialister: \_\_\_\_\_

Psykiatere: \_\_\_\_\_

Kliniske sosionomer \_\_\_\_\_

Annet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antall lukkede plasser:** \_\_\_\_\_

**Antall åpne/rehabiliteringsplasser:** \_\_\_\_\_

**Hvordan er bemanningen i forhold til behovet?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Er avdelingens fysiske utforming tilfredsstillende?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gitt avdelingens nåværende bygningsmasse, hvor mange plasser kan den økes med - under forutsetning av adekvat økning av personalressurser?**

\_\_\_\_\_ nye plasser

**Gitt hele institusjonens/sykehusets bygningsmasse, hvor mange nye plasser kan man få til – igjen under forutsetning av adekvat økning av personalressursene?**

\_\_\_\_\_ nye plasser

**Hvordan er pågangen for å få plass hos dere?**  Høy  Passelig  Lav

**Fører dere ventelister?**  Ja  Nei

**Hvor mange avslag på velbegrunnede søknader gir dere i løpet av en måned?** Ca. \_\_\_\_\_

**Tar dere imot pasienter utenfor definert opptaksområde?**  Ja  Nei

**Hvordan influerer eventuelt finansieringsordningen på avdelingens inntakspolitikk?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Får dere til en tilfredsstillende pasientsirkulasjon?**  Ja  Nei

**Hvis Nei: Hvorfor ikke?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hva er etter din vurdering den største flaskehalsen i systemet? \_\_\_\_\_

---



---



---

### Rangér følgende typer plasser etter behov/etterspørsel

( 1=størst behov, 2= nest størst osv)

- Observasjonsplasser
- Vurderingsplasser
- Sikkerhetsplasser, regionalt (høyt) nivå
- Sikkerhetsplasser, fylkesdekkende (middels) nivå
- Sikkerhetsplasser, lavt nivå (rehabiliteringsplasser)
- Plass for judisiell observasjon
- Plass for pasienter dømt til behandling

Får dere forespørsler om å få innlagt personer under 18 år?  Ja  Nei

Tar dere eventuelt imot personer under 18 år? :  Ja  Nei

Er det behov for en egen sikkerhetsavdeling for ungdom?  Ja  Nei

I hvilken grad har dere inntrykk av at mangelen på plasser i sikkerhetspsykiatrien henger sammen med inadekvate ressurser i den generelle psykiatriske helsetjenesten? \_\_\_\_\_

---



---



---

I hvilke situasjoner tar dere imot pasienter som egentlig ikke har behov for et så høyt sikkerhetsnivå som det dere representerer? \_\_\_\_\_

---



---



---

Til slutt noen nøkkeltall fra avdelingens virksomhet i 2004 som forhåpentligvis kan hentes frem fra årsmeldingen eller lignende:

Antall innleggelser \_\_\_\_\_

Antall utskrivninger \_\_\_\_\_

Beleggsprosent \_\_\_\_\_%

Gjennomsnittlig liggetid \_\_\_\_\_

Antall liggedøgn \_\_\_\_\_

Hvor mange var innlagt i avdelingen i løpet 2004? \_\_\_\_\_ pasienter

Hvor mange av disse var av utenlandsk opprinnelse? \_\_\_\_\_ pasienter

List opp disse personenes etniske tilhørighet hvis mulig: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Bruk resten av arket til andre momenter du gjerne vil ha frem! \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## **Vedlegg 4**

# **Pasientskjema**

# PASIENTSKJEMA

*Det skal fylles ut ett skjema for hver pasient innlagt i Uke 19 (9.-13. mai)*

**Kjønn:**  Mann  Kvinne

**Fødselsår:** 19\_\_\_\_\_

**Lovhjemmel:**  Psykisk helsevernloven  
 Soner straff  
 Dømt til behandling  
 Annet \_\_\_\_\_

**Overført fra:**  Allmennpsykiatrisk avdeling  
 Fengsel  
 Varetekt  
 Soning  
 Forvaring  
 Sikring  
 Sikkerhetsavdeling på annet nivå

**Statsborgerskap:** \_\_\_\_\_

**Hjemmehørende i** \_\_\_\_\_ **fylke**

**Etnisk tilhørighet:**  Etnisk norsk  Annet: \_\_\_\_\_

**Hvis innvandrer:**  1. generasjons  2. generasjons

**Flyktning/asylsøker:**  Ja  Nei

**Behersker norsk:**  Ja  Dårlig  Nei

**Trenger tolk?**  Ja  Nei

**Kan pasienten norsk godt nok til å ha nytte av samtalebehandling?**  Ja  Nei

**Hovedårsak til plassering i sikkerhetsavdeling:**

- Vold mot andre
- Selvbeskadigelse, selvmordsfare
- Annet \_\_\_\_\_

**Hva er hovedhensikten med innleggelsen hos dere?**

- Observasjon
- Vurdering
- Sikkerhetsplassering, høyt nivå
- Sikkerhetsplassering, middels nivå
- Rehabilitering
- Judisiell observasjon

**SNU!!!**

- Er pasienten plassert på riktig sikkerhetsnivå?**  Ja  
 Nei, for høyt  
 Nei, for lavt

**Tentativ primærdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Problemområder** (kryss gjerne av flere):

- Rusproblemer  
 Angst  
 Psykoseproblematikk  
 Alvorlig personlighetsforstyrrelse  
 Stemningssvingninger  
 Post-traumatisk stresslidelse  
 Dissosiasjon  
 Annet \_\_\_\_\_

**Får psykofarmaka:**  Ja  Nei

**Får individuell samtalebehandling:**  Ja  Nei

**Får gruppeterapi:**  Ja  Nei

**Gitt rammene: Er det psykiatriske behandlingsbehovet adekvat dekket?**

- Ja  Bare delvis  Nei

**Hvor vil pasienten sannsynligvis dra etter oppholdet hos dere?**

- Til regional sikkerhetsavdeling  
 Til fylkesdekkende sikkerhetsavdeling  
 Psykiatrisk sykehus  
 Psykiatrisk sykehjem  
 Fengsel/forvaringsanstalt  
 Vernet bolig  
 Egen bolig

**Hvor lenge er det sannsynlig at pasienten blir værende i avdelingen?**

\_\_\_\_\_ måneder

**Hva mener du er et realistisk mål på sikt for rehabilitering av denne pasienten?**

---



---



---

**Evt. tilleggsinformasjon** \_\_\_\_\_

---



---



## **Vedlegg 5**

# **Følgeskriv av 2. mai 2005 fra Kompetansesenteret**



Oslo, 2. mai 2005

## Til alle sikkerhetsavdelinger

### Undersøkelse om landets sikkerhetspsykiatriske avdelinger

I Stortingsproposisjon nr.1 (2004-2005) foreslås det opprettelse av 30 nye sengeplasser i sikkerhetspsykiatrien. I forbindelse med den beslutningsprosessen Sosial- og helsedirektoratet nå står oppe i, ber de i brev av 17.03.05 de tre Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri om hjelp til å kartlegge en del forhold. Særlig gjelder det nåværende behandlingsskapitet og en del forhold vedrørende pasientenes statsborgerskap og etniske bakgrunn. Målet er å skaffe seg et bedre vurderingsgrunnlag.

På kompetansesentrenes kontaktmøte i Trondheim 7. - 8. april i år ble man enige om at direktoratets forespørsel best kunne imøtekommes ved en systematisk innsamling av data ved hjelp av spørreskjema. Det ble bestemt at undersøkelsen skal gjøres likt i alle helseregioner. Vårt kompetansesenter fikk oppgaven med den praktiske gjennomføringen.

Vi viser til vedlagte skjemaer:

1. **Avdelingsskjema.** Spørreskjemaet inneholder spørsmål om avdelingens størrelse, bemanning, utforming og kapasitet. Det skal fylles ut ett skjema for hver avdeling.
2. **Pasientskjema.** Det skal her fylles ut ett skjema for hver pasient som er innlagt i avdelingen på en bestemt dag i løpet av Uke 19 (9. – 13. mai; velg selv). Skjemaet inneholder spørsmål om etnisk bakgrunn, antatt diagnose, behandling og rehabiliteringsmuligheter.

Vi ber dere om å kopiere opp Pasientskjemaet i det nødvendige antall. Ta kontakt med oss hvis dere ikke disponerer kopieringsutstyr, så kan vi sende dere det nødvendige antall skjemaer.

For ordens skyld: Det er ikke nødvendig å søke Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen. Det kan vi si på bakgrunn av at vi nylig har hatt et annet prosjekt inne til vurdering i REK. Det prosjektet har som mål å kartlegge

psykiatriske helsetjenester i noen utvalgte fengsler. Metoden er helt parallell til den foreliggende: Fengslene vil bli bedt om å fylle ut et spørreskjema som beskriver spesialisthelsetilbudet i fengselet; i tillegg skal det fylles ut skjema med aidentifiserte data for hver enkelt innsatt som får et psykoterapitilbud. Om denne undersøkelsen skrev REK i sitt svarbrev: "Komiteen oppfatter denne studien som kvalitetssikring av behandlingstilbudet i norske fengsler, og ikke som et prosjekt av en slik art at det omfattes av komiteens mandat om fremleggelsesplikt. Men siden komiteen har behandlet prosjektet, vil den likevel uttale at den ikke har innvendinger mot at det gjennomføres."

I og med at alle pasientopplysninger som samles inn kun vil foreligge i aidentifisert form, er det heller ikke nødvendig å innhente tillatelse fra Datatilsynet.

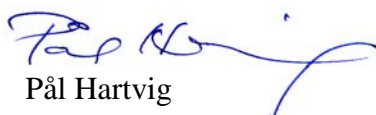
Oppgaver som den vi nå ber dere om, vet vi utgjør en ekstra belastning i en travel hverdag. Men vi håper dere vil kunne oppleve det som meningsfylt å delta i undersøkelsen. Den vil bidra til at Sosial- og helsedirektoratet får et realistisk bilde av situasjonen og derfor et bedre grunnlag for sine avgjørelser.

Vi må sette svarfristen til 19. mai. Vi kommer til å purre dersom vi ikke hører noe fra dere!

Ikke nøl med å ta kontakt dersom det er spørsmål eller uklarheter.

Med ønske om godt samarbeid –

  
Bjørn Østberg

  
Pål Hartvig

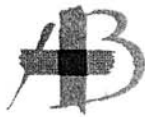
  
Ellen Kjelsberg

Kopi: Sosial- og helsedirektoratet v/ seniorrådgiver Anne-Grete Kvanvik  
Kompetansesenteret for Helseregion Vest, Bergen  
Kompetansesenteret for Helseregion Midt og Helseregion Nord, Trondheim

Vedlegg: Avdelingskjema  
Pasientskjema

## **Vedlegg 6**

**Brev av 20. mai 2005  
fra overlege M. Sigurjónsdóttir,  
Sykehuset Asker og Bærum**



20.05.05

Ullevål Universitetssykehus HF  
Psykiatrisk divisjon  
Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri  
for Helseregion Øst og Helseregion Sør v/ Bjørn Østberg og Ellen Kjelsberg  
Bygning 7 Gaustad  
Sognsvannveien 21  
0320 Oslo

### Innspill til undersøkelse om sikkerhetspsykiatriske avdelinger.

#### **Generelt:**

Myndighetene v/ Stortinget har utalt seg om hvilket behov det er for sengeplasser i sikkerhetspsykiatrien i Norge.

Her henviser undertegnede til Stortingsmelding 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet, kapittel 4 (tabell 4-2) hvor det kommer frem at den 10.03.1997 finnes det 103 fylkeskommunale sikkerhetsplasser og 54 regionale sikkerhetsplasser i Norge. Her kommer det også frem (boks 4.2) at man regner bemanningsbehov på regional sikkerhetsavdelinger for å være minimum 5,0 og på fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger for å være minimum 3,0.

I Stortingsproposisjon nr 63 (1997-1998) som også har vært kalt Opptrappingsplanen, kommer det klart frem i kapittel 4.4.4. og tabeller 4.1 og 4.5 at det skal opprettes 160 plasser for dømt til tvungent psykisk helsevern i landet. Dette skal skje i perioden 1998-2006. Det er ikke spesifisert om disse sengeplassene skal være regional eller fylkeskommunal sikkerhetsplasser. Det sies heller ikke klart at disse skal være sikkerhetsplasser i det hele tatt, men det er vanskelig å konkludere slik at de som er dømt til behandling er så uproblematisk i sin atferd at de kan i 8 år behandles på en vanlig psykiatrisk post. Det er også viktig å huske at farlighetsvurderinger, farlighetshåndteringer og jusen rundt disse pasientene krever spisskompetanse og man kan ikke forvente at alle psykiatere og psykologspesialister har denne kompetansen.

Det kan da se slik ut at planen er å ha  $103 + 54 + 160 = 317$  plasser innen sikkerhetspsykiatrien i 2006. Da Norges befolkning nå er 4,6 millioner regnes behovet for **sengeplasser i sikkerhetspsykiatrien for å være 7 per 100.000**. Her skiller man ikke mellom regional og fylkeskommunal sengeplasser. Befolkningen kan økes i antall frem til 2008 men neppe så betydelig at tallet endres drastisk, da Statistisk sentralbyrå regner kun med begrenset befolkningsvekst i denne tiden.

Hvis myndighetene mener at dette er behovet så burde det være enkelt å regne ut behovet for enkelte områder og helseforetak ut i fra befolkningsgrunnet som helseforetaket skal tjene.

### **Akershus:**

Akershus befolkning er litt under 500.000.

I dag er det slik at innbyggere i Follo (med unntak av Enebakk kommune) får sine psykiatriske sykehustjenester ved Aker Universitetssykehus. Befolkningen i Follo (uten Enebakk) er omtrent 100.000 mennesker og de får sine sikkerhetsplasser på Gaustad. Behovet for sikkerhetsplasser for Follo (uten Enebakk) er da omtrent 7.

Sykehuset Asker og Bærum HF, tjener befolkningen i Asker og Bærum som har befolkning på omtrent 150.000 mennesker. Behovet for sikkerhetsplasser blir da 10,3.

Romerrike (Lørenskog, Ullensaker, Aurskog-Høland, Skjedsmo, o.fl.) og Enebakk kommune får sine psykiatriske sykehustjenester fra Akershus Universitetssykehus. Befolkningen der er omtrent 230.000 som betyr at de trenger omtrent 16 sengeplasser.

Problemet med sikkerhetsplasser for de som bor i Groruddalen i Oslo må løses. Det må avklares om innbyggere i Groruddalen skal videre få sitt behov for sikkerhetsplasser dekket på Aker Universitetssykehus eller om de skal få disse tjenestene i gjennom sitt nåværende helseforetak som er Akershus Universitetssykehus. Befolkningen der er 75.000, som utgjør behov for sikkerhetsplasser som er omtrent 5 sengeplasser.

Den faktiske situasjonen for Akershus fylke er at innbyggere i Follo (uten Enebakk) skal få sine behov for sikkerhetsplasser dekket innen sikkerhetssystemet på Gaustad. Akershus Universitetssykehus har ingen sikkerhetsavdeling men har en gammel kontrakt med Blakstad at de har 4 sikkerhetsplasser ved sikkerhetsavdelingen på Blakstad. På Sykehuset Asker og Bærum HF (Blakstad), finnes det 11 sengeplasser frem til 1.09.05 og da blir antallet redusert til 9 sengeplasser, hvorav Akershus Universitetssykehus disponerer 4 plasser.

Regional sikkerhetsavdeling på Dikemark er den som skal tjene Helseregion Øst og Helseregion Sør med befolkning på 2,3 millioner. De har 31 sengeplass. Dette betyr at Dikemark har omtrent 1,35 sengeplasser på regionalt nivå per 100.000 innbyggere.

Det er da en alvorlig mangel av sikkerhetsplasser i Akershus fylke. På regionalt nivå regner man omtrent 5 plasser for befolkningen i Asker, Bærum og på Romerrike (med Enebakk). På fylkeskommunalt nivå finnes det 11 plasser som snart skal reduseres til 9. Fra 1.09.05 blir det da **14 plasser** som deles på **befolkning på omtrent 380.000. Behovet antas å være 26-27 sengeplasser uten at man tar hensyn til Groruddalen, men 32 plasser når Groruddalen regnes inn i befolkningen som Akershus Universitetssykehus tjener.**

Da Akershus fylke har fra før vært ansett som belastet område i henhold til psykiske lidelser (storbyfenomenet med psykoser og rus) og kriminalitet (før lovendringen var det høyest antall folk på sikring fra Akershus) vurderes dette å være kritisk situasjon. Det er høyst nødvendig med å opprette flere sikkerhetsplasser for innbyggerene i Akershus fylke. Det må være opp til sentrale myndigheter å bestemme om man oppretter disse plassene på Akershus Universitetssykehus eller om man benytter seg av den kompetanse som allerede finnes på Sykehuset Asker og Bærum HF, og utvider driften der. Men det mest viktige må være at Akershus kommer opp på landsgjennomsnitt i henhold til sikkerhetsplasser.

### **Andre hensyn:**

Det har vært diskutert behov for å tjene fengslene med behandlingsplasser for farlige fanger som har psykiske lidelser. Det kan være et argument for at de områder i landet som har

fengsel som tar inn de mest farlige kriminelle i landet burde ha noen ekstra plasser for å kunne gi farlige fanger behandlingstilbud uten å utsette samfunnet, medpasienter eller personale for unødvendig fare. Dette kan være en oppgave som de vanlige psykiatriske sykehusene har problemer med. Det kan nevnes at innen Helseregion Øst og Helseregion Sør finnes det to fengsler som har spesialisert seg i farlige fanger, Ila (forvaringsenheten) og Ringerike fengsel. Dette kan være en av de ting som bør vurderes når man snakker om å fordele 30 sikkerhetsplasser rundt omkring i landet.

### **Judisielle/sakkyndige vurderinger:**

Behovet for å kunne gjøre rettssakkyndige vurderinger basert i døgnobservasjon har lenge vært diskutert. Man har blant annet sammenlignet med Sverige hvor det er mulig å legge folk inn i rettspsykiatriske sykehus og gjøre slike vurderinger i løpet av 4 uker. Det er sikkert behov for dette i noen tilfeller hvor observasjon over tid er viktig. Helsepersonell har mye erfaring med å gjøre vurderinger og undersøkelser av pasienter med mulige psykiske lidelser eller atferdsproblemer. Kompetansen for dette er til stede i helsevesenet men ikke i fengslene hvor disse personene ofte befinner seg.

Samtidig er det viktig ikke å blande kortene. For det første er formålet med judisiell eller rettssakkyndig vurdering å avklare vedkommendes helsetilstand for å finne ut om de er strafferettslig tilregnelige eller ikke. Konsekvensen er at vedkommende kan bli dømt til noe (straff eller tvungen omsorg eller tvungent psykisk helsevern). For det andre er det viktig at helsepersonell ikke kommer i dobbelrolle overfor pasienter med å gjøre utredning som skal bidra til strafferettslige konsekvenser men ikke det som pasienten kanskje forventer som er å gi best mulig behandling. Det er et viktig rettsikkerhetsprinsipp at de ikke er de samme personene som gjør sakkyndig vurdering og skal behandle vedkommende pasient seinere.


Det er etter undertegnede mening viktig at den som skal vurderes forstår at innleggelse til vurdering ikke er behandlingsopphold og det er viktig at helsepersonell ikke har en dobbel rolle overfor pasienter. Derfor mener undertegnede at det burde opprettes en liten avdeling ved en av de regionale sikkerhetsavdelingene i landet. Denne avdelingen burde spesialisere seg i rettsakkyndige vurderinger og finansieres av justisdepartementet. Likevel burde fagligheten reguleres av helsedepartementet og statens helsetilsyn. Det å knytte en slik avdeling til en av de regionale sikkerhetsavdelingene kan være viktig da fagfolket ansatt på begge avdelingene kan da bidra faglig overfor hverandre og vedlikeholde sin kompetanse gjennom faglig samarbeid. Det er uklart for meg hvor mange plasser det er behov for. Jeg kan ikke tenke meg at alle som skal ha rettsakkyndig vurdering skal legges inn på denne måten men kun de personer hvor det er vanskelig å avklare hvilken tilstand eller diagnose de har. Hvis man bestemmer seg for 4-6 ukers vurderingstid kan man rotere mange igjennom avdelingen per år. (1 plass og 6 uker hver (med skrivearbeid) → mer enn 8 vurderinger per år). Det er sannsynlig at de som skal vurderes utskrives tilbake til fengsel hvis det ikke finnes psykisk lidelse og hvis det finnes psykiatrisk lidelse som kan behandles poliklinisk samt at andre blir innlagt i psykiatrisk sykehus hvis det er det aktuelle behandlingsbehovet etter vurderingsoppholdet.

### **Konklusjon:**

Det er godt mulig at situasjonen i henhold til sikkerhetsplasser andre steder i landet er vanskelig uten at undertegnede kjenner til det. Men det er viktig at nye sikkerhetsplasser blir etablert og opprettet hvor det er størst behov og undertegnede mener å ha argumentert godt for opprettelse av nye plasser i Akershus fylke. Samtidig mener undertegnede at det fremkommer

gode argumenter i dette brevet at man skiller behandling formelt og administrativt fra sakkyndig vurdering.

Vennlig hilsen

  
María Sigurjónsdóttir overlege 1C  
Sykehuset Asker og Bærum hf,  
Divisjon psykisk helse Blakstad  
Postboks 83, 1309 RUD