

Sikkerhetspsykiatri i Helse Midt-Norge

Gjennomgang av det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet,
et delprosjekt under samlet gjennomgang av psykiske
helsevern i Helse Midt-Norge

Dato 16.12.15

Innhold

SIKKERHETSPSYKIATRI I HELSE MIDT-NORGE	1
1. INNLEDNING	3
1.1. BAKGRUNN FOR PLANEN.....	3
1.2. ARBEIDSGRUPPE	3
2. OVERORDNET OM ROLLER OG ANSVAR	4
2.1. SPESIALISTHELSETJENESTENS ANSVAR.....	4
2.2. HVEM ER SIKKERHETSPSYKIATRISKE PASIENTER.....	5
2.3. OVERORDNET BEHANDLINGSIDEOLOGI.....	6
3. ULIKE ENHETER MED OPPGAVER I ET SIKKERHETSPSYKIATRISK PASIENTFORLØP ..	6
4. BYGG OG ANLEGG	11
4.1. PLANER FOR BYGG MED RELASJON TIL SIKKERHETSPSYKIATRI.....	12
4.2. SIKKERHETSPSYKIATRISKE LOKALITETER I HELSE MIDT-NORGE.....	12
4.3. ARBEIDSGRUPPENS VURDERING OG ANBEFALING	14
5. KAPASITET	16
5.1. INTERN KAPASITET	17
5.2. DOM TIL TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN I HMN	17
5.3. UTVIDELSE AV VIRKEOMRÅDET FOR SÆRREAKSJON FOR DOM TIL TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN (TPH) OG TVUNGEN OMSORG (TO).....	18
5.4. ARBEIDSGRUPPENS VURDERING OG ANBEFALING	19
6. KOMPETANSE OG BEMANNING	20
6.1. KRAV TIL KOMPETANSE OG BEMANNING.....	20
6.2. ARBEIDSGRUPPENS VURDERING OG ANBEFALING	21
7. SIKKERHETSPSYKIATRISK PASIENTFORLØP	22
7.1. SYSTEM FOR Å SKAPE GODE OG SAMMENHENGENDE PASIENTFORLØP	25
7.2. SÆRLIGE BEHOV FOR IKT	26
7.3. ARBEIDSGRUPPENS VURDERING OG ANBEFALING	26
8. FORSKNING OG UTVIKLING	28
8.1. KOMPETANSESENTERET FOR SIKKERHETS-, FENGSELS-, OG RETTSPSYKIATRI.....	28
8.2. ARBEIDSGRUPPENS VURDERING OG ANBEFALING	28
9. FINANSIERING AV DE SIKKERHETSPSYKIATRISKE TJENESTETILBUDENE	28
9.1. SÆRLIG OM KOSTNADER FOR DØMTE SOM OVERFØRES FRA SYKEHUS TIL LAVERE OMSORGSNIVÅ	29
9.2. SÆRLIG OM KOSTANDER TIL BYGG OG ANLEGG	30
9.3. ARBEIDSGRUPPENS VURDERING OG ANBEFALING	30

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for planen

Helse Midt-Norge RHF er i gang med ny regionale plan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Arbeidet forventes å være ferdig i løpet av våren 2016.

Ledernettsverket for psykisk helsevern (PH) og (TSB) i Helse Midt-Norge har bedt om at det sikkerhetspsykiatriske tilbudet gjennomgås før planen for psykisk helsevern ferdigstilles. Dette henger bl.a. sammen med behov for avklaringer i pågående omstillingsprosesser i Helse Møre og Romsdal (Helse Møre og Romsdal HF), pågående planlegging av investeringer i bygg i flere HF. I tillegg er det flere konkrete pasientsaker som avdekker behov for avklaringer om ansvar og roller.

Helse Midt-Norge RHF iverksatte på bakgrunn av dette et delprosjekt for gjennomgang av det sikkerhetspsykiatriske tilbudet.

Dette arbeidet vil bli koordinert med hovedprosjektet som omhandler hele psykiatrifeltet og regional plan for TSB. Arbeidet med samlet plan for psykisk helsevern og TSB er startet opp i 2015 og forventes styrebehandlet i 2016.

1.2. Arbeidsgruppe

Administrerende direktør i helseforetakene utpekte deltakere for gjennomgang av det sikkerhetspsykiatriske utfordringsbilde

Planen er utarbeidet av

Seksjonssjef	John Sigurd Tetlien	St.Olavs hospital HF, Divisjon psykisk helsevern, Brøset
Avdelingsoverlege (hovedtekstforfatter)	Karl Henrik Melle	St.Olavs hospital HF, Divisjon psykisk helsevern, Brøset
Avdelingsoverlege	Nils Håvard Dahl	Helse Nord-Trøndelag HF
Fagådgiver TSB	Terje Haaland	St.Olavs hospital HF, klinikk for rus og avhengighet, koordinerende enhet
Seksjonssjef	Roger Almvik	St.Olavs hospital HF/ kompetansesenteret
Avdelingssjef / overlege	Brit Ingunn Hana	Helse Møre og Romsdal HF
Overlege	Andreas Kjerstad	Helse Møre og Romsdal HF, sikkerhetsforsterket avd
Rådgiver /koordinator	Arild Vassenden	Helse Midt-Norge RHF
Møterefereent /sekretær	Ellinor Arild	Ernst & Young

Følgende personer har bidratt med særlige innspill i arbeidsmøter

Førstestatsadvokat	Bjørn Soknes	Trøndelag statsadvokatembeter
Eiendomssjef	Lars Magnussen	Helse Midt-Norge RHF
Eiendomssjef	Åge Lien	St.Olavs hospital HF
Enhetsleder	Stine Kilden	Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungen psykisk helsevern
Psykologspesialist, seksjonsleder	Emanuel Revis	St.Olavs hospital HF, Divisjon psykisk helsevern, Sentral fagenhet for tvungen omsorg

Under planarbeidet har leder / koordinator hatt dialog med

Gruppe	dato
Regionalt brukerforum	09.03.15
Utredningsgruppene regional plan psykisk helsevern /-TSB	20.04.15
Regionalt fagsjefmøte	11.05.15
AU	06.03.15
Ledergruppen RHF	21.10.15
Regionalt møteserie om håndtering av tvang (TSB/PH)	Vår/høst-2015

Arbeidet er forelagt styringsgruppen for den regionale psykiatriplanen

	dato
Felles styringsgruppe for psykisk helsevern /TSB	26.02.15
Felles styringsgruppe for psykisk helsevern /TSB	27.08.15

Planen har vært på 3 ukers høring i helseforetakene, regionalt brukerutvalg , AU og de regionale nettverkene for fagsjefer, økonomisjefer og HR-sjefer

2. Overordnet om roller og ansvar

2.1. Spesialisthelsetjenestens ansvar

Helse Midt-Norge RHF har i hht spesialisthelsetjenesteloven sørge-for-ansvar for befolkningen i helseregionen. Dette innebærer et ansvar for å sikre tilstrekkelig, og kvalitativt godt tilbud til befolkningen. Det regionale helseforetakets oppgave er også å bestemme hvilke tjenestested som skal ha ansvar for utførelse av ulike oppgaver. Dette kan være offentlig eide tjenester og også gjennom avtaler med private. Det regionale helseforetaket har også ansvar for systemer som sikrer at de ulike tjenestesteder er koordinert innad i spesialisthelsetjenesten og mot kommunene slik at pasienten får best mulig behandling og resursene utnyttes effektivt. I tillegg har det regionale foretaket ansvar for å bidra til tilstrekkelig utdanning av helsepersonell og for forskning

Helseforetakene (HF) har ansvar for utførelse av oppgaver i tråd med god faglighet og innenfor rammer som er gitt i lov, forskrift og i hht styringskrav fra eier (RHF).

Transport av psykisk syke pasienter er i prinsippet Helse Midt-Norges ansvar. Det regionale brukerutvalget ba spesielt om at denne pasientgruppens særlige behov blir ivaretatt ved overføringer mellom hjem og helseforetak, mellom ulike enheter og evt andre transportbehov. Dette sees i sammenheng med nasjonal vurdering av behovet for psykiatri-ambulans og politietatens behov for å redusere antall pasienttransporter

Etter en vurdering av hvilke krav som stilles til sikkerhet under transport for en person hvor det er risiko for vold, og den gjeldende lovgivning for bruk av tvang utenfor sykehus vil disse transporter måtte utføres av politi.

For pasienter hvor risiko for vold er under kontroll vil den ordinære ambulans- og pasienttransportordningen kunne benyttes.

2.2. Hvem er sikkerhetspsykiatriske pasienter

De sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudene skal ivareta **behandlingsansvar** for pasienter med alvorlig psykiatrisk sykdom og samtidig særlig vanskelig og/eller risiko for vold. I tillegg til behandling skal sikkerhetspsykiatrien ivareta **samfunnsvernet** for samme pasientgruppe.

Pasientene kan være frivillig tilknyttet etter kapittel 2 i *Psykisk helsevernloven* (PHVL), underlagt tvang etter kapittel 3, eller dømt til behandling med hjemmel i kapittel 5 i samme lov.

Innsatte i fengsel med risiko for vold kan ha en psykisk lidelse. Hvis de får behandling for den psykiske lidelsen i fengsel anses de ikke som en sikkerhetspsykiatrisk pasient i dette planarbeidet. Dersom en innsatt som vurderes med høy risiko for vold overføres fra fengsel til behandling i psykisk helsevern er pasienten å anse som en sikkerhetspsykiatrisk pasient.

Dersom rusavhengige utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende rusmiddelbruk kan det iht. *Helse og omsorgstjenesteloven* (HOTL) § 10-2 fattes vedtak om at vedkommende, uten eget samtykke, kan tas inn i en institusjon i psykisk helsevern utpekt av regionalt helseforetak. Vedtaket gjelder for opphold inntil tre mnd. Ved utagerende atferd er det i praksis psykisk helsevern godkjent for tvang som faglig og bemanningsmessig best kan ivareta vernet. Sykehusavdelingene i Helse Midt-Norge er forhåndsutpekt ut til å ivareta §10-2- innleggelse. Det blir gjort en vurdering i hver enkelt sak hvilke sikkerhetsnivå som er nødvendig for best å ivareta vernet av pasienten. Om nødvendig kan regional sikkerhetsavdeling bli valgt.

I tillegg mottar de sikkerhetspsykiatriske enheter i Norge en liten gruppe personer til innleggelse som faller utenfor «sørge-for-ansvaret». Dette er personer som er siktet i straffesaker etter *Straffeprosessloven* (STRPL.) § 167, og som innlegges til judisiell observasjon.

På lik linje med andre enheter i psykisk helsevern tar sikkerhetsposter også imot siktede i varetekt til varetektssurrogat etter strpl. § 188, annet ledd. Det rettslige grunnlaget for disse oppholdene er noe uklart. Varetektssurrogat etableres etter kjennelse fra retten og samtykke

fra avdelingen. Avdelingene kan avvise varetektssurrogat hvis dette fortrenger pasienter med mer behov for innleggelse.

For både observasjon og varetektssurrogat etterspør rettsapparatet etterspør kompetanse og rammer som i praksis bare er etablert i psykisk helsevern, og i hovedsak sikkerhetspsykiatri.

Planen omfatter i utgangspunktet pasienter over 18 år. Personer under 18 år diagnostiseres, behandles og følges vanligvis opp av psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og barnevern (BV). Spesialister i voksenpsykiatriske sikkerhetsavdelingen bistår i risikohetsvurdering i BUP på forespørsel.

RSA har erfaring med pasienter ned til 15 år og hatt til dels langvarige behandlingsopplegg for pasientene.

Aaldersgrensen mellom BUP og voksenpsykiatri skal fortsatt praktiseres fleksibelt. Basert på streng faglig vurdering kan sikkerhetsavdelingen ta i mot enkeltpasienter når dette er nødvendig for å ivareta pasienten og samfunnsvernet.

Utredningsgruppen har ikke vurdert særskilte avdelinger i regionen for barn og unge. En evt spesialavdeling for personer med risiko for vold, under 18 år, må utredes nasjonalt pga av det lave antallet.

Denne planen omfatter ikke utredning og oppfølging av personer med psykisk utviklingshemming og risiko for vold. Disse pasientene ivaretas av Sentral fagenhet for tvungen omsorg med hjemmel i straffeloven. Det er nært faglig samarbeid mellom sikkerhetspsykiatri og fagenheten.

2.3. Overordnet behandlingssideologi

Tjenestetilbudet til pasienter med behov for sikkerhetspsykiatriske tjenester er bygger på det samme verdigrunnlag og faglige ideologi som andre tjenester i psykisk helsevern.

Pasientgruppen skal behandles med samme respekt og verdighet som andre pasienter.

Målsettingen er å utforme pasientforløpene slik at pasientene kan mestre livet på lavere omsorgsnivå.

Risiko for vold gir særlige utfordringer. Det er betydelig inngripen i pasienters autonomi når tjenesten må iverksette betydelig grad av kontroll. Det er faglig utfordrende å diagnostisere og behandle psykiske lidelser med risiko for vold eller potensiell risiko for vold. Det kreves tydelige og robuste systemer i behandlingsmiljøet som sikrer faglig gode og ansvarlige vurderinger.

3. Ulike enheter med oppgaver i et sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp

I det følgende gis en kort oversikt over enheter som har særlige oppgaver for den sikkerhetspsykiatriske pasienten. Dette omfatter enheter med forsterket sikkerhet. I tillegg er det beskrevet enheter som inngår i pasientforløpet (se kapittel 7) til pasienter med sikkerhetsproblemstillinger, før og etter at oppholdet i forsterkede enheter er avsluttet (*Nummerering er satt av utredningsgruppen*)

I. NASJONALT ANSVARSOMRÅDE

a. Sentral fagenhet for dom til tvungen omsorg

Sentral fagenhet for tvungen omsorg er organisert sammen med det psykiatriske tilbudet ved Regional sikkerhetsavdeling på Brøset, og er en del av et integrert kompetansemiljø. Ved etableringen av særreaksjonsordningen var det en forutsetning at denne type enhet skulle være samlokalisert med en av de tre regional sikkerhetsavdelingene i Norge.

Enheten ble opprettet for å ivareta psykisk utviklingshemmede som blir idømt særreaksjonen tvungen omsorg etter straffeloven § 39. Dette er personer med et funksjonsnivå lavere enn ca 55 i intelligenskvotient (IQ) som er funnet utilregnelige etter strl. § 44 annet ledd.

Tiltakene har særlig finansiering over statsbudsjettet. Enheten er den eneste i landet, og det foreligger ingen planer om å etablere flere enheter.

Døgnetenheten på Brøset har fem senger med en personellfaktor på 5:1 (5 ansatt i miljø pr aktiv sengeplass), det samme nivå som Regional sikkerhetsavdeling Brøset. Størstedelen del av særreaksjonen gjennomføres som kommunale tiltak (kategori IVb)

b. «Enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå»

Lovendringen med ikrafttredelse 1. juli 2012 «*Kapittel 4 A. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå*» ga hjemmel for etablering av en slik enhet. Det er foreløpig ingen avdeling i Norge som har en enhet som er klassifisert i denne kategorien. Sentrale myndigheter har foreløpig ikke besluttet til hvilken avdeling en slik enhet skal etableres.

Jfr PHL kapittel 4A-2: Med enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå menes enhet innenfor regional sikkerhetsavdeling som kan ta imot pasienter der det på grunn av særlig risiko for rømmning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter eller personell, er nødvendig med særlig forhøyet sikkerhet.

II. REGIONALT ANSVARSOMRÅDE

a. Regional sikkerhetsavdeling (RSA)

I Helse Midt-Norge er den regionale sikkerhetsavdelingen (RSA) lokalisert ved St. Olavs hospital HF (St.Olavs hospital HF), avdeling Brøset. Den omfatter tre sengeposter med sikkerhetsmessig gradert tilbud.

Jfr PHL kapittel 4A-2: Med regional sikkerhetsavdeling menes avdeling som på regionalt nivå behandler og utreder pasienter med alvorlig sinnslidelse eller mistanke om dette, og hvor det foreligger aktuell risiko for alvorlig voldelig atferd)

(TSB har regionale tjenestetilbud, men har pr 2015 ingen sikkerhetsforsterket regional enhet. Videre omtale av TSB under pkt IVb)

III. FORETAKSDEKKENDE ANSVARSOMRÅDE

a. Lokal sikkerhetsavdeling i St.Olav Hospital HF

Foretaksdekkende enheter er beskrevet i Stortingsmelding nr.25 (1997-98) som «fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger». Det er et foretaksdekkende tjenestetilbud for St. Olavs Hospital HF ved avdeling Brøset. Tjenestetilbudet er faglig en integrert del av driften av Regional sikkerhetsavdeling. StOlavs hospital finansierer andel av driften på Brøset til lokale pasienter.

Helse Nord-Trøndelag (Helse Nord-Trøndelag HF) HF har ikke foretaksdekkende sikkerhetsplasser. St.Olavs hospital HF betjener Helse Nord-Trøndelag HF ihht en innarbeidet praksis.

I Helse Møre og Romsdal (Helse Møre og Romsdal HF) HF er det etablert en forsterket rehabiliteringsavdeling i Ålesund. Denne er planlagt for å ivareta pasienter med sikkerhetsproblematikk på HF-nivå i Helse Møre og Romsdal HF. I praksis har avdelingen også andre pasientgrupper. I Molde (Hjelset) er det innlagt pasienter med sikkerhetsproblematikk.

Helse Møre og Romsdal HF har utarbeidet planer for overføring av alle pasienter med behov for sikkerhetsforsterkede plasser til Ålesund for å etablere en foretaksdekkende sikkerhetspost, men samling av alle sengene er ikke effektivert pr. mai 2015

IV. ANDRE AVDELINGER SOM HAR ROLLER I PASIENTFORLØPENE

I omtalen av tilbud til sikkerhetspasienten utenfor sikkerhetsavdelinger legges det til grunn at pasienten fortsatt er underlagt tvungent psykisk helsevern etter kapittel 3, eller er underlagt dom til TPH etter kapittel 5, eller også frivillig innlagte med faglig vurdert forhøyet risiko.

a. Sykehusavdelinger og distriktpsikiatriske senter (DPS)

Alle avdelinger innen psykisk helsevern og TSB i HMN kan ha oppgaver i **forløpene** til pasienter med sikkerhetspsikiatriske problemstillinger. I spesialisthelsetjenesten vil det i hovedsak være enheter som er godkjent for tvunget psykisk helsevern.

- Lukkede sykehusavdelinger med godkjenning for tvungent psykisk helsevern **med og uten** døgnopphold.
 - Lukkede akuttavdelinger

- Andre lukkede avdelinger

(i St. meld.nr 25 omtales disse enhetene som «forsterkede allmenpsykiatriske avdelinger»)

- Åpne avdelinger med godkjenning for tvungent psykisk helsevern **med og uten** døgnopphold
 - DPS
 - Ikke lukkede sykehusavdelinger

Av disse har de lukkede akuttavdelingene en særlig rolle både materielt og bemanningsmessig for å kunne håndtere pasienter med utagerende og eller truende atferd (se senere om pasientforløp).

I Helse Møre og Romsdal er ikke noen DPS godkjent for tvang med døgnopphold (pr mai 2015). Dette gir begrensninger i mulighetene for aktivt å kunne rehabilitere pasienter med behov for de rammene tvungent psykisk helsevern med døgnopphold gir. Den sikkerhetspsykiatriske pasienten har ofte behov for lange opphold under tvungent psykisk helsevern. Det betyr at pasientene i Helse Møre og Romsdal HF kan bli i sikkerhetsforsterkede avdelinger lenger enn nødvendig som følge av den organiseringen som er valgt.

b. TSB-avdelinger

TSB er fra 2014 organisert under sykehusforetakene. I Helse Nord-Trøndelag HF er TSB organisert i psykiatrisk klinikk, mens det i St.Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF er organisert som egne klinikker. I tillegg er det inngått avtaler med private leverandører om TSB-tjenester.

Det er 4 enheter som kan lukkes for å kunne gjennomføre tvang i hht HOTL §10-2, men det er begrenset mulighet for å ivareta utagerende pasienter (pr 2015). Lokalene er ikke tilpasset for utagering, bemanningen er lav i forhold til utageringsproblematikk, kompetanse på håndtering av utagerings er lav. I tillegg setter lovverket begrensinger for hvilke tiltak en kan ta i bruk overfor pasienten.

c. Kommunale og private tjenestetilbud som ikke er spesialisthelsetjeneste

Når pasientens sinnslidelse er optimalt behandlet og utagerende atferd har opphørt eller er kartlagt og under kontroll vil en kunne etablere individtilpasset oppfølgingsprogram utenfor spesialisthelsetjenesten. Pasienter som er administrativt underlagt tvungent psykisk helsevern (TPH) må overføres fra TPH med døgnopphold til TPH uten døgnopphold om kriteriene for tvungent vern fortsatt er til stede. Tjenestetilbudet kan være:

- tjenestetilbud i kommunal eller privat institusjon (TPH **uten** døgnopphold)
- hjemmebaserte tiltak (TPH **uten** døgnopphold)

Oppfølgingen vil ofte skje i kombinasjon av ressursinnsats mellom spesialisthelsetjeneste (ambulante team og poliklinikk) og kommune/private.

For pasienter som er **dømt** til tvungent psykisk helsevern forutsettes det at gjennomføring av behandling er i tråd med krav i lovverk, og at alle endringer av omsorgsnivå skjer i tråd med retningslinjene utarbeidet av Nasjonal koordineringsenhet (<http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/dom-til-behandling/Sider/retningslinje.aspx>)
Retningslinjene omfatter avgjørelser om endringen, regulerer samhandlingen med påtalemyndigheten, domstolsprøving, varsling til fornærmede, pårørende etc.

St.Olavs hospital HF har høstet positiv erfaring med privatdrevet tilbud for pasient med langtids sikkerhets-problematikk. Tilbudet har faglig bistand fra St.Olavs hospital HF. (om finansiering, se kapittel X, om tilbudet se kapittel 8).

V. KOMPETANSESENTER /KOORDINERINGSENHETEN

a. Kompetansesenteret for sikkerhet, fengsels og rettspsykiatri

Kompetansesenteret for sikkerhet, fengsels og rettspsykiatri i HMN er kompetanseenhet for Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Enheten er lokalisert ved Brøset og inngår i et integrert fagmiljø med kompetansesenteret, kliniske avdelinger, Sentral fagenhet for tvungen omsorg og universitet (NTNU). Senterets hovedoppgaver er forskning, opplæring, metodeutvikling og rådgivning. Kompetansesenteret utfører oppdrag for helsemyndigheter, helseforetakene, kriminalomsorg mfl.

b. Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungen psykisk helsevern

Gjennomføring av dom til behandling kan være prosessuelt komplisert. Behandlingen kan være langvarig og kan forlenges ved tidsregulerte milepæler. Pasienter kan være dømt i en del av landet og ta opphold i en annen del av landet, noe som kompliserer samhandling mellom ansvarlige etater.

Det enkelte tjenestested som følger opp pasienter etter opphold i sikkerhetsavdeling kan ha liten erfaring med praktisering av gjeldende rett fordi det er sjelden at den enkelte helseforetaksenhet/kommune får ansvar for pasienter underlagt dom.

Nasjonal koordineringsenhet er opprettet for å følge og støtte prosessen for alle pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern (jf. Prop. 108 L (2011-2012)).

Nasjonal koordineringsenhet skal primært:

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

Nasjonal koordineringsenhet er organisert under Oslo universitetssykehus HF og Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst

c. Midlertidig Rettspsykiatrisk Enhet (MRE)

Enheten er et pilotprosjekt nedsatt av justismyndighetene for å sikre god og stabil kvalitet på rettspsykiatriske observasjoner. Prosjektet utarbeider og vedlikeholder oversikter med kvalitetssikrede opplysninger om aktuelle sakkyndige til rettspsykiatriske observasjoner og sikrer gode rutiner for rekvirering av sakkyndige. Enheten kan ta imot observander/siktet til rettspsykiatrisk observasjon i spesialtilpassede lokaler.

Enheten er lokalisert i sengepostområde til Regional Sikkerhetsavdeling (RSA) og Sentral Fagenhet Tvungen Omsorg (SFTO) og den har vært i drift f.o.m. 05.01.2015

4. Bygg og anlegg

Det er i Norge ikke gitt formelle krav til godkjenning av sikkerhetspsykiatriske døgnplasser spesielt (i Danmark er det stilt spesifikke krav til sikkerhetspsykiatrisk enheter).

I Norge er det stilt materielle krav til avdelinger som skal behandle pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, jfr *forskrift om institusjoner som skal ha ansvar for tvunget psykisk helsevern*. <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20111216-1258-001.html>

Utredningsgruppen har tatt utgangspunkt i kravene i forskriften om tvang i den videre vurderingene.

Materiellekrav

§ 3. Materielle krav

Institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp kan ivaretas, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal i tillegg

- a) så langt det er mulig gi tilbud om enerom*
- b) ha tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer*
- c) ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål*
- d) ha tilgang på egnede utearealer som skal være i rimelig nærhet av institusjonen*
- e) være fysisk utformet og materielt utstyrt slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås*
- f) være materielt utrustet slik at anvendelse av tvang er forsvarlig*
- g) sørge for at rom som tenkes brukt til isolasjon er egnet til formålet*
- h) ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter*

(pkt g er ikke i bruk i Helse Midt-Norge)

4.1. Planer for bygg med relasjon til sikkerhetspsykiatri

Alle de ulike bygg og anlegg i psykisk helsevern er viktige for å kunne disponere de sikkerhetspsykiatriske plassene best mulig, både av hensyn til pasientene og god ressursbruk. Bygg og anlegg generelt vurderes av utredningsgruppen som utarbeidet ny regional plan for psykisk helsevern (ferdigstilles i 2016). I denne utredningen vurderes de sikkerhetspsykiatriske tilbudene, men gruppen velger allikevel å peke på noen planer som er premissgivende for sikkerhetspsykiatri i Helse Midt-Norge.

St.Olavs hospital HF vedtok i januar 2015 å investere i nytt bygg for akuttpsykiatri på Østmarka. Bygget skal være ferdig 2017. Funksjonell akuttpsykiatri er en nøkkelressurs for at psykisk helsevern skal fungere inkludert de sikkerhetsforsterkede enheter. Forbedrede muligheter for skjerming på akuttposter og lukkede poster kan forebygge innleggelse på høyere sikkerhetsnivå.

St.Olavs hospital HF har også langtidsplan for bygging av et psykiatrisenter samlokalisert med de somatiske sentrene på Øya. Akuttpsykiatri vil, slik planene foreligge pr jan 2015, bli overført til Øya. De nye lokalene på Østmarka vil da bli overtatt av andre spesialenheter, som får bedre mulighet til å ivareta pasienter med bla truende og utagerende atferd. Disse lokalene vil kunne ivareta behovene til lukkede poster, men vil ikke tilfredsstille de kravene til sikkerhet som Regional sikkerhetsavdeling Brøset vil ha behov for.

Helse Nord-Trøndelag HF har vedtatt bygging av ny døgnenhet i psykiatrisk klink ved Sykehuset Levanger. Den inneholder akuttsenger, skjermingsenhet, subakuttsenger, og senger til alderspsykiatri og TSB. Enheten er bygningsmessig integrert med psykiatriske sengeposter og poliklinikker (om sikkerhetspost i Helse Nord-Trøndelag HF, se kapittel 4.2).

Helse Møre og Romsdal HF har vedtatt bygging av nytt felles akuttpsykehus på Hjelset som skal erstatte de somatiske sykehusene i Molde og Kristiansund. I det nye akuttpsykehuset på Hjelset skal det også bygges døgnplasser for psykisk helsevern. Hva sykehuset skal inneholde er under planlegging i 2015.

Dagens bygg på Hjelset er planlagt revet, og den åpne utredningsenheten i Molde blir avviklet i dagens lokaler når nytt sykehus står ferdig.

Det er for tidlig å si hvilke funksjoner i psykisk helsevern som skal etableres i nytt sykehus.

4.2. Sikkerhetspsykiatriske lokaliteter i Helse Midt-Norge

St. Olavs hospital

RSA Brøset er tre sengeposter, bemanning på de regionale postene er fastsatt i st.mld 25

- Post A: 5 sengeplasser med en bemanningsfaktor på 5:1.
- Post B: 5 sengeplasser med en bemanningsfaktor på 5:1
- Post C: 6 sengeplasser med bemanning på ca. 4:1.

Østmarka

- Post 7: 9 sengeplasser med en bemanningsfaktor på ca 4:1.
- Post 6: 15 sengeplasser med en bemanningsfaktor på ca 2:1 .

Post 6 har lokaler som kan benyttes, med skjermingsenheter. Ved behov for å ta imot pasienter med behov for økt sikkerhet økes bemanningsfaktoren med innleie.

Det regionale tilbudet på Brøset har i dag umoderne og nedslitte lokaler. Lokalene er til dels funksjonelle fordi de har rikelig med plass, men lokalene holder ikke tilstrekkelig kvalitet, verken sikkerhetsmessig eller den generelle bygningsstandard. I bygningene er det bla fellestolett og fellesdusj.

Sikkerhetspsykiatrien på Brøset ligger i område som er regulert til boligformål.

Det foreligger vedtak fra før 2002 om av salg av Brøseteiendommen. I tidligere planer er det forutsatt at salget skal finansiere nybygg på Østmarka. Tomt til ny sikkerhetspsykiatrisk avdeling på Østmarka er klarert.

St.Olavs hospital HF -Eiendom, som har ansvar for salgsprosessen forventer en avklaring i løpet av 2015.

Det foreligger kostnadsestimater for salg, men dette er pga. av pågående salgsprosess ikke offentlig. Det er pr januar 2015 klart at nye lokaler på Østmarka er beregnet å koste mer enn salgssummen.

En eventuell videre drift på Brøseteiendommen vil kreve betydelige opprustnings- og vedlikeholdskostnader. Dagens lokaler er delvis fredet av Riksantikvaren, og en må forvente at det kan ligge fordyrende begrensinger i rehabiliteringsprosjektet.

Det er per i dag i praksis ikke mulig å finne midlertidige lokaler som kan ivareta tilstrekkelig sikkerhet og kapasitet hvis det iverksettes total renovering av Brøset. Renovering for videre sikkerhetspsykiatrisk drift synes derfor urealistisk. Dette innebærer at St.Olavs hospital HF må finne en løsning for nye bygninger (se senere)

Helse Nord-Trøndelag

Helse Nord-Trøndelag HF har ikke egen foretaksdekkende sikkerhetspost. Akuttavdelingene i Levanger og i Namsos har lukkede poster. Dette er en struktur Helse Nord-Trøndelag HF ønsker å fortsette med inntil det er minst 5-6 pasienter i Nord-Trøndelag som trenger en sikkerhetsforsterket langtidspost.

Det er to skjermingsplasser ved sykehuset Levanger og to skjermingsplasser ved sykehuset Namsos. Dette er en begrensende faktor for kapasitet til å ta imot pasienter med utageringsproblematikk.

I de vedtatte planene for nytt bygg på Levanger er det 4 skjermingsplasser.

Helse Møre & Romsdal

Det er i dag seks plasser på posten «forsterket rehabilitering» i Ålesund. Det er i utgangspunktet to skjermingsplasser i Ålesund, men som følge av bygningsmessige forhold vil en pasient i enkelte tilfeller kunne oppta begge plassene. Pasientadministrative data fra enhetene i Ålesund viser at sikkerhetsplassene blir brukt til ulike typer pasienter, også pasienter som ikke har behov for sikkerhetsnivået i avdelingen. Klinikken har iverksatt en grundig gjennomgang av bruken av alle postene for å få mest mulig effektiv bruk av lokaler og bemanning.

Postene på Hjelset er i gamle bygninger som ikke holder krav til moderne sykehusdrift. Det er innlagt pasienter med sikkerhetsproblematikk til langtidsbehandling i lukket post på Hjelset. Det er etter pålegg fra arbeidstilsynet nødvendig med bygningsmessig oppgradering ved Hjelset for å tilfredsstillere lovkrav til ventilasjon og brannvern, selv om lokalene skal rives innen 7-8 år.

4.3. Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling

St.Olavs hospital HF

De bygningsmessige forholdene ved RSA må oppgraderes for å tilfredsstille dagens krav til bygningsstandard og sikkerhet. Det synes ikke realistisk å rehabilitere dagens lokaler på Brøset, både av kostnadshensyn, vernekrav og fordi en ikke kan etablere en mellomløsning i rehabiliteringsperioden.

Den styrevedtatte salgsprosessen av Brøset-eiendommen vil høyst sannsynlig bli avgjort i 2015. Eiendommen på Brøset er allerede omregulert til boligformål, og blir etter hvert som omkringliggende areal bygges ut stadig dårligere egnet for sikkerhetspsykiatri. Boligbygging kommer i direkte konflikt med økende krav til sikring av områdene rundt sykehuset (perimetersikring). Det vil etter alt og dømme være et tidsspørsmål før Brøseteiendommen må fraflyttes.

Arbeidsgruppen anbefaler at det bygges en moderne sikkerhetspsykiatrisk avdeling i Trondheim. Det anbefales at det bygges opp et senter med mulighet for differensierte sikkerhetsnivå i ulike poster, tilstrekkelig skjermingsmulighet, egnede lokaler for judisielle observasjoner etc. Videre er det vesentlig med tilstrekkelig areal for ute- og inneaktivitet som tilfredsstillende dagens sikkerhetskrav.

Arbeidsgruppen anbefaler at den sikkerhetspsykiatriske avdeling skal inneholde Sentral fagenhet og kombinerte sikkerhetsposter på HF-nivå og regionalt nivå. I tillegg anbefaler gruppen sterkt at samlokalisering med kompetansesenteret videreføres. Dette gir sterkt fagmiljø, og det legger til rette for god klinikk, god forskning og fagutvikling og mulighet for effektiv ressursutnyttelse

Gruppen anbefaler at Helse Nord-Trøndelag sitt behov for sikkerhetsplasser på HF-nivå vurderes bygget inn i avdeling i Trondheim med kapasitet inntil 5-6 plasser.

Kompetanse og kapasitet ved RSA er etterspurt fra andre deler av landet for særlig krevende pasienter. Arbeidsgruppen anbefaler av den grunn at Helse Midt-Norge RHF aktivt tar initiativ overfor Helse- og omsorgsdepartementet for å vurderer etablering sikkerhetsforsterket enhet på høyeste sikkerhetsnivå ved det nye senteret, jfr PHVL Kap 4A-1 og 2.

Pga. av manglende nasjonale krav til sikkerhetsfunksjoner anbefaler gruppen at det i planprosessen for bygging legges vekt på realkompetansen som i dag er i sikkerhetspostene ved Brøset og ved kompetansesenteret. Det er i tillegg naturlig å innhente erfaring fra England, Skottland, Sverige og Danmark. Dette gjelder krav til sengeposter, fellesareal, inne- og uteaktivitetsareal, perimetersikring osv.

Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres moderne digitale samarbeidsløsninger med de andre aktørene i forløpene til pasienter med sikkerhetsproblematikk. Dette omfatter gjennomgående pasientdokumentasjon og gode løsninger for videobasert veiledning og undervisning mellom enheter.

Arbeidsgruppen anbefaler at Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med St.Olavs hospital HF så snart som mulig legger nytt sikkerhetspsykiatrisk senter inn i langtidsbudsjett.

Helse Nord-Trøndelag HF

Arbeidsgruppen anbefaler at Helse Nord-Trøndelag HF kjøper døgnenger i sikkerhetspsykiatrisk senter i St.Olavs hospital HF. Gruppen støtter Helse Nord-Trøndelag HFs vurdering av at det ikke er forsvarlig ressursbruk å etablere sengeposter med færre enn 5-6 plasser. Foreløpig er behovet for sengedøgn for Helse Nord-Trøndelag HF langt lavere i Helse Nord-Trøndelag HF enn 5-6. (se statistikk i kap 5) Dersom behovet skulle endres kan en ved en senere anledning vurdere opprettelse av en egen enhet i Helse Nord-Trøndelag HF.

Helse Møre og Romsdal HF

Arbeidsgruppen anbefaler at Helse Møre og Romsdal HF fortsatt skal ha sengepost med sikkerhetsforsterkede senger. Dette begrunnes med at Helse Møre og Romsdal HF har mange nok pasienter med døgnplassbehov til å få ressursmessig forsvarlig drift. Praktisk samarbeid med enheter på lavere omsorgsnivå gjør det hensiktsmessig å beholde foretaksdekkende sikkerhetsforsterket enhet geografisk plassert i Helse Møre og Romsdal HF.

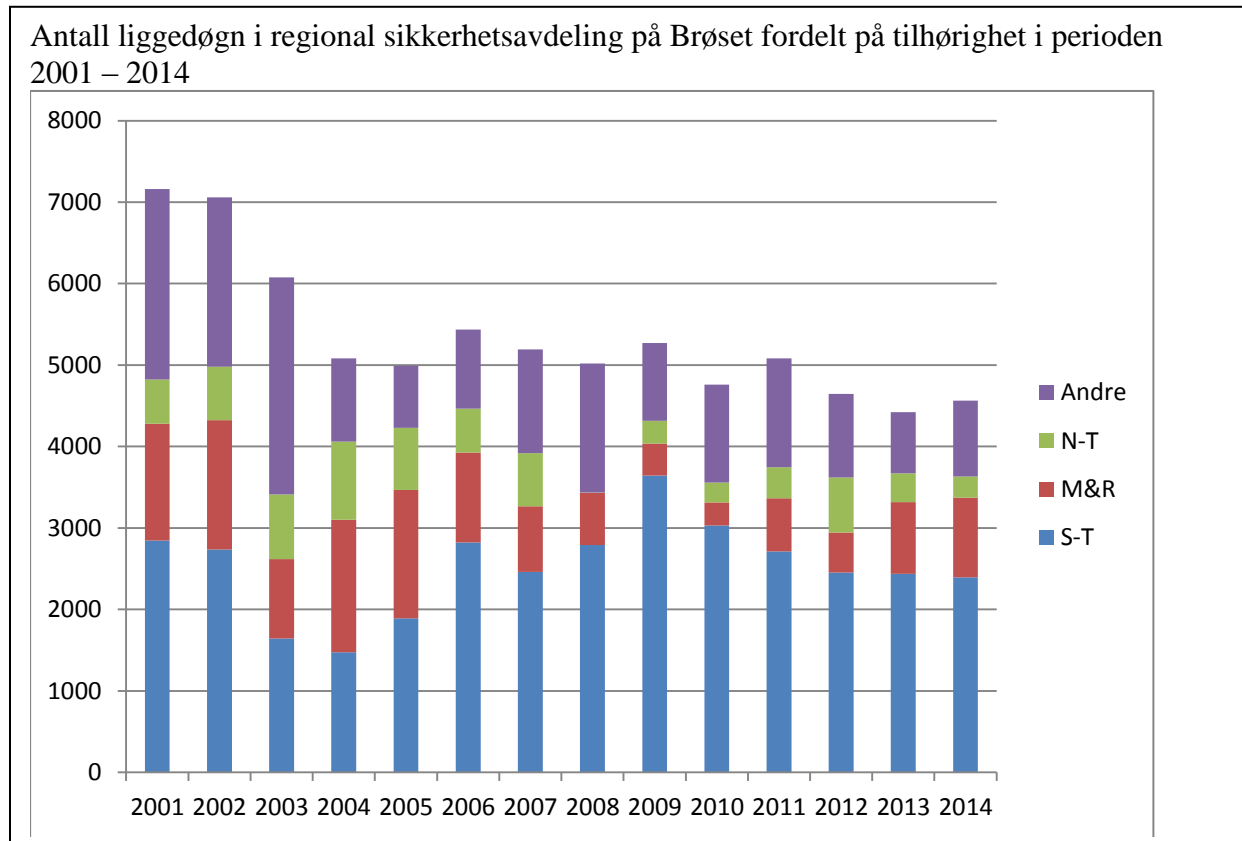
Regionen blir kapasitetsmessig mindre sårbar med døgnenheter både i Helse Møre og Romsdal HF og i Trondheim

Arbeidsgruppen anbefaler at Helse Møre og Romsdal HF samler det sikkerhetspsykiatriske tilbudet til en enhet i tråd med foretakets egne vurderinger for å bygge og vedlikeholde et samlet fagmiljø. Arbeidsgruppen mener det er grunnlag for å fortsatte med sikkerhetspsykiatri på HF-nivå i Ålesund, og at det ikke er særlige faglige grunner til å anbefale at det bygges ny sikkerhetsavdeling ved ny-sykehuset i Molde. Gruppen anbefaler at spørsmålet om lokalisasjon besvares endelig i planprosessen for nytt sykehus i HMR.

Det er behov for bygningsmessig modernisering i Ålesund. Vurdering av behov må sees i sammenheng med den pågående gjennomgangen av tjenester og areal for sykehuspsykiatri i Ålesund, og den samlede bygningsdisponering i foretaket

5. Kapasitet

Statistikk fra de 14 siste årene viser en relativt stabil gjennomsnittlig bruk av sikkerhetsforsterkede plasser. I tillegg har St.Olavs hospital HF hatt kapasitet til i gi et behandlingstilbud for krevende pasienter fra andre deler av landet (gjestepasienter).



Tabell 1: antall liggedøgn i RSA

Kapasitet ved sikkerhetspsykiatriske enheter er avhengig av flere faktorer.

- Kapasiteten er avhengig av effektivitet internt i psykisk helsevern. Dette gjelder både den interne effektivitet i sikkerhetsforsterkede enheter og kapasitet hos samarbeidspartene i pasientforløpene til pasientgruppen.
- Kapasiteten avhengig av antall som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Dette ligger utenfor psykisk helseverns reguleringsmulighet.

Videre er det flere kapasitetsregulerende mekanismer

- Finansieringsmekanismer (omtales i kap 9)
- Egnede lokaliteter
- Kompetanse

5.1. Intern kapasitet

Etterspørselen vil variere over år og gjennom året. Disse variasjonene anses som tilfeldig og lite forutsigbare, men kan fremstå som trender over tid. Under pekes allikevel på noen kapasitetsregulerende forhold.

Ferieavvikling er sårbar for utageringsproblematikk pga. lavere bemanning og mindre trent og samtrent bemanning som følge av innleie. Det er i ferieperiodene lavere kompetanse både på forebygging av utagering og lavere kompetanse på å gjenvinne kontroll.

I tillegg kan det være ulik grad av hast ved forespørsel om plass, både fra domstolene og ved overføringer fra HMNs enheter eller andre regioner. Høy grad av hast krever en viss grad av reservekapasitet innenfor sikkerhetsenhetene og fleksibel kapasitet i enhetene som de friskeste pasientene kan omfordes til. En person som blir dømt til tvungent psykisk helsevern skal kunne mottas til innleggelse *umiddelbart* i hht lovregulering. Det er samtidig få personer som dømmes til tvungen psykisk helsevern, og rettsprosessen gjør at RHF og HF har mulighet til å planlegge. I mange tilfeller er pasienten innlagt i en av enhetene før det faller dom.

Kapasiteten i sikkerhetsavdelinger avhenger også av effektivitet i organisering av pasientforløpene. Det omfatter forarbeidet før henvisningene, sikkerhetspsykiatriens interne faglige beslutningsprosesser, parallelt samarbeidsprosesser med andre (for eksempel somatikk) og overføringene til oppfølgende enheter. Hensiktsmessige lokaler generelt, god kapasitet på skjermingsenheter og gode aktivitetsmuligheter for pasientene er erfaringsmessig effektivitetsfremmende faktorer.

Gode planer, trygge og gode vekslinger mellom enheter, tett samarbeid med politi og påtalemyndighet for de som er under dom, og supervisjon kan forhindre unødvendige innleggelser og unødvendig forlengelse av opphold.

Som følge av den lange rehabiliteringsperioden denne pasientgruppen vanligvis har, vil aktiv forebygging av tilbakefall med gode krisehåndteringsplaner være en sentral del av forløpsbeskrivelsen for disse pasientene.

(mer om pasientforløp, se kap 7)

5.2. Dom til tvungent psykisk helsevern i HMN

Ved årsskiftet 2014-15 var det i alt 13 dømte til tvungent psykisk helsevern som behandles i Helse Midt-Norge (kilde; Nasjonal koordineringsenhet for dom til psykisk helsevern). Seks personer har bostedstilknytning i Sør-Trøndelag, seks personer har bostedstilknytning i Møre og Romsdal. En av de dømte til psykisk helsevern har adresse i Nord-Trøndelag.

Det dømmes i snitt 1,9 personer per år til dom til tvungent psykisk helsevern i Helse Midt-Norge, men det varierer noe fra år til år. Flest dømte var i 2009 med fire nye dømte. Sammenlignet med innbyggertallet ligger HMN likt med snittet i landet. Det er kun Helse Sør-Øst (HSØ) som skiller seg ut med høyere antall dømte per 100 000 innbyggere. HSØ har 55 % av befolkningen og 70 % av de domfelte, noe som bla forklares som et storbyfenomen.

Helse Midt-Norge har ikke de samme problemene med mange dømte med utvisningsvedtak som HSØ.

I Helse Midt-Norge er det 1,6 opphør av dom per år. Det betyr at det i snitt er en økning på 0,3 dømte per år. For HMN er ikke dette alarmerende økning, men det betyr allikevel at om dagens rettspraksis fortsetter må en i et lengre tidsperspektiv måtte planlegge økt sengekapasitet om en ikke klarer å kompensere for denne økningen med et bedre utbygget poliklinisk tilbud eller andre effektiviserende tiltak.

Norge er i en unik situasjon i Europa som følge av det er svært få dømte. Dette har sammenheng med strenge særreaksjonsregler i Norge. Andre land det er naturlig å sammenligne Norge med bruker oftere dom for å kompensere for manglende hjemmel for bruk av administrativt tvungent psykisk helsevern. Det er vanskelig å sammenligne tall fra Norge med andre land da dømte til tvungent psykisk helsevern i andre land kan være registrert som dømte i kriminalstatistikken og ikke som pasienter i sykehus. Tilregnelighetsutvalgets rapport [NOU 2014: 10 «Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern»](#) foreslår imidlertid en utvidelse av mulighet for idømmelse av særreaksjon gjennom flere små endringer, bl.a. å senke kravet til handlingens alvorlighet for å kunne idømmes psykisk helsevern (se nærmere om lovendring i kapittel 5.3).

Erfaringer fra andre land viser generelt at de dømte får prioritet til døgnplasser. Uten utvidelse av kapasitet i alle tjenester tilsvarende utvidet antall dømte vil dom i praksis kunne «fortrenge» frivillig med behov for innleggelse.

Selv om endring av juridisk grunnlag for å idømme psykisk helsevern endres vil ikke dette indikere at antall med risiko for vold øker. Sikkerhetspsykiatrien vil fortsatt vurdere inntak etter risiko for vold og nytte. Det er derfor nødvendig å vurdere kapasitet i hele tjenesteapparatet når en vurderer behov ved endring av lovgrunnlag

Lovendring og ny praksis kan medføre at antallet dømte i Norge vil kunne øke så mye at en trenger utvidet kapasitet i alle deler av psykisk helsevern.

5.3. Utvidelse av virkeområdet for særreaksjon for dom til tvungent psykisk helsevern (TPH) og tvungen omsorg (TO).

Straffeloven 2005 § 62 er endret slik at «gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art kan medføre dom til TPH eller TO. Lovendringen har ikke trådt i kraft pr juni 2015

Plagsom atferd «i alminnelighet» skal ikke idømmes en særreaksjon. Det må være lovbrudd av samfunnsskadelig art eller særlig plagsom art. Det er i loven ikke satt begrensinger i forhold til hvilke lovbrudd.

Særreaksjonen skal gjennomføres etter de samme reglene som nåværende særreaksjon. Retten må gjøre en skjønsmessig vurdering av hvor alvorlig kriminalitet som er begått er, hvor stor sannsynlighet er det for ny kriminalitet, hvor alvorlige handlinger det er fare for og i hvilken sinnstilstand er den tiltalte i. Andre moment er over hvor lang tid lovbruddene har skjedd, konsekvenser og skadevirkninger av lovbruddene og om lovbruddene er begått mot

samme fornærmede. Det skal også vektlegges hvilket tilbud samfunnet ellers kan gi bl.a. gjennom psykisk helsevernloven.

I strl. § 62, fjerde ledd (nytt) angir to grunnvilkår for å kunne bli idømt særreaksjon. Det ene grunnvilkåret er at nye lovbrudd er «...*særlig nærliggende*...». Det andre er at «...*andre tiltak har vist seg åpenbart uhensiktsmessig*....».

Straffeloven 2005 § 65 tredje ledd, annet punktum angir at dom kan begjæres opphørt ett år etter overføringsdommen eller dom som nekter opphør er endelig. Dom opphører senest tre år etter overføringsdommen. Det må da ny kriminalitet for å kunne idømmes ny dom.

Endring i straffeprosessloven § 188

Det er foreslått et nytt tredje ledd. Domstolen skal kunne treffe avgjørelse om innleggelse i psykiatrisk institusjon av en siktet som er psykotisk og antas å være strafferettslig utilregnelig uten at institusjonen samtykker. Det forutsettes at vurderingen at siktede kan være straffri bygger på en entydig sakkyndig vurdering.

Det er RHF'et som utpeker institusjon, ikke retten.

Endring i psykisk helsevernloven § 5-3 annet ledd.

Ved gjennomføring av særreaksjonen skal den vedtaksansvarlige særlig vektlegge behovet for samfunnsbeskyttelse.

5.4. Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling

Plasstallet i sikkerhetspsykiatri er med dagens praksis vurdert tilstrekkelig for å dekke behov i regionen. Plangruppen anbefaler derfor at kapasiteten i Helse Midt-Norge i utgangspunktet opprettholdes på dagens nivå. Det er en svak etterspørselsøkning pga. av økt antall døgn med dom til psykisk helsevern. Dette er i seg selv ikke grunn til å foreslå økning på nåværende tidspunkt.

Det er stor forskjell i hvordan DPS-tilbudet i HMN er organisert mht å ta imot pasienter underlagt TPH. arbeidsgruppen anbefaler at HF'ene utvikler de deler av DPS-tilbudene som i dag ikke er godkjent for TPH, slik at de kan ta imot pasienter underlagt TPH. Dette vil øke kapasiteten i rehabiliteringsfasen og frigjøre kapasitet på høyere sikkerhetsnivåer.

Den store usikkerheten om kapasitetsbehov ligger i mulig endringer i særreaksjonsreglene og praktisering av disse. Blir vesentlig flere dømt til særreaksjon enn til nå vil det være behov for kapasitetsøkning både i sikkerhetspsykiatriske enheter og oppfølgende enheter som kan behandle pasienter under tvang. Det vil også medføre behov for større oppfølgingskapasitet i kommunene.

Vurderingene bygger på erfaringen etter lovendring fra andre sammenlignbare land, bl.a. Danmark.

Arbeidsgruppen anbefaler at mulighet for økt bygningsmessig kapasitet legges inn i planprosessene for nye bygg og evt. rehabilitering av eksisterende bygg.

Lovendringen medfører at særreaksjonsordningen både vil omfatte de personer med risiko for vold og de uten risiko, men plagsomme og samfunnsbelastende. Før lovendring trer i kraft anbefaler gruppen at prosedyrer for disponering av plasser og faglig innhold gjennomgås slik at helsetjenesten kan fatte faglig gode beslutninger om hvilke helsetjenester den dømte skal motta.

6. Kompetanse og bemanning

6.1. krav til kompetanse og bemanning

Det er ikke gitt formelle krav til godkjenning av kompetanse og bemanning i sikkerhetspsykiatri.

Det er stilt krav til kompetanse i avdelinger som skal behandle pasienter under tvang, jfr *forskrift om institusjoner som skal ha ansvar for tvunget psykisk helsevern*.

<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20111216-1258-001.html> og

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer» IS-9/2013

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/422/Psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer-IS-9-2012.pdf>

Utredningsgruppen har tatt utgangspunkt i forskriften

Kompetanse

Institusjonen skal ha tilsatt personell med tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen til at institusjonen til enhver tid kan tilby diagnostisk kompetanse og de mest sentrale anerkjente behandlingsformer for institusjonens pasientgruppe. Dette skal omfatte

- a) *lege som er spesialist i psykiatri*
- b) *psykolog som er spesialist i klinisk psykologi*
- c) *kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til at medisinsk eller psykologisk behandling og observasjon kan gjennomføres forsvarlig.*

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal alltid

- a) *kunne tilkalle lege som er spesialist i psykiatri*
- b) *ha kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til stede.*

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold av en viss varighet skal i tillegg

- a) *ha tilgang på kvalifisert personell for å kunne gi et godt tilbud om miljø- og fritidsaktiviteter*
- b) *ha tilgang på kvalifisert personell for å sikre tilbud om nødvendig opplæring.*

Dette er ikke andre formalkrav til sikkerhetspsykiatrisk **kompetanse** enn annen psykisk

helsevern hvor det anvendes tvang, men sikkerhetspsykiatri er allikevel et spesialområde som krever særskilt individuell realkompetanse og tverrfaglig teamkompetanse.

Teamkompetansen er også en del av HMS-systemet som sikrer at pasient, personell og utstyr ikke kommer til skade i utageringssituasjoner.

I tillegg helsefaglig kompetanse kreves kunnskap om de **juridiske** reguleringene av fagfeltet for å sikre at gjennomføring er i tråd med gjeldende lover.

Erfaringskunnskap tilsier at fagmiljøer med spesialister (legespesialist og psykologspesialist) må overstige et minimum antall for å være faglig robust, rekrutterende og utviklende. Ett fagmiljø kan omfatte personell på flere nærliggende enheter, for eksempel sikkerhetsposter og akuttavdeling. Ut fra begrunnelsen i «kvalitetskrav til fødeavdelinger» (*IS-1877 Et trygt fødetilbud, kvalitetskrav til fødselsomsorgen*) bør et spesialistmiljø minst bestå av minst 4 spesialister med dedikert kompetanse på fagområdet. Krav til kompetanse på lokale systemer og teamkompetanse tilsier at det ikke bør være basert på vikarer og kortere innleie.

Arbeidstidsbestemmelser regulerer delvis hvor mange personer som kreves for å etablere vaktordninger for spesialister. Dette henger bla sammen med uttrykningsstid i vakt og arbeidsbelastning i vakt. Krav om tilkallingstid for spesialist i sikkerhetspsykiatri har ikke samme tidsmessig hast som i fødselsomsorgen. I Fylkesmannens tilsyn med psykisk helsevern i Helse Nord-Trøndelag HF i 2014 har påpekt at oppmøtetid for vakthavende lege ikke bør overstige 30 min.

Personellfaktor (stilling pr innlagt pasient) er viktig faktor for å definere sikkerhetsnivået. Det er klar sammenheng mellom antall kvalifiserte personer rundt pasienten og evnen til å verne pasient, personell og omgivelser.

Det er eksempler på bemanning i St.meld.nr 25 (1996-97), boks 4.2.

- *Regional sikkerhetsavdeling: min 5,0 ansatt pr pasient*
- *Fylkeskommunal (i dag HF-sikkerhetsavdeling): min 3,0 ansatt pr pasient*
- *Forsterkede allmennpsykiatriske avdelinger: forsterket bemanning etter behov*

Personellet må ha harmonisert forståelse av metoder for konfliktdempning og voldsforebygging. De skal være samtrente for forebygging og kontroll i situasjoner med risiko for vold. Dette innebærer at andel nytilsatte og vikarer ikke må utgjøre for stor andel av tilstedeværende til enhver tid.

Avdeling krever kompetanse og erfaring med aktivitet for pasientgruppen. I avdelinger med langtidsopphold kreves annen type aktivitetstilbud og tilrettelegging enn for kortere opphold. Avdelinger i sikkerhetspsykiatri må ha personell med kunnskap og ferdighet om og ferdigheter i mange former for aktivitet for denne særskilte pasientgruppen. Dette kan sikres over tid gjennom en aktiv rekrutteringspolitikk der fokus på aktivitet er en av utvelgelseskriteriene ved ansettelse.

6.2. Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling

Arbeidsgruppen anbefaler at det i de sikkerhetspsykiatriske tilbudene etableres kompetansegrupper av spesialister med minimum fire spesialister. Gruppen peker på at det kreves god kapasitet på legekompentanse i gruppen pga. av de medisinske problemstillingene

hos pasientene.

Gruppen anbefaler at bemanningsfaktoren reguleres etter nivå av sikkerhet. Gruppen anbefaler de nasjonale erfaringstallene for «personellfaktor».

Gruppen peker på betydningen av å ha fast, samtrent personell. Risikoforebygging er avhengig av ei trygg gruppe personell med tillit til hverandres kunnskap og ferdigheter. Ved utagering er samtrent team erfaringsmessig risikoreduserende faktor. Gruppen anbefaler derfor at sikkerhetspsykiatriske enheter ikke baserer bemanningsstaben på for stor andel vikarer og utrente.

Arbeidsgruppen anbefaler tverrfaglig sammensatt gruppe, med variasjon i alder og kjønn. Dette vil være viktig for kultur innad i gruppen, og samtidig øke mulighet for å møte ulike pasienters behov

Alle døgnavdelingene må ha personell med kompetanse og erfaring med dagliglivsaktivitet for denne spesielle pasientgruppen.

Gruppen anbefaler at enhetene utarbeider langsiktig plan for løpende nyrekruttering for å kunne fornye fagmiljøet. Store huller i tjenesteplanene og store utskiftninger kan destabilisere behandlingsmiljøet. Dette gjelder alle personellgrupper.

Det er viktig å ha en fast gruppe av kulturbærere, som er kjernen i driften av posten. Erfaringsmessig vil de kunne få nyansatte til å fungere godt innen en etablert struktur. Det er også viktig med variasjon i alder og kjønn.

Miljøene som skal behandle sikkerhetspsykiatriske pasienter må ha oppdatert kunnskap om aggresjon og vold eventuelt videreutdanning innen området

7. Sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp

I følgende beskrivelse av sikkerhetspsykiatrisk forløp tar en utgangspunkt i pasienter med risiko for vold som opptrer i sammenheng med alvorlig psykisk sykdom, vanligvis psykotiske lidelser, men også gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, hjerneskader, veldig alvorlige personlighetsforstyrrelser som fyller kriteriene for kapittel 3.

De fleste pasienter med utagerende, og risiko for vold legges inn i akuttavdeling og overføres til lavere sikkerhetsnivå når utageringsproblematikken er under kontroll. Disse pasientene er i denne sammenheng ikke et sikkerhetspsykiatrisk forløp.

Et sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp er

- forløp hvor pasienten på et eller annet tidspunkt får behandling i sikkerhetsforsterkede enheter, er underlagt vedtaksansvarlig i sikkerhetspsykiatri og eller er under faglig supervisjon av sikkerhetspsykiatrisk spesialkompetanse.
- forløp der pasienten er dømt til psykisk helsevern, også om pasienten ikke har opphold i sikkerhetsforsterkede enheter.

For den enkelte pasient kan det sikkerhetspsykiatriske forløpet ha en uklar start. Pasienten kan ha lang historikk i psykiatri, i TSB og fengselsvesen uten at pasienten er blitt definert som sikkerhetspsykiatrisk pasient. Pasienten defineres oftest inn i forløpet etter alvorlige hendelser.

Fase 1) Henvisning/overføring til psykisk helsevern (fra bolig, fengsel etc)

Etablering av psykisk helsevern for pasienter som med risiko for vold vurderes og besluttes av spesialister i psykiatri iht. PHL kapittel 2 og 3. Det gjøres i tillegg en individuell vurdering av hvilket sikkerhetsnivå pasienten har behov for. Som hovedregel legges pasienten inn på akuttpost først. For pasienter som ved henvisningstidspunkt åpenbart overskrider akuttavdelingens sikkerhets- eller kompetansenivå vil pasienten kunne henvises direkte til sikkerhetsavdelinger(direkte til fase 2). Dette avgjøres av avdelingens faglige ledelse

Fase 2) Henvisning/overføring til sikkerhetsavdeling

Pasienter i sikkerhetspsykiatriske enheter kan være henvist fra psykisk helsevern (se fase 1) eller dømt til tvungent psykisk helsevern. Innleggelse til observasjon etter strpl. § 167 kommer etter en kjennelse i retten etter anmodning fra påtalemyndigheten.

De fleste pasienter er henvist fra akuttavdelinger til lokale sikkerhetsposter. Pasienter søkes også overført fra sikkerhetsforsterkede enheter til RSA når situasjonen krever det. I noen tilfeller overføres pasienten direkte til RSA. Regional sikkerhetsavdeling i HMN mottar også henvisning fra HSØ eller HV, da enten fra deres RSA eller i samråd med RSA i de andre regionene (se statistikk i kapittel 5, hvor disse henvisningene inngår i kategorien «andre»).

I prinsippet er det tre hovedgrunner til at pasienter henvises til sikkerhetspsykiatriske enheter

- Pasienter blir overført til sikkerhetsavdelingene når utageringsproblematikken krever enhetenes materielle rammer, bemanningstetthet og spesialkompetanse i håndtering av utagering og truende atferd.

og /eller

- Pasienter henvises til sikkerhetsavdeling for å få utredet psykisk sykdom og risiko for vold, og for å iverksette behandling og langsiktig oppfølgingsprogram. Dette kan være pasienter med tilsynelatende kontroll, men som i gitte situasjoner medfører risiko for vold. I disse tilfellene er pasienten henvist fordi tjenesteapparatet trenger høyest spesialiserte vurderings- og behandlingskompetansen.
- Pasienter kan også søkes innlagt i RSA i forbindelse med judisielle observasjoner. Da etterspørres i hovedsak spesialkompetanse, men også rømnings sikre lokaler.

Pasienter som dømmes til behandling vil ofte allerede være i psykisk helsevern når dom faller. De fleste pasientene i Helse Midt-Norge overføres til psykisk helsevern pga. av psykisk sykdom umiddelbart etter hendelse, og administrativt tvungent psykisk helsevern vil som oftest være etablert før dom blir rettskraftig. I de fleste tilfellene har pasienten fått behandling over tid som gir symptombedring ved tidspunkt for dom. Det er krav i PHVL om tre uker døgnopphold etter dommen er rettskraftig, men det er ikke krav om at alle skal innlegges på høyere sikkerhetsnivå enn nødvendig i denne perioden. Pasienter som allerede har en etablert

behandlingskontakt utenfor sikkerhetspsykiatriske enheter, vil derfor være i et sikkerhetspsykiatrisk forløp uten fysisk å være innlagt i sikkerhetsavdeling.

Fase 3 Diagnostikk/ behandling i sikkerhetspsykiatriske enheter

Diagnostikk og behandling i sikkerhetspsykiatri bygger på prinsippene for diagnostikk og behandling i annen psykisk helsevern. Det benyttes anerkjente medisinske og psykologiske kartleggingsverktøy, tverrfaglige vurderinger, kliniske intervensjoner, legemidler, mestringsstøttende miljøterapi med mer. Pasientens somatiske tilstand blir også ivaretatt. Gode aktivitetstilbud til denne pasientgruppen er erfaringsmessig vurdert som en viktig suksessfaktor for rehabiliteringsprosessen.

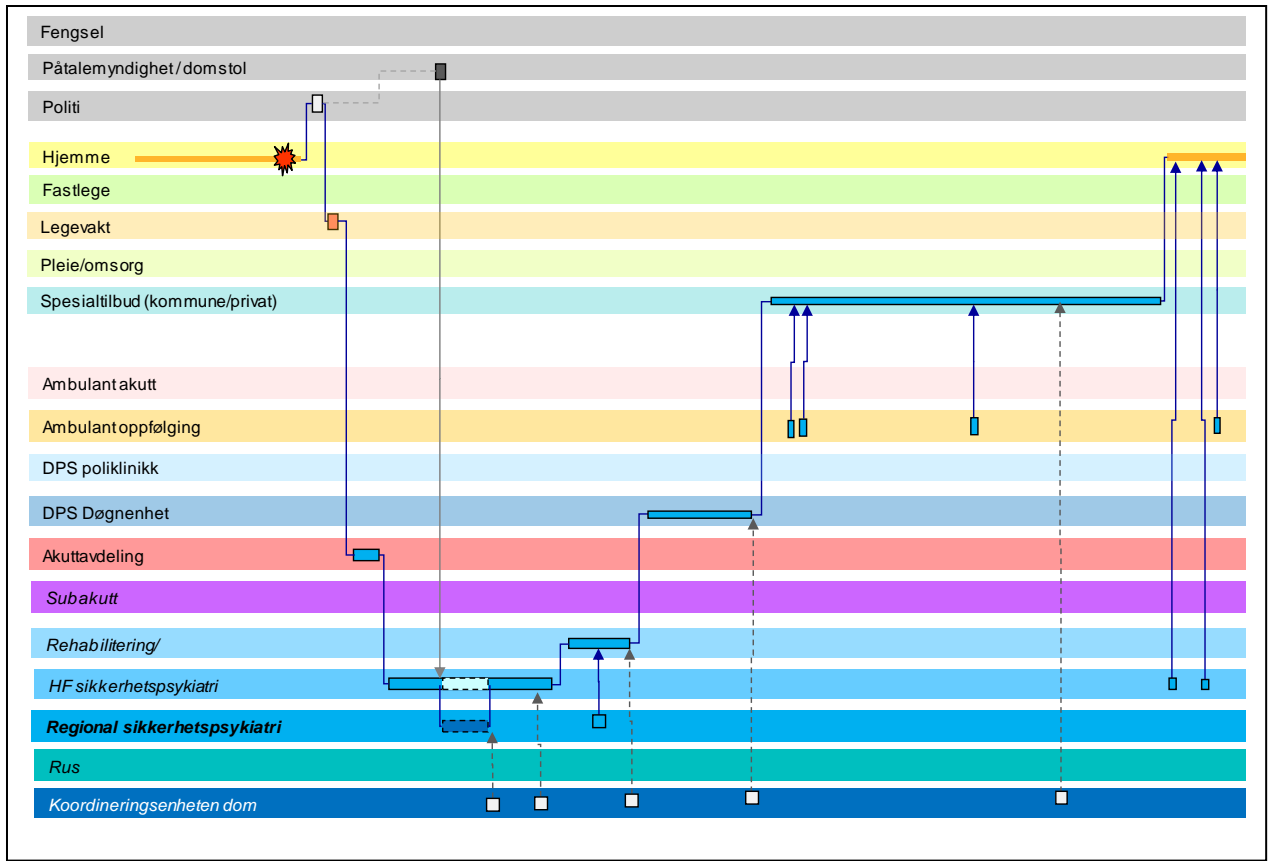
Organisering av tiltak til pasientgruppen krever løpende faglige vurderinger for å ivareta sikkerhet. Forutsigbar og strukturert hverdag sikrer stabilitet, tilgjengelighet til terapi og forebygger tilbakefall.

Fase 4) Overføring fra sikkerhetspsykiatriske enheter til enheter med ansvar for oppfølging

Etter opphold i sikkerhetsavdeling kan pasienter henvises videre til alle avdelinger i sykehus, DPS og til oppfølging i kommunen når sikkerhetsproblematikken er under kontroll. Inntil pasienten ikke lenger utgjør en risiko (faglig vurdert eller dom opphevet) er det nødvendig med tjenestetilbud som ivaretar pasientens behandlings- og aktivitetsbehov som enten kan gjennomføres frivillig eller under TPH med eller uten døgnopphold.

Tilbakeføring til en akuttavdeling vurderes ikke å være et hensiktsmessig valg fordi det erfaringsmessig raskt kan medføre ny problematferd. Sikkerhetspsykiatriske pasienter har behov for tilbud i enheter tilpasset lengre opphold enn akuttavdelingene er etablert for. Pasientene trenger et organisert aktivitetstilbud, noe akuttposter normalt ikke har. I tillegg vil den høye turnover av pasienter på en akuttpost ikke gi den nødvendige forutsigbarhet og stabilitet i behandlingsopplegget som er viktig for å stabilisere pasienter etter at de flytter ned i sikkerhetsnivå. Unntaket er de gangene RSA tar ”toppen” av en akutt psykotisk tilstand og akuttposten fortsetter behandlingen etter at voldsproblematikk er kommet under kontroll eller har opphørt.

I figur 2 er eksempel på et sammensatt pasientforløp framstilt skjematisk



Figur 2: illustrasjon av forløp for sikkerhetspsykiatrisk pasient fra hendelse som er årsak til innleggelse og til pasienten er etablert i kommunen. Illustrasjonen viser ikke riktig relativ lengde på opphold i de ulike enheter, men hvilke aktører i helsetjenesten som blir involvert i forløpet. For andre pasienter kan forløpene følge andre mønster

7.1. System for å skape gode og sammenhengende pasientforløp

Pasientforløpene for pasientgruppen kan være langvarig og sammensatte. Langvarige forløp passerer flere enhetsgrenser, flere fagområder (TSB/psykiatri) og mange personer blir involvert. I mange tilfeller er også vernet organisert slik at det er delt ansvar mellom utfører av omsorg / behandling og formelt ansvar for pasienten. Alle disse faktorene gjør forløpene sårbare med tanke på sikker og trygg sammenheng.

Hvis risiko for vold er ute av kontroll kan være veldig alvorlig for den enkelte pasient og for omgivelsene. Opphold på et for lavt sikkerhetsnivå kan være alvorlig for pasient og behandlere. Unødvendig opphold på for høyt sikkerhetsnivå er unødvendig inngripen i pasientens liv. Både for høyt og for lavt sikkerhetsnivå medfører sløsing med ressurser. Feilbruk av enheter på alle nivå reduserer kapasitet for andre pasienter.

Gode og trygge sikkerhetspsykiatriske forløp er preget av faglig gode og sammenhengende tjenester. Det er ikke mange pasienter som har behov for sikkerhetspsykiatriske forløp, og pasientene er forskjellige. Tjenesteapparatet på HF-nivå er også veldig forskjellig, og kan ha til dels ulike behandlingsprofiler. Dette krever individtilpassede programmer («case

management modell») hvor programmet følger pasienten som har en klar krisehåndteringsplan for den enkelte pasienten med tydelige ansvarslinjer.

For pasienter som er dømt til psykisk helsevern gjelder særlige regler for prosessene. Det er detaljregulert i lov hvordan endringer i forløpene skal gjennomføres. Disse prosessene omfatter frister, hvilke instanser som skal varsles og involveres (politi, rettsapparatet m.fl.), klageadgang, varsling av fornærmede, pårørende m.m.

For pasienter som er dømt etter straffeloven og overført fra institusjon under kriminalomsorgen til psykisk helsevern gjelder særlige regler for gjennomføring og tilbakeføring.

7.2. Særlige behov for IKT

Dagens organisering av journalsystem gir ulik tilgjengelighet til samarbeidende enheters journalføring. I hvert HF er det felles EPJ/PAS slik at alle enheter kan dokumentere i samme journal og lese notat fra andre enheter, eventuelt etter å ha «aktualisert» notatene. Mellom HF'ene er det ikke samme tilgjengelighet til skriftlig materiale, vurderinger m.m. Spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenestetilbudet har ulike journalsystem uten gjensidig tilgang.

Ofte har pasientene kontakt med flere enheter og det er erfaringsmessig mangelfulle prosedyrer for hvordan informasjon utveksles mellom behandlingsenhetene.

HMN er inne i anskaffelsesprosess for ny EPJ/PAS. Moderne pasientdokumentasjonssystem vil inneholde:

- Strukturert dokumentasjon
- Standardisert behandling og dokumentasjon
- Beslutningsstøtte innebygd i dokumentasjon
- Pasientforløps orientert (dvs også gjennomgående til 1.linje)

Opplysninger vil innenfor lovgivningens begrensing lett kunne deles gjennom forløpet

I anskaffelsesprosessen vil også psykisk helsevern kunne definere behov for særlige funksjoner som støtter den sikkerhetspsykiatriske fagutøvelsen.

7.3. Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling

Alle vekslinger i pasientforløpet bør være basert på faglig og dokumentert begrunnelse. Dette gjelder også ved avslag om overføring mellom enheter.

Alle overføringer til og fra RSA Brøset bør være basert på avtaler mellom RSA og de enkelte enhetene som ivaretar sikkerhetspsykiatriske pasienter. Avtalene må ta hensyn til det faktiske innholdet i det faglige tilbudet i det enkelte HF'et eller kommunen. Hvem som til enhver tid har ansvar må være tydelig og beskrevet i pasientens individuelle plan eller behandlingsplan. Dette gjelder spesielt når ansvar for oppfølging er delt mellom spesialisthelsetjenesten og andre.

Fagområde er lite og bør bygge innholdet på felles systemer. Arbeidsgruppen peker på at kompetansemiljøet på Brøset har en særlig forutsetning for systemoppbygging. Systemene må være i tråd med gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer og utarbeides i samarbeid med HF'ene, kompetansesenteret, nasjonal koordineringsenhet, statsadvokatembeter, og andre involverte parter.

Systemansvaret omfatter

- Struktur for gjennomgående pasientdokumentasjon
 - Krav til henvisningers form og innhold
 - Innad i spesialisthelsetjenesten
 - Mellom spesialisthelsetjenesten og andre
 - Særlig om EPJ/PAS /fagsystemer

- Faglig krav til sikkerhetspsykiatriske metoder
 - Faglige retningslinjer
 - Kriterier for bruk av ulike nivå
 - Manualer
 - Utredningsskjema
 - risikovurdering

- Prosedyrer og sjekklister
 - samarbeid med enheter i forløpet, også eksterne
 - juridiske prosesser
 - varsling
 - tverretattlig avviksmeldesystem
 - mm

- Opplæringsprogrammer

- Sikkerhetstiltak for ansatte /HMS

Arbeidsgruppen anbefaler at kompetansemiljøene på Brøset tar ansvar for å utarbeide standarder for de sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudene, som også omfatter overføringer til enheter utenfor sikkerhetspsykiatri.

8. Forskning og utvikling

8.1. Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri

Forskning og utvikling er viktig del av oppdraget til Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge har i 2015 utarbeidet en regional forskningsstrategi. Denne gjelder også for psykisk helsevern. Kompetansesenteret i på Brøset har et særlig mandat for forskning og utvikling

Helse Midt-Norge RHF har det overordnede ansvaret kompetansesenteret. St.Olavs hospital HF har det faglige og administrative utføreransvaret. (se ytterligere beskrivelse i kap 3). Kompetansesenteret på Brøset har også ansvar for kompetanseutvikling og –overføring til Helse Nord.

Kompetansesenteret utfører oppgavene i hht mandat og basisbevilgning. Dette omfatter metodeutvikling, forskning, kurs etc. I tillegg utfører kompetansesenteret særskilte oppdrag gitt av Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, og også Justismyndighetene.

Kompetansesenterets aktiviteter har økt betydelig i de senere år, noe som blant annet gjenspeiles i høy vitenskapelig produksjon og med sentrale posisjoner i det internasjonale fagmiljøet.

8.2. Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling

Arbeidsgruppen anbefaler videreføring av kompetansesenteret. Fagområdet sikkerhet-, fengsel- og rettspsykiatri er et «smalt» område i forhold til de store pasientvolumene. Utvikling på dette område vil kreve særskilte ressurser og særskilt akademisk kompetanse.

Arbeidsgruppen anbefaler at bevilgningen til kompetansesenteret følger behovene på området

Gruppen anbefaler at videre planarbeid med bygg i St.Olavs hospital HF ivaretar suksessfaktoren som samlokalisering med kompetansesenteret viser seg å være, både sett fra Helse Midt-Norge og vurderingene som er gjort fra Helsedirektoratet og andre regioner.

9. Finansiering av de sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudene

Kostnadene til hvert pasientforløp er ofte høye, både pga av høye døgnkostnader og fordi behandlingstid kan være svært lang. For enkelte pasienter som dømmes til behandling kan behandlingstiden være livslang.

Gjennomsnittlig liggetid i sikkerhetsforsterkede enheter har en betydelig spredning fra uker opptil flere år.

Kostnadene til sikkerhetspsykiatriske døgnplasser er høye. Dette har direkte sammenheng

med spesialiserte lokaler og høy bemanning pr døgnplass.

Kostnadene til bemanning kan i liten grad reduseres i perioder med lav etterspørsel, eller lav frekvens av utagering. Det kan være behov for umiddelbar innleggelse og trente team må være i beredskap. Opplæringstiden for nytilsatt miljøpersonell er, på lik linje med vurderinger i somatiske fag, anslått til å være minst to år. Det er ikke anbefalt å basere tjenesten på kortere innleie (se kapittel 5).

Inntektene til «ordinær» psykisk helsevern er basert på inntektsramme i hht befolkningens behov («Magnussen-nøkkelen»). Det er ikke gjestepasientoppgjør innad i regionen, men reelle bruken av plasser avregnes etterskuddsvis i fordelingsnøkkelen mellom foretakene. I poliklinikker er det poliklinisk refusjon og pasientens egenandel i tillegg.

Inntektsrammene til sikkerhetsposter er basert på rammefinansiering fra helseforetaket. St.Olavs hospital HF mottar et særlig tilskudd for å ha regional funksjon. En andel av de regionale plassene i St.Olavs hospital HF er finansiert av rammen til St.Olavs hospital HF. Pga av etterspørsel etter plasser fra andre regioner har St.Olavs hospital HF årlig også gjestepasientinntekter men de kan variere. I tillegg betales varetektssurrogat og judisielle observasjoner av justismyndighetene .

Pr. 2014 er den samlede driften basert på gjestepasientinntekter og de særskilte inntektene fra justismyndighetene. Ved økende etterspørsel fra helseforetakene og doms-apparatet reduseres kapasiteten til å utføre oppdrag fra andre regioner og justismyndighetene. Slik finansieringen er pr 2015 vil Helse Midt-Norges finansiering ikke dekke utgiftene.

9.1. Særlig om kostnader for dømte som overføres fra sykehus til lavere omsorgsnivå

Pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern har ofte behov for en betydelig kommunal innsats til rehabilitering og ivaretagelse av sikkerhet etter opphold i sykehus. Mens rehabilitering av personer som er dømt til tvungen omsorg eller til forvaring finansieres gjennom statlige tilskudd, finnes det ingen forskrift/ regelverk som sikrer finansiering av slike tiltak for personer på dom til tvungent psykisk helsevern. Mange pasienter blir derfor værende i sykehus lenge etter at de medisinsk sett kan overføres til kommunalt nivå underlagt tvang uten døgnopphold, i tilpasset tilbud i hjemkommunen eller annen kommune. Når pasienter beholdes på et for høyt sikkerhetsnivå fordi finansiering av kommunale tjenester ikke er avklart, kan dette være i strid med rettssikkerheten/ menneskerettighetene til den dømte og blokkerer senger i spesialisthelsetjenesten for pasienter i behov av dette. Pasienter som ligger for lenge på et for høyt sikkerhetsnivå er også ressursløsning.

For de dømte til TPH som i dag overføres til rehabiliteringsopplegg utenfor sykehus er praksis at kostnadene nå må dekkes av spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten bruker av den grunn store ressurser for å dekke botilbud utenfor institusjon.

Helse Midt-Norge ser behov for at det etableres et regelverk som sikrer økonomi til tiltak som gir pasienter optimal behandling under utenfor institusjon. Økonomiske rammer vil være et incitament for kommunene til å påta seg de krevende omsorgsoppgavene med etablering og drift av bo- og omsorgstilbud for pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern. Videre må regelverket gi en tydelig avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og helseforetak. Med økende antall underlagt dom som ikke kommer videre, er det en fare for at opphopning av ferdigbehandlede pasienter på Regional sikkerhetsavdeling, uten annen begrunnelse enn manglende finansiering av et botilbud ute.

9.2. Særlig om kostander til bygg og anlegg

Det er ikke grunnlag for å beregne størrelsene på investeringsbehovet pr januar 2015. Salgsprosessen av Brøset er inne i en viktig avsluttende fase og tallene kan ikke publiseres. Det er for tidlig å beregne kostnadene til nybygg / oppgradering i Helse Møre og Romsdal HF.

Kostnader til oppgradering i Ålesund er ikke beregnet. Lokalt initiert utredning av den samlede bruken av lokalene i Ålesund er ikke slutført pr juni 2015

9.3. Arbeidsgruppens vurdering og anbefaling

Plangruppen peker på behovet for bedre finansieringsordning for pasienter som er dømt til psykisk helsevern. Gruppen ber konkret Helse Midt-Norge RHF følge opp problemstillingen overfor helse justismyndighetene

Arbeidsgruppen anbefaler at sikkerhetspsykiatrien gis finansiering til drift som sikrer stabil bemanning også i perioder med lavere aktivitet, eller høy aktivitet med for lav kapasitet til ekstraintekter fra gjestepasienter, judisielle observasjoner og varetekstsurogat.