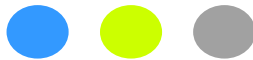


● ● ● **Årlig melding 2014**



**Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst**



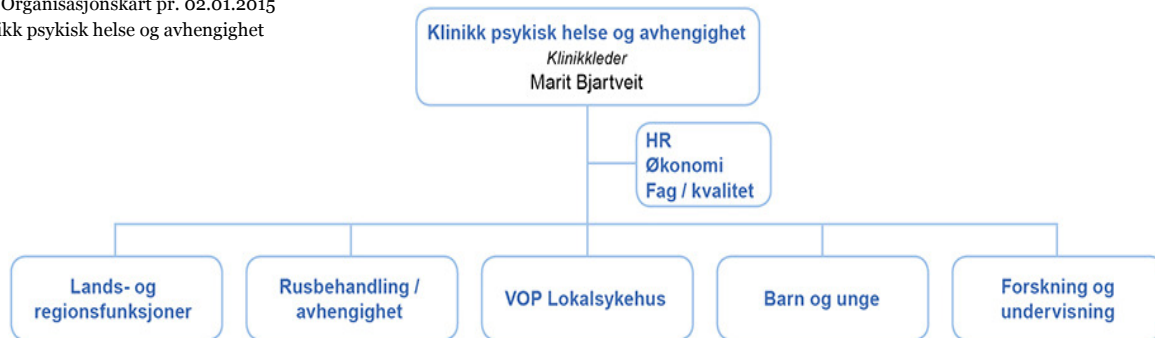
Regional sikkerhetsseksjon har produsert Årlig melding hvert år siden 2006, med resultatdokumentasjon fra forgående år, samt virkemidler for måloppnåelse i inneværende år. Strategi for 2015 er å etablere en judisiell døgnobservasjonsenhet og gjennomføre en kapasitetsutvidelse i Granlibygget med nye langtids-plasser. Det er også foreslått etablering av en profesjonell adgangskontroll og etablering av et aktivitets-senter for langtidspasienter. Det er et strategisk mål for RSA å realisere et nybygg i nær fremtid. Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst har valgt å beholde forkortelsen RSA (Regional sikkerhetsavdeling) da denne er godt kjent i forvaltningen og blant øvrige samarbeidspartnere.





# Om Regional sikkerhetsseksjon (RSA)

Figur 1: Organisasjonskart pr. 02.01.2015 for Klinikk psykisk helse og avhengighet



Mandat for virksomheten følger av i Stortingsmelding 25 'Åpenhet og helhet' kapittel 4, og Stortingsproposisjon 63 'Opptrappingsplanen for psykisk helse' kapittel 4.4.4. I Norge er helsetjenesten for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatriske pasienter integrert i den generelle psykiatriske spesialisthelsetjenesten, men med regionale avdelinger og kompetansesentra med høy sikkerhet, tilgjengelig kapasitet og spesialisert kompetanse.

Regional sikkerhetsavdeling skal ha høy faglig standard i utredning og behandling av pasienter, og være et attraktivt og sikkert arbeidssted for medarbeidere. Kvalitet, trygghet, respekt og samarbeid er verdigrunnlaget i Regional sikkerhetsavdeling.

## Organisering

Regional sikkerhetsseksjon (RSA) er en del av Oslo universitetssykehus HF som skal tilby lokalsykehustjenester til innbyggere i Oslo, samt høyspesialiserte tjenester til hele regionen og landet forøvrig. Helseforetaket er per i dag organisert i 9 klinikker. Regional sikkerhetsseksjon ligger i Klinikk psykisk helse og avhengighet og under Avdeling for lands- og regionsfunksjoner. Regional sikkerhetsseksjon har 6 organisatoriske enheter.

Regional sikkerhetsseksjon har enhetlig ledelse, og ledes av ledergruppen bestående av seksjonsleder og enhetsledere.

Seksjonsleder har det strategiske, administrative, faglige og økonomiske ansvar og myndighet innenfor de fullmakter som er gitt av direktør og klinikkleder og avdelingsleder. Tilsvarende helhetlige ansvar og myndighet i enhetene gjelder for enhetslederne. Enhetene, med unntak av Nasjonal koordineringsenhet, har egne ledergrupper og medisinskfaglige rådgivere.

## Strategi

Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst har et grensemerkende gjerde som ikke er rømmingssikkert. Dette er en av grunnene til at det i forbindelse med terrorsaken ble fastslått at seksjonen ikke kan ta i mot alle typer høyrisikopasienter. Det ble satt ned en lokal arbeidsgruppe som skulle se på hvordan andre land håndterer sikkerheten til denne pasientgruppen. Arbeidsgruppen besøkte Ashworth high security hospital i Liverpool, England og Carstairs high security hospital i Skottland våren 2014. Det ble også gjennomført et tilsvarende studiebesøk til det sikkerhetspsykiatriske sykehuset Forensische Psychiatrie Lippstadt i Tyskland høsten 2014. Arbeidsgruppen anbefaler blant annet i sine rapporter at det etableres en profesjonell adgangskontroll ved RSA.

I 2012 gjennomførte Helse Sør-Øst en statusgjennomgang av kapasitet, ventetid og pasientflyt innen sikkerhetspsykiatrien. Det ble avdekket et behov for 5 – 10 langtidsplasser på regionalt

Figur 2: Organisasjonskart pr. 02.01.2015 for Regional sikkerhetsseksjon.





nivå for å løse utfordringer knyttet til pasientgruppen med høy grad av farlighet og mer kronifiserte sykdomstilstander. Helse Sør-Øst har forespurrt Oslo universitetssykehus om muligheten til en kapasitetsutvidelse av RSA i nåværende bygningsstruktur på Dikemark.

Seksjonsleder nedsatte en lokal arbeidsgruppe som vurderte muligheten for en kapasitetsutvidelse i eksisterende bygningsmasse på Granli. Arbeidsgruppen anbefalte en utvidelse fra 18 til 25 plasser fordelt på de tre kliniske enhetene i Granlibygget. Det vil i denne forbindelse også være behov for å etablere et egnet aktivitetstilbud til langtidspasientgruppen.

Etter straffeprosessloven § 167 kan retten beslutte å gjennomføre en judisiell døgnobservasjon i psykiatrisk sykehus eller annet egnet undersøkelsessted for å bedømme siktedes sinnstilstand. I perioden 2008 - 2014 fikk Regional sikkerhetsseksjon 30 henvisninger fra domstolene. 11 ble avslått, i hovedsak grunnet manglende kapasitet. Flere § 167 oppdrag har blitt henvist videre til tilsvarende avdelinger i Bergen og Trondheim.

Det er i dag ikke satt av egne ressurser og lokaler til judisielle døgnobservasjoner i seksjonen. Observasjonene gjennomføres innenfor gjeldende rammer og i tillegg til ordinær pasientbehandling. Observasjonene fordeles på de ulike kliniske enhetene og på ulike lokalisasjoner etter kapasitet. RSA ønsker å formalisere arbeidet med judisielle døgnobservasjoner slik at det etableres en mer tydelig rettspsykiatrisk profil på denne tjenesten. En arbeidsgruppe har på oppdrag fra seksjonsleder utarbeidet en prosjektbeskrivelse for gjennomføring av judisielle døgnobservasjoner i Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst. Arbeidsgruppen anbefaler at det bygges en observasjonsenhet med plass til to observander og at denne lokaliseres i dagens administrasjonsfløy.

For å realisere denne utvidelsen må all administrasjon og øvrige kontorer i Granlibygget flyttes ut i et modulbygg. Det må etableres et aktivitetssenter for pasientene som også foreslås etablert i samme modulbygg. Videre anbefales det å etablere en sikker adgangskontroll for pasienter, ansatte og besøkende.

Arbeidsgruppenes anbefalinger har resultert i at RSA, ved inngangen til 2015, har en helt ny strategi hvor målet er å etablere en egen enhet for judisielle døgnobservasjoner og utvide sengekapasiteten med nye langtidsplasser. Denne utvidelsen av funksjon og kapasitet vil, ved realisering fullt ut, innebære en betydelig budsjettmessig økning for seksjonen.

## Budsjett 2015

Seksjonsleder med sin ledergruppe er enig med tillitsvalgte og vernetjeneste å gjennomføre en åpen og inkluderende budsjettprosess så tidlig som mulig. Det tildelte budsjettet for 2015 hadde en ramme på 134 022 000.

## Menneskelige ressurser

Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst har budsjettert med om lag 150 årsverk, fordelt på sykepleiere med og uten videreutdanning, hjelpepleiere med og uten videreutdanning, stab og støttefunksjoner, 6 overleger, 1 lege i spesialisering, 8 psykologer og 2,5 sosionomer.

## Utstyr og eiendeler

Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst sine kliniske enheter på Dikemark i Asker disponerer 3935 m<sup>2</sup> i Granlibygget, som ble bygget i 1923. I tillegg kommer luftegård med sluser, aktivitetshall med gymsal og garderober, en etasje med behandlerkontorer, samt perimetersikkerhet i form av kjøre- og gangport og et grensemarkerende gjerde rundt hele bygningsstrukturen. Seksjonens polikliniske enhet er lokalisert i Oslo Fengsel og disponerer om lag et 250 m<sup>2</sup> stort kontorlokale, pluss 3 kontorer for Prejudisiell enhet i Sentralarresten i politihuset i Oslo.

# Pasientbehandling

## Døgnbehandling på Dikemark

Regional sikkerhetsseksjon har tre enheter som tilbyr døgnbehandling; Intensivpsykiatrisk døgnenhet, Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet og Rettspsykiatrisk døgnenhet. Disse er lokalisert i Granlibygget på Dikemark i Asker. Enhetene har, etter en utvidelse med 2 langtidsplasser i 2014, til sammen 20 behandlingsplasser, hvorav to er beredskapsplasser for raske inntak som ikke kan innlegges på ordinære akuttavdelinger i opptaksområdet.

### Målgruppe døgnplasser

Regional sikkerhetsseksjon tar i mot pasienter med alvorlig sinnslidelse eller mistanke om alvorlig sinnslidelse, og med aktuell risiko for alvorlig voldelig atferd ovenfor andre. Seksjonen tar også i mot pasienter med dom på overføring til tvungen psykisk helsevern, jf psykisk helsevernlovens kapittel 5, dersom de fyller kriterier for innleggelse. I tillegg er seksjonen spesielt kvalifisert for utredning og behandling av pasienter fra politiarrest, varetekt og fengsel. Seksjonen tar også imot observander til judisiell døgnobservasjon etter straffeprosessloven § 167 og pasienter som søkes innlagt etter straffeprosessloven § 188.



### **Henvisning til innleggelse i døgnplasser**

Regional sikkerhetsseksjon mottar henvisning fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten for pasienter som har fått innfridd sin rett til helsehjelp, men med behov for regional sikkerhetspsykiatri. Unntaksvis mottar seksjonen hasteinnleggelse som kan henvises direkte fra lege, jf forskrift om etablering av tvungent helsevern § 2. Politiet er da ofte tutor.

Inntaksansvarlig overlege og inntaksteamet vurderer henvisninger fortløpende. For ventelistepasienter setter seksjonen en forsvarlighetsdato som siste frist for innleggelse. Henvisningene vurderes i hht pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften, prioriteringsveilederen, regionale instruksjoner og avdelingens målgruppebeskrivelse. Dette skjer i ukentlige møter med alle fagspesialistene i døgnenhetene. Henvisningen som er akseptert til innleggelse går til fordeling og planlegging av mottak i det ukentlige inntaks-/forløpsmøtet. Henvisende instans får deretter både telefonisk og skriftlig svar. Avslåtte henvisninger svares med begrunnet avslagsbrev og informasjon om klagerett.

### **Behandling i sengepostene**

Døgnenhetene har et eget mottaksteam som organiserer og har ansvar for alle mottak. Teamet planlegger innleggelse og gjennomfører et forvernsbesøk. Hensikten med forvernsbesøket er at pasienten skal motta nødvendig informasjon og få avklaring mht sine forventninger, noe som sikrer en forsvarlig og god innleggelse. Alle pasienter mottas i seksjonens separate mottaksenhet av erfarne spesialsykepleiere og behandler. Representanter fra teamet og ett personale fra pasientens primærgruppe er til stede under mottaket. Minst én sykepleier som deltok på forvernet er også tilstedet under mottaket, slik at relasjonsbyggingen kommer til nytte i selve mottaket. Den faglig ansvarlige gjør spesialistvurdering innen 24 timer ved etablering av tvungent psykisk helsevern, eller senest innen en uke dersom det tvungne vernet allerede er etablert.

Innleggelse fra andre psykiatriske institusjoner skjer som regel etter § 4-10 i psykisk helsevernloven. Klagerettigheter ivaretas, og klagesaker skal være avsluttet før inntak i avdelingen, med mindre overføringen må gjennomføres uten opphold. Både etablering av tvunget psykisk helsevern og andre typer vedtak utløser klagerett til kontrollkommisjonen eller fylkeslegen, noe pasientene informeres om og får assistanse til å benytte. Kontrollkommisjonen besøker seksjonen to ganger i måneden, og har månedlige møter med de faglig ansvarlige.

I den første tiden av innleggelsen gjennomføres observasjon og utredning av psykiske symptomer og sykdommer, samt at somatisk helse kartlegges. Sentralt i utredningen er utredning, vurdering, diagnostikk, behandling, voldsrisikovurdering og voldsrisikohåndtering samt stabilisering av psykisk tilstand.

Seksjonen tilbyr individuelt tilpasset psykiatrisk behandling. Pasientene får samtalebehandling, medikamentell behandling

der dette er indisert, og individuelt tilpasset miljøterapi. Pasientene får tilbud om sosial trening, fysisk aktivitet både ute og inne, andre former for aktivisering og eventuelt skolegang, alt innenfor trygge rammer. Seksjonens instruksverk, kontinuerlige risikovurderinger og faglig kompetanse bidrar til at nødvendig sikkerhet ivaretas i behandlingsmiljøet for den enkelte pasient og for omgivelsene.

Etter stabilisering, utredning og påbegynt behandling skal Regional sikkerhetsseksjon bidra til tilbake- eller videreføring av pasientene til fortsatt behandling og oppfølging i ansvarlige helseforetak, jf. instruks fra Helse Sør-Øst RHF. Kompetanseoverføring i form av dokumentasjon, inklusive voldsrisikovurderinger og anbefalinger for voldsrisikohåndtering og samarbeidsmøter står sentralt. Det legges til rette for eventuell hosi-tering for helsepersonell som skal overta behandlingsansvaret.

### **Judisiell observasjon jf. Straffeprosessloven § 167**

Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst tilbyr å gjennomføre judisielle observasjoner, jf straffeprosessloven § 167. Observasjonene gjennomføres i samråd med de rettsoppnevnte sakkyn-dige etter bestilling fra domstolen ved tingretten. Judisielle døgnobservasjoner gjennomføres dersom det er nødvendig for å bedømme den siktedes sinnstilstand. Målsetningen med en judisiell observasjon er å få frem tilstrekkelig informasjon om observandens atferd, fungering, symptomer og helsetilstand slik at det er mulig for de rettsoppnevnte sakkyn-dige å konkludere om psykiatrisk diagnose og dermed komme frem til en best mulig vurdering av observandens tilregnelighet.

Observasjonen i psykiatrisk institusjon kan avbrytes dersom det fremkommer tegn på akutt og behandlingstrengende alvorlig sykdom som krever behandling. Helsehjelpen gis forrang i henhold til observasjon etter §167.

Det forventes at domstolene i større grad enn tidligere kommer til å be om § 167 judisiell observasjon. De tre regionale sikkerhetsavdelingene samarbeider om felles arbeidsmetoder for hvordan slike observasjoner skal gjennomføres.

### **Fengselspsykiatrisk poliklinikk**

Fengselspsykiatrisk poliklinikk dekker psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for innsatte i Sentralarresten i Oslo politidistrikt, Bredtveit og Oslo fengsler. Poliklinikken har offentlig godkjenning. Det er egen klinikk lokalisert i Oslo fengsel med 8 kontorer, møterom og arkivrom. Ved Bredtveit fengsel disponeres et kontor, og Sentralarresten har et eget legekantor. Fengselspsykiatrisk poliklinikk består av enhetsleder/psykologspesialist, én sekretær, én overlege/psykiater, to psykologspesialister og tre psykologer.



Oslo fengsel er Norges største og har 420 sonings- og varetektsplasser. Varetektsandelen er 2/3 (økende). I løpet av 2014 var det til sammen 1.219 innsettelse i Oslo fengsel. Bredtveit fengsel har flest soningsplasser for kvinner i Norge. Det er til sammen 58 sonings-, forvarings- og varetektsplasser. I 2014 var det til sammen 184 innsettelse ved Bredtveit fengsel. Sentralarresten i Oslo politidistrikt har 100 plasser, i 2014 var det 11.161 innsettelse.

### **Målgruppe poliklinikk**

Målgruppen for Fengselspsykiatrisk poliklinikk er innsatte i arrest og fengsler med psykiske lidelser av en alvorlighetsgrad som gir rett til helsehjelp fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i hht pasientrettighetsloven § 2-1b og helsedirektoratets prioriteringsveileder psykisk helsevern for voksne (IS-1637).

Forekomst av psykiske lidelser, personlighetsforstyrrelser, rusmisbruk og rusrelaterte tilstander blant fengselsinnsatte er større enn i befolkningen forøvrig. I tillegg kommer situasjonsrelaterte forhold, aspekter ved selve fengslingssituasjonen, eventuelt med utstrakt isolasjon, som for enkelte er en betydelig belastning og som kan medføre behandlingsbehov.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk har et utvidet tilbud til barn/innsatte under 19 år, og en psykologspesialiststilling er dedikert til dette arbeidet. Justis- og beredskapsdepartementet har besluttet at det skal opprettes et ungdomsfengsel i Oslo. Fram mot opprettelsen av ungdomsfengselet arbeides det med å gi innsatte under 19 år som er fengselsinnsatt et særskilt tilbud. Oppgavene er utredning, behandling og voldsrisikovurdering, veiledning av personale knyttet til ungdomstilbudet samt psykologfaglig rådgiving til leder for ungdomstiltaket/fengselsinspektør.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk betjener også Sentralarresten i Oslo med øyeblikkelig-hjelp funksjon for innsatte som ennå ikke er fremstilt for varetekt.

### **Henvisning poliklinikk**

Pasienter henvises av lege, som oftest leger i primærhelsetjenesten i fengslene. Henvisningene rettighetsvurderes av poliklinikens spesialister. For pasienter med rett til helsehjelp oppnevnes det pasientansvarlig lege eller psykolog. Pasienten får tilbud om vurdering, utredning og behandling. Pasient og henvisende lege får skriftlig tilbakemelding om vurderingen, samt opplysning om pasientrettigheter.

### **Behandling poliklinikk**

Foruten en helhetlig diagnostisk utredning gir poliklinikken tilbud om psykoterapi og/eller medikamentell behandling. Ved alvorlige depressive og psykotiske tilstander og hvor det ikke lykkes å oppnå rask bedring av tilstanden, søker poliklinikken akutt eller planlagt innleggelse for pasienten i psykiatrisk sykehusavdeling. En stor del av pasientene ved poliklinikken har

sammensatt problematikk med behov for koordinerte tjenester under fengselsoppholdet, og i vurdering av behov for behandling/oppfølging etter løslatelse. Utarbeidelse av individuell plan (IP) er en viktig del av pasienttilbudet. Behov for IP vurderes i førstegangsvurderingen. Pasientene får utlevert brosjyre, og tilbud om hjelp til initiering av IP, eller til å gjenoppta et eventuelt tidligere planarbeid.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk tilbyr helhetlig diagnostisk utredning og foretar en samlet vurdering av pasientens behandlingsbehov. Varetektsinnsatte er ofte i en akutt livskrise og selvmordsrisiko er en hyppig problemstilling. Poliklinikken tilbyr akuttvurderinger av selvmordsrisiko, og gir anbefaling om forsvarlige tiltak. I tillegg forekommer rusutløste psykosetilstander og delir i etterkant av innsettelse. Der forbrytelser er begått i psykotisk tilstand vil som oftest den siktede settes inn i fengsel før det blir vurdert innleggelse og/eller før rettspsykiatrisk sakkyndige er oppnevnt.

### **Samarbeid poliklinikk**

Fengselspsykiatrisk poliklinikk har ukentlige faste samarbeidsmøter med fengselshelsetjenestene. Det blir gitt tilbakemelding om rettighetsvurderinger på nye henvisninger. Poliklinikken deltar på ukentlige møter med ledelsen i Oslo fengsel. Dette avklarer ansvars- og rollefordelinger i komplekse pasientsaker, og bidrar til å opprettholde et godt samarbeid på tvers av etater.

Det er et utvidet samarbeid med Oslo fengsels tilsynsavdeling (1. avdeling) som ivaretar innsatte hvor det er mistanke om alvorlig psykose- og/eller suicidalproblematikk. De ansatte på 1. avdeling hospiterer i Regional sikkerhetsseksjon, og Fengselspsykiatrisk poliklinikk deltar på ukentlige møter og samarbeider tett opp mot enkeltpasienter. Det er utviklet retningslinjer som regulerer samarbeid og kommunikasjon om graderte tiltak, for å sikre forsvarlig oppfølging og redusere risiko for suicid og selvskading.

### **Prejudisiell enhet**

Prejudisiell enhet foretar psykiatriske vurderinger på oppdrag fra politidistriktene tilhørende Oslo statsadvokatembeter og gjør primært vurderinger av siktedes strafferettslige tilregnelighet, ihht. straffeloven § 44 og 56 c for videre anbefaling om det er behov for en full judisiell observasjon, jf straffeprosessloven § 165, siste ledd. Enheten foretar også førerkortvurderinger, våpenlisensvurderinger, vurderinger av evne til å møte i retten, samt tilbyr undervisning og veiledning til politi og påtalemyndighet.

Funksjonen ble overført fra Oslo politidistrikt (tidligere politilegens kontor) til Oslo universitetssykehus 01.01.2014. Enheten er lokalisert i Politihuset på Grønland og består i dag av enhetsleder, administrasjonskonsulent, psykologspesialist og psykiater. I tillegg har enheten knyttet til seg to psykiatere som bistår ved behov.





### **Fagråd Prejudisiell enhet**

Høsten 2014 startet arbeidet med å opprette et fagråd for Prejudisiell enhet. Fagråd består av ulike representanter for fagfeltet rettspsykiatri, som Oslo statsadvokatembeter, Oslo politidistrikt, Den rettsmedisinske kommisjon, Kompetansesenteret for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri, OUS, Advokatforeningen samt en representant fra psykisk helsevern. Hensikten med fagrådet er å drøfte ulike problemstillinger og utfordringer knyttet til prejudisielle vurderinger slik at Prejudisiell enhet kan imøtekomme påtalemyndigheten på best mulig måte. Det ønskes videre å arbeide mot en standardisering av rapportene med henblikk på kvalitetssikring, evaluering og forskning.

### **Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern**

Nasjonal koordineringsenhet skal være en administrativ og permanent del av gjennomføringen av dommer til tvungent psykisk helsevern og skal sikre god samhandling mellom helse- og justissektoren. Funksjonen skal være en integrert del av gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern og et viktig bidrag til sikkerheten og samfunnsvernet. (Prop. 108 L (2011-2012)) Nasjonal koordineringsenheten drift og registrering, samt informasjonsflyt til koordineringsenheten er hjemlet i psykisk helsevernloven § 5-2a, § 5-2b og § 5-6b. Nasjonal koordineringsenhet er én av seks enheter i Regional sikkerhetsseksjon og har 1,4 ansatte. Det er stort behov for å få økte ressurser til enheten.

#### **Nasjonal koordineringsenhet skal primært:**

- utarbeide og oppdatere retningslinjer for samhandling ved etablering 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

## **Utdanning av helsepersonell**

### **Sykepleiestudenter**

Regional sikkerhetsseksjon tar imot bachelorstudenter i sykepleie i hht. avtale med Høgskolen i Oslo. Praksisperioden baserer seg i hovedsak på sykepleieutdanningens aktuelle fag- og

undervisningsplaner, og på seksjonens rutiner for utdanning av helsepersonell. Oppfølging og veiledning av studenter foregår etter "1:1 modellen" som innebærer at studentene har samme praksisveileder i hele perioden, samt er tilknyttet samme enhet i denne tiden. Studentene deltar i seksjonens daglige drift og utfordres i forhold til å oppsøke læresituasjoner, utøve sykepleie og reflektere rundt egen funksjon, både faglig og personlig. Studentene har lesetilgang til seksjonens dokumentasjonssystem, tilbud om deltagelse på avdelingens interne undervisning og tilbud om undervisning på deres initiativ tilpasset eget behov. Tilsvarende opplegg finnes for vernepleiestudenter.

Regional sikkerhetsseksjon tar etter forespørsel også imot studenter fra videreutdanning i psykisk helsearbeid, både for tre-årig høyskolestudenter og fra helse- og sosialfagsutdanning. Oppfølging og veiledning skjer etter samme modell som beskrevet over.

### **Medisin- og psykologistudenter**

Fengselspsykiatrisk poliklinikk er landets største fagmiljø innen fengselspsykiatri og utgjør et kompetansemiljø innen dette spesialfeltet. Det er inngått avtale med Medisinsk fakultet på Universitetet i Oslo om basisgrupper for medisinstudenter, i alt 16 pr. år. I tillegg er det inngått avtale med Psykologisk institutt om hovedpraksisstudent i psykologi hvert semester.

### **Politistudenter**

Regional sikkerhetsseksjon har avtale med Asker og Bærum politidistrikt og Oslo politidistrikt om å ta imot studenter til hospitering fra Politihøgskolen. Opplæring og veiledning foregår i henhold til politiets avtale med Politihøgskolen. Studentene følges opp av en kontaktperson, hjelpepleier eller sykepleier, og opplæringen tilpasses politihøgskolens krav til praksisperioden.

### **Lege i spesialisering (LIS)**

Regional sikkerhetsseksjon har én LIS-hjemmel for lege som er i spesialisering for spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri. LIS-legen har arbeidssted i Intensivpsykiatrisk døgnenhet og betjener seksjonens øvrige enheter ved behov. Legen inngår i forvaktlaget på Dikemark. Legen mottar fast og løpende veiledning fra spesialist i psykiatri i Regional sikkerhetsseksjon og deltar i klinikkens obligatoriske LIS-undervisning og eventuelt psykoterapiveiledning.

Det nevnes også at alle leger i vaktordning får informasjon og omvisning i seksjonen for å kunne være forberedt på hva som vil være aktuelle scenarier for vakthavende lege ved tilkalling til Regional sikkerhetsseksjon.

### **Hospitering**

Regional sikkerhetsseksjon får forespørsler om personalutveksling og hospitering fra andre institusjoner, som fengsler og lo-



kale sikkerhetsavdelinger samt studenter fra helsefag. Slike forespørsler tilstreber seksjonen å imøtekomme.

## Forskning og fagutvikling

Regional sikkerhetsseksjon ønsker å bidra til å øke, ta i bruk og videreformidle ny kunnskap som kan gi bedre pasientbehandling innen sikkerhetspsykiatri, rettspsykiatri og fengselspsykiatri. I tillegg arbeider seksjonen med videre fagutviklingsarbeid angående juridiske døgnobservasjon jf § 167 i straffeprosessloven og prejudisielle observasjoner for rettsvesenet. Dette arbeidet inngår i rettspsykiatri. Regional sikkerhetsseksjon har opparbeidet et sterkt klinisk fagmiljø innenfor fagfeltet.

Februar 2013 økte seksjonen fokuset på utvikling av forskningsbasert praksis og videreutvikling av klinikkens egen sikkerhetspsykiatrisk praksis. Så langt med særlig fokus på miljøterapeutisk struktur i voldsrisikohåndtering. En psykiatrisk sykepleier med mastergrad og lang klinisk erfaring ble ansatt i 50 % stilling som forskningskoordinator, med spesielt ansvar for klinikk-nær forskning.

Forskningskoordinator har bidratt til økt aktivitet for medarbeidere som har gjennomført masterutdanning, og bidrar til å støtte ansatte som har påbegynt kliniske masterstudier. Produksjon av kunnskaper har ført til betydelig arbeid med seksjonens opplæringsprogram i voldsrisikohåndtering kalt SIMBA.

Forskningskoordinator arbeider med en intern opplæringsbok, kalt "Hvorfor er det sånn?". Denne forventes å være ferdig i 2015.

Flere av psykiaterne og psykologspesialistene på døgnpostene på Dikemark har i 2014 innledet samarbeid om forskning og fagutvikling innen sikkerhetspsykiatri og rettspsykiatri sammen med ansatte på Kompetansesenteret for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri i Helse Sør-Øst.

Det er et mål at seksjonen skal kunne produsere artikler på grunnlag av egen praksis, og flere artikler er under produksjon. Fremtidig deltagelse i samarbeid rundt forskningsprosjekter er også et mål. Forskningskoordinator har dessuten en rådgivende funksjon i seksjonsleders stab. I samarbeid med forskningsleder ved sykehusets regionale forskningsstøttefunksjon arbeides det med forberedelser til en PHD studie.

## Opplæring av pasienter og pårørende

Under behandling i Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst får pasientene individuelt tilpasset opplæring om ulike aspekter ved sin tilstand. De får informasjon om sin diagnose og hva sykdom innebærer. De gjøres kjent med innholdet i voldsrisikovurderinger som gjøres, samt hvordan sykdom og øvrige utfordringer kan og bør håndteres i eget liv. Det legges vekt på å informere om behandlingen som gis, eventuelle konsekvenser av behandlingen, herunder også bivirkninger av medisiner. Pasienten gjøres også kjent med relevant lovverk, rettigheter og krav de har både av juridisk, sosial og økonomisk art.

Seksjonen har fokus på å tilstrebe et godt samarbeid med pårørende. Pårørende får generell informasjon om helsetilstanden til pasienten, samt informasjon om behandlingen. De får også informasjon om hva dette kan bety for pasientens fungering. Det er utarbeidet enhetsvise informasjonsbrosjyrer til pasienter og pårørende, og generell informasjon om seksjonen er lett tilgjengelig på seksjonens nettside.

### Barn som pårørende

Regional sikkerhetsseksjon har jamfør Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven barneansvarlig personell. Disse er organisert som en barneansvarliggruppe bestående behandler, en sykepleier, en hjelpepleier, en sosionom, og en representant fra fengselspsykiatrisk poliklinikk.

Barneansvarliggruppen har ansvar for å ivareta barn som pårørende. Ved innkomst av nye pasienter kartlegges det om pasienten har barn/har omsorgen for barn. Hvis dette er tilfellet er det barneansvarliggruppen som har ansvaret for å påse at barnet er ivaretatt og om barnevernet er varslet. Barn av innlagte pasienter skal tilbys samtaler med personell fra Regional sikkerhetsseksjon. Samtalene skal bare tilbys og gjennomføres så sant dette er til barnets beste. Samtalene foregår på egnede besøksrom med barneansvarlig personell.

Pasientgruppen ved RSA har over tid gjenspeilet en gruppe pasienter som sjelden har ansvaret for barn ved innleggelse. I 2014 er det ikke registrert noen tilfeller hvor det har vært behov for å ivareta pasienters barn, utover å tilrettelegge for besøk mellom pasient og barn i slektskap med pasient.





# Resultater 2014

Resultatet viste et merforbruk på kostnader på 4 946 997. Totalt driftsinntekter ga 7 075 223 mer enn budsjettert. Seksjonens regnskapsresultat ga et mindreforbruk på 2 125 559.

Koordineringsenheten sine driftsmidler kommer dirkete fra statsbudsjettet og belastes ikke seksjonens budsjett.

## Sykefravær

Målet for 2014 var å ha et sykefravær på under 10 %. Resultatet var at Regional sikkerhetsavdeling hadde et snitt på 11,1 %. Av dette var 4,31 korttidsfravær (under 16 dager) og 6,78 langtidsfravær (over 16 dager). En av årsakene til at avdelingen har et jevnt høyt sykefravær er at medarbeiderne blir utsatt for store belastninger på jobb. I tillegg til vanlig kortvarig sykdom skyldes korttidsfraværet bl.a. skader personalet får i utageringssituasjoner med pasienter. Avdelingen jobber kontinuerlig for å redusere sykefraværet.

## Variable kostnader

Regional sikkerhetsseksjon jobber kontinuerlig med å redusere kostnader, spesielt knyttet til ekstravakter og overtid. Ett av virkemidlene for å redusere bruken av overtid har bl.a. vært ansettelse i helgestillinger. Døgnetenhetene benytter fortsatt i for stor grad overtid for å bemanne sin virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og personell for å sikre forsvarlig drift. Seksjonen brukte 12797 timer overtid i 2014, et snitt på ca 1066 timer per måned. Årsaker til bruk av overtid er blant annet krav om høy tilgjengelighet, behov for høy dynamisk sikkerhet og faglig kompetanse.

## Tilsyn med arbeidstid

Arbeidstilsynet gjennomførte tilsyn med arbeidstid ved Oslo universitetssykehus HF i 2011 og 2012. Regional sikkerhetsseksjon var en av åtte seksjoner på Ous som ble underlagt tilsyn. Det ble avdekket omfattende brudd på arbeidstidsbestemmelsene og Arbeidstilsynet gav sykehuset pålegg om å iverksette tiltak. Til tross for iverksatte tiltak viste rapporteringen i 2013 at det fremdeles var brudd på arbeidstidsbestemmelsene. På bakgrunn av dette ble utvalgte klinikker og avdelinger kontrollert på nytt. Arbeidstilsynet innhentet i 2014 dokumentasjon i to rapporteringsperioder. RSA utarbeidet en tiltaksplan som ble rapportert inn til arbeidstilsynet.

- Postsekretærene holder manuell oversikt og kontroll inntil det foreligger rapporteringssystem i GAT.
- Seksjonen utarbeider veileder for a-vaktene med oversikt over hva som utløser AML-brudd da mange kun benytter skjema "endringer i vaktbok" ved innleie.

- Forhandle dispensasjoner med tillitsvalgt for 8 timers hviletid.
- Administrativt forum hvor ledelsen og postsekretærer rapporterer og gjennomgår brudd for siste 14 dager.
- Fjerner de som generer brudd i ønskevaktbok, og noterer tidspunkt for når den ansatte kan jobbe.
- Ukentlig gjennomgang enhetsleder/postsekretær av vaktbok for foregående og kommende uke.
- Ukentlige samarbeidsmøter mellom postsekretærene, hvor overskudd fordeles mellom enhetene og samarbeid om innleie.

Arbeidstilsynet har varslet om nye pålegg i 2015, men ga samtidig sykehuset mulighet til å rapportere inn ytterligere tiltak.

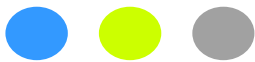
Nytt tiltak fra RSA:

*I seksjonens månedlige møte (seksjonsforum) med ledere, behandlere, tillitsvalgte og seksjonsverneombud vil gjennomgang av overtidsbruk og AML-brudd innføres som et fast tema. Vi vil da hver måned få muligheten til å øke bevisstheten rundt dette viktige temaet samt drøfte og evaluere med tillitsvalgte og verneombud hvilken effekt de ulike tiltakene gir. Samtidig kan eventuelt nye nødvendige tiltak raskt iverksettes.*

## Videreføringsproblematikk

Helsetjenesten er ved lov pålagt å drive forsvarlig og overholde lov, forskrift og instruks slik at den enkelte pasient og/eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst har i 2014 heller ikke vært fullt i stand til å oppfylle Helse Sør-Øst sine regionale instruksjoner for videreføring av pasienter. Årsaken til dette er at de pasientene dette dreier seg om er særlig vanskelige og/eller ressurskrevende og/eller de har høy voldsproblematikk og skader personell.

Problemer med videreføring har ført til at seksjonen har brukt store deler av sine ressurser på stabilisering av kronisk syke pasienter med betydelige voldsproblemer i lokaler som ikke er bygnings- eller budsjettmessig godt nok dimensjonert for oppgaven. Dette fører til at seksjonen i mindre grad har kapasitet til å ta imot pasienter til utredningsopphold enten etter § 3-2 – tvungen observasjon jfr. Lov om psykisk helsevern eller judisiell døgnobservasjon etter straffeprosesslovens § 167.



## Døgnbehandling

### Aktivitet

I 2014 mottok Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst totalt 34 henvisninger til innleggelse i sengepostene. Av disse ble 18 henvisninger vurdert å oppfylle målgruppebeskrivelsens betingelser og ble godkjent til innleggelse (53 %). For tre pasienter som var henviste fra lokale sikkerhetssegeposter ble det vurdert mer aktuelt med annen type faglig samarbeid rundt pasientene. Dette førte til at innleggelse på regionalt nivå ikke ble gjennomført.

Regional sikkerhetsseksjon tar imot observander til judisielle døgnobservasjoner jfr. straffeprosessloven § 167. I 2014 mottok seksjonen 14 henvendelser og 8 av disse ble innlagt i løpet av året.

For de pasienter og observander som ble innlagt i 2014 var gjennomsnittlig ventetid før innleggelse 38,6 dager (spredning 1-86 dager). For innlagte pasienter var gjennomsnittlig ventetid før innleggelse 25 dager (spredning 1 - 86 dager) og for observander som ble innlagt til judisiell døgnobservasjon var gjennomsnittlig ventetid 52 dager (spredning 20 - 84 dager).

Hva angår innleggelse på sengepostene på Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst ble 16 personer mottatt til innleggelse. Av disse ble 8 personer innlagt i det psykiske helsevernet og 8 personer til judisiell døgnobservasjon. To pasienter ble innlagt til hasteinnleggelse i løpet av året, men de andre 6 pasientene og 8 observandene kom inn etter andre regler om overføring av pasienter og innleggelse av observander.

Lovhjemlene for innleggelsene i 2014 var straffeprosessloven § 167 i 8 tilfeller, tvungen observasjon i 4 tilfeller, tvungent psykisk helsevern i 3 tilfeller og frivillig psykisk helsevern i ett tilfelle. I tre tilfeller ble pasientene som ble tatt imot på tvungen observasjon overført til tvungent psykisk helsevern.

Av 8 pasienter som ble innlagt i 2014 kom 2 fra psykiatriske avdelinger og 6 fra ulike fengsler. De fleste pasientene som innlegges fra fengslene har varetaktsstatus, men noen soner straffedom eller forvaringsdom. Observander innlagt i 2014 kom i 4 tilfeller fra hjemmet og i 4 tilfeller fra fengsel.

For de 18 pasientene og observandene som ble utskrevet i 2014 var gjennomsnittlig liggetid 31 dag (spredning fra 3 - 95 dager). Det er dog klart at observandene trekker ned liggetiden da de hadde gjennomsnittlig liggetid 22,5 dager (spredning 3 - 56 dager) mot 44 dager hos pasientene (spredning 10 - 95 dager).

Ved å se på pasienter som var innlagt i årsskifte 2014-2015 danner det seg et annet bilde av aktiviteten siden Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst har flere innlagte pasienter som har hatt lang liggetid. Liggetiden hos de 13 pasientene som var inn-

lagte i årsskiftet 2014-2015 var gjennomsnittlig 968,4 dager (omtrent 2 år og 8 måneder). Spredningen på liggetiden i denne gruppen var fra den korteste på 102 dager til den lengste som var 3243 dager (nesten 9 år). Flere av disse langliggerne har hatt tidligere innleggelse på Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst og noen av disse innleggelsene har også vært langvarige, slik at samlet liggetid kan være opp til flere år. Av pasientene innlagt i årsskifte 2013-2014 var det kun tre som hadde kortere liggetid enn ett år. Den lange liggetiden skyldes pasienter med alvorlige psykiske problemer og stor risiko for voldelig atferd. Det har vært svært vanskelig å få disse pasientene videreført til andre behandlingstiltak, grunnet pasientens sykdomsbilde, risiko for voldelig atferd hos pasientene og manglende tilrettelegging hos de respektive helseforetakene.

Pleiekategorien for innlagte pasienter på Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst har igjennom året 2014 vært høy. Flere av de som har vært innlagt lengre enn ett år har hatt pleiekategorier igjennom hele året som har ligget på 6-7. Dette samsvarer ressursbehovet og kompetansebehovet til pasienter innlagt i intensive somatiske avdelinger. I tillegg har noen pasienter som har vært kortvarig innlagte (under halvt år) også hatt så høye pleiekategorier over lengre perioder under innleggelsen på seksjonen.

Av de 10 pasienter utskrevne i 2014 ble 4 utskrevet til fengsel og 6 til psykiatriske avdelinger. Av 8 observander utskrevne i 2014 ble 5 innlagt i psykiatriske avdelinger ved avsluttet judisiell døgnobservasjon. I tabell 1 kommer det frem hvilke fylker og helseforetak pasienter utskrevne året 2014 og innlagte ved årsskifte 2014-2015 tilhørte.

**Tabell 1- Ansvarlig helseforetak for utskrevne pasienter og observander året 2014 samt for inneliggende pasienter den**

Helseforetak	Antall
Akershus universitetssykehus	2
Lovisenberg Diakonale sykehus	8
Oslo universitetssykehus	9
Sykehuset Innlandet	2
Sykehuset Telemark	0
Sykehuset Sørlandet	0
Sykehuset Vestfold	0
Sykehuset Østfold	4
Vestre Viken	3
UFB	3
<b>Sum</b>	<b>31</b>



## Demografi

### Kjønn og alder

Innlagte og utskrevne personer i 2014 var menn med kun ett unntak. Gjennomsnittlig alder av pasienter innlagte i 2014 var 31,5 år (spredning: 17 - 42 år). Gjennomsnittlig alder hos de 8 observandene var 27 år (spredning fra 25 - 38 år). Av 8 pasienter som ble innlagt i 2014 kom 6 direkte fra fengsel (varetekt, soningsdommer og forvaringsdommer) og 2 fra psykiatriske sengeavdelinger. Alle som ble innlagt fra fengsel hadde hatt kontakt med psykiatriske poliklinikker og sengeavdelinger før innleggelsen.

### Etnisitet

Av de 8 pasientene som ble innlagt i 2014 og de 13 som fortsatt var innlagt den 31.12.2014 var 8 pasienter etnisk norske (38 %) og 13 hadde en utenlandsk bakgrunn (52 %). Av 8 observander hadde 5 utenlandsk bakgrunn (62 %). Utenlandsk bakgrunn defineres her som personer født utenfor Norge og/eller hvor foreldrene ikke var norske statsborgere ved pasientens fødsel.

## Diagnoser

Diagnoser fremkommer av tabell 2. Hos pasienter som legges inn i Regional sikkerhetsseksjon er det til dels mye samsykelighet (komorbiditet). Samsykeligheten omhandler både psykiatriske sykdommer og somatiske sykdommer. I tillegg kan det presiseres at voldelig atferd ikke har en spesifikk diagnose til tross for at dette er et fellesproblemområde for innlagte på seksjonen. Det jobbes kontinuerlig med voldelig atferd med det for øye å redusere slik atferd og dermed bedre pasientens fungering. Det ble stilt gjennomsnittlig over to diagnoser per person hos de 21 pasientene og 8 observandene som var innlagt året 2014.

Hva angår rusrelaterte diagnoser blant innlagte på seksjonen i 2014 hadde 76 % av pasientene rusrelaterte bidiagnoser. Hva angår lett psykisk utviklingshemming hadde to av pasientene i 2014 slik bidiagnose. I 2014 fikk 7 innlagte somatiske diagnoser (21 %). Flere pasienter hadde personlighetspatologi som fremkom i deres atferd. Likevel ble det i flere tilfeller ikke satt slik diagnose, grunnet manglende komparent informasjon, usikkerhet rundt diagnostiske kriterier, og grunnet pågående psykotiske tilstander.

**Tabell 2- Hoveddiagnoser for utskrevne personer (pasienter og observander) året 2014 og for pasienter inn-**

Hoveddiagnoser	Antall perso-
F20. – Schizofreni	20
F22. – Paranoid psykose	1
F31. – Bipolar affektiv lidelse	1
F42. – Tvangslidelser	1
F43. Posttraumatisk stresslidelse	1
F60. – Personlighetsforstyrrelser	2
Z04.6 – Generell psykiatrisk undersøkelse begjært av myndighetene	5
<b>Totalt</b>	<b>31</b>

## Andre behandlingmessige forhold

Det som kjennetegnet behandlingssituasjonen i seksjonen i 2014 var 7 pasienter med tunge psykiatriske problemer og omfattende voldelig atferd, og en pleiekategori på 6-7 gjennom hele året. 7 pasienter tilsvarer 35 % av sengekapasiteten, og er en sjelden høy andel. 5 pasienter hadde skjerming fra medpasienter gjennom hele året. I tillegg har flere andre pasienter hatt skjermingsvedtak i kortere eller lengre perioder i løpet av året. Pasientene har måttet skjermes på eget rom, da seksjonen kun har tre tilpassede skjermingsenheter. Disse har vært forbeholdt pasienter med langtidsskjerming. Det har ikke vært mulig å skjerme flere pasienter i skjermingsenhetene samtidig, grunnet de problemene pasientene har. To av pasientene har brukt mekaniske tvangsmidler nesten uavbrutt gjennom hele året grunnet repeterende voldelig adferd mot personalet. Mens en pasient har vært underlagt isolasjon i egen skjermingsenhet store deler av døgnet i perioder. Mottaksenheten har også vært brukt som egen skjermingsenhet i flere måneder for behandling av en ungdom.

## Poliklinisk behandling

### Henvisninger og konsultasjoner

I 2014 hadde Fengselspsykiatrisk poliklinikk totalt 1421 registrerte konsultasjoner. I overgangen mellom to elektroniske pasientjournalssystemer, hefter det noe usikkerhet til registreringen og rapporteringen av to måneder. Sannsynligvis er det reelle konsultasjonstallet noe men ikke betydelig høyere.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk hadde til sammen 252 behandlingsforløp. Poliklinikken mottok 234 nye henvisninger, hvorav 28 henvisninger ble vurdert uten rett til helsehjelp fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det ble videreført 36 behandlings-



forløp fra 2013 til 2014. Poliklinikken mottok 14 henvisninger fra sentralarresten, 19 fra Bredtveit fengsel og 201 fra Oslo fengsel. Av henvisningene i 2014 var 56 øyeblikkelig hjelp-henvisninger. Poliklinikken foretok i alt 26 innleggelses i psykiatrisk avdeling.

## Diagnoser

Diagnoser i fengselspsykiatrisk poliklinikk fremkommer av tabell 3. Tabellen viser at pasientpopulasjonen i Fengselspsykiatrisk poliklinikk fordeler seg over alle hoveddiagnosegrupper. Andelen av skadelig bruk/avhengighet av rusmidler er høy. Også andelen personlighetsforstyrrelser er høy, særlig dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det reelle tallet kan være enda høyere, ettersom ikke alle pasienter gjennomgår full utredning for denne problematikken. Tilpasningsforstyrrelse og akutt belastningslidelse forekommer antagelig hyppigere i innsattpopulasjonen enn det som fremgår av tabell 2, men behandles og håndteres trolig for en stor del av primærhelsetjenesten og kriminalomsorgen. Det samme gjelder depressive lidelser og angstlidelser i mild til moderat grad. Andelen psykoselidelser har økt parallellt med at andelen varetektsinnsatte har økt. De fleste med psykosediagnose ble innlagt psykiatrisk døgnavdeling, enten under psykisk helsevernloven, judisiell døgnobservasjon etter straffeprosesslovens § 167 eller på dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Andelen med psykisk utviklingshemming er lav, hvilket kan tyde på at innsatte med denne problematikk ikke henvises i tilstrekkelig grad.

## Pasienthendelser

Pasienthendelser fremkommer av tabell 4. Det totale antall meldinger går ned, men de mer alvorlige skadeformene holder seg på et stabilt nivå. De 2 unaturlige dødsfallene er selvmord i fengsler som Fengselspsykiatrisk poliklinikk betjener.

Betydelig skade er betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet, forlenget sykehusopphold og/eller varig funksjonstap. Moderat skade er skader som krever tiltak. Mindre alvorlig er forbigående negative helseeffekter eller skader som ikke krever omfattende behandling.

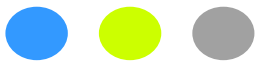
Det er betydelig asymmetri mellom informasjon om kostnader ved produksjon og informasjon om kostnader ved sikkerhet. Sikkerhet og risiko er betydelig vanskeligere å måle enn løpende driftskostnader. Det er kun etter registrering av uønskede hendelser seksjonen får full oversikt over kostnadene. Et mindre antall ansatte får mindre alvorlige til moderate skader. Én pasient har fått betydelig skade og to begikk selvmord i fengselet.

Regional sikkerhetsseksjon har en i særstilling høy risikoprofil for personalskader. For pasientskader er bildet mer lik normal risiko.

Tabell 3 – Alle diagnoser (hoved- og bidiagnose)			
Diagnoser	Antall diagnoser	Antall personer	% av pasientpop. med diagnosen
Organisk psyk. lidelse (F00 – F09)	1	1	0
Rusmiddelavhengighet/misbruk (F10 - f19 og F55)	96	88	35
Rusutløst psykose (F10 – 19.4 og .5)	5	5	2
Psykoselidelser (F20)	47	47	19
Affektive lidelser (F30 – F39)	11	11	4
Angstlidelser (F40- F41)	6	6	2
Tvangslidelse (F42)	1	1	0
Belastningslidelse (F43)	33	30	12
Dissosiative lidelser (F44.9)	1	1	0
Somatiseringslidelse (F45)	1	1	0
Spiseforstyrrelser (F50)	1	1	0
Personlighetsforstyrrelse (F60)	27	26	10
Parafilier (F65)	2	2	1
Psykisk utviklingshemming (F70)	4	4	2
Utviklingsforstyrrelser (F80 – F89)	2	2	1
Hyperkinetisk lidelse (F90)	3	3	1
Atferdsforstyrrelse (F91)	8	8	3
Simulering (Z76.5, F68.1)	4	4	2
Andre (F99, Z04, Z03.2)	15	15	6
<b>Sum</b>	<b>268</b>	<b>252</b>	

Tabell 4 – Pasienthendelser 2012, 2013 og 2014, fordelt på

År	Totalt meldt	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Unaturlig død
2012	57	23	3	1	0
2013	42	11	5	0	2
2014	38	6	5	0	0



## Kontrollfunksjoner

I 2014 ble mottok kontrollkommissjonen 9 klager på opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. 4 av sakene ble trukket og en ble avvist. Ingen av klagerne fikk medhold i sin klage.

Året 2014 har 3 pasienter vært kontinuerlig skjermet på en egen enhet hele året og i tillegg har 2 pasienter hatt skjermingsvedtak på eget rom hele året. Det er i alt fattet 131 vedtak om skjerming jfr. § 4-3 i psykisk helsevernloven i seksjonen året 2014. I lengre perioder har i alt 9 pasienter hatt skjermingsvedtak samtidig noe som har ført til utfordringer i driften. Det ble sendt en varslings-sak til sykehuset og Helsetilsynet angående skjermingsforholdene i seksjonen i desember 2014. Skjermingsvedtakene har ikke ført til klager til kontrollkommissjonen i løpet av året.

Det er fattet 28 tvangsmedisineringsvedtak, jf. § 4-4 i psykisk helsevernloven, på seksjonen året 2014. Disse har resultert i 8 klager til fylkeslegen ved Fylkesmannen i Oslo og Akershus uten at klager har fått medhold i sin klage.

Det truffet 69 vedtak i seksjonen om bruk av mekaniske tvangsmidler og daglige vedtak om bruk av isolasjon for en pasient jf. § 4-8a og b i psykisk helsevernloven. To pasienter har hatt langvarig bruk av tvangsmidler i løpet av året.

I tillegg er det fattet 21 vedtak om begrensinger i kontakt med omverdenen jfr § 4-5 i psykisk helsevernloven og 26 vedtak om ransaking jf. § 4A-4 i samme lov.

## Medarbeidere

### Kompetanseheving og utdanning

I 2014 ble det bevilget 326 111kr til kurs og utdanning av helsepersonell i Regional sikkerhetsseksjon. Strategiseminarne som avholdes enhetsvis for fast ansatte i januar/februar er holdt utenfor dette regnskapet.

Enhet	Antall søknader	Prosentandel
Intensivpsykiatrisk døgnenhet	21	50 %
Rettspsykiatrisk døgnenhet	9	21 %
Fengselspsykiatrisk poliklinikk	6	14 %
Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet	5	12 %
Nasjonal Koordineringsenhet	1	2 %
Totalt	42	100 %

**Tabell 6— Kurs- og utdanningssøknader fordelt på yrkesgruppe**

Stilling	Antall søkere	Prosentandel
Sykepleier	12	28 %
Overlege	6	14 %
Ass. / Enhetsleder	5	12 %
Psykologspesialist	5	12 %
Miljøpersonell	4	10 %
Husøkonom	3	7 %
Psykolog	3	7 %
Andre	3	7 %
Sekretær	1	2 %
Totalt	42	100 %

**Tabell 7—Kurs- og utdanningssøknader fordelt på kategori**

Kategori	Antall søkere	Prosentandel
Videreutdanning (Høgskole)	16	38 %
Kurs/konferanse/seminar	26	62 %
Totalt	42	100 %

### Arbeidsmiljøundersøkelse

Seksjonens målgruppe representerer store faglige og sikkerhetsmessige utfordringer for både miljøpersonalet, behandlere og ledere. Det er en kontinuerlig balansegang å gi pasientene riktig type behandling med en høy faglig standard, og samtidig vurdere hvilke pasienter som kan behandles i et fellesskap og hvilke pasienter som må adskilles fra de andre og skjerms på eget rom eller en egen skjermingsenhet. Disse vurderingene gjøres ut fra behandlingshensyn og/eller av sikkerhetshensyn der formålet er å hindre vold mot medpasienter eller personalet. Det er særlig krevende for miljøpersonalet å arbeide i en hverdag der de er i kontinuerlig fare for å bli utsatt for vold på arbeidsplassen. For ledelsen er det et stort ansvar å sikre et godt arbeidsmiljø med kvalifiserte ansatte og at det til enhver tid er riktig antall miljøpersonale på vakt, samtidig som driften ikke skal overskride budsjett og øvrige rammebetingelser.





Oslo universitetssykehus har årlig en arbeidsmiljøundersøkelse der alle ansatte besvarer en rekke spørsmål vedrørende egen opplevelse av arbeidsmiljøet og sin nærmeste leder. Resultatet fra undersøkelsen blir vurdert lokalt på de enkelte enhetene med de ansatte. Det er vanlig at de enhetsvise HMS-utvalgene analyserer resultatet sammen med enhetsleder og at de sammen blir enige om forbedringsområder og bevaringsområder som de skal arbeide med i en tiltaksplan.

Medarbeiderundersøkelsen høsten 2011 avdekket et dårlig resultat for avdelingen totalt sett. Det var enkelte enheter som hadde klare negative tilbakemeldinger fra sine ansatte på flere områder som omhandlet arbeidsmiljø og ledelse. Personalet arbeidet målrettet i samarbeid med sine ledere for å komme frem til tiltak for å bearbeide og løse problemområdene. Ved en av enhetene fikk enhetsleder eksternt veileder for å sikre at tiltakene skulle gi ønsket effekt.

Det knyttet seg en viss spenning i ledelsen og personalgruppen til resultatet av medarbeiderundersøkelsen 2012. Svarprosenten var ved enkelte enheter svært høy og resultatet var særdeles nedslående. Seksjonen fikk derfor hjelp av sykehusets arbeidsmiljøavdeling og personalavdeling til å analysere resultatet. Seksjonsledelsen avholdt flere møter med tillitsvalgte og verne-tjenesterepresentanter for å komme frem til en handlingsplan. Det ble etter hvert besluttet å engasjere et eksternt konsulent-selskap for å bistå avdelingen med å finne årsakene til de negative resultatene. Etter en anbudsrunde ble Habberstad AS valgt.

Habberstad gjennomførte en grundig analyse der de gjennomførte personintervju med i underkant av 90 ansatte ved seksjonen. De ansatte ble tilfeldig trukket ut og representerte alle nivåer og faggrupper i organisasjonen. Konklusjonen til Habberstad var at det forelå en mistillit hos de ansatte til flere av sine ledere. De mente også at det er for store ulikheter mellom de kliniske enhetene og at dette førte til at avdelingen ikke fremstod samlet utad. Rapporten inneholdt et utfyllende og detaljert kapittel med anbefalinger og tiltaksplan på seksjonsnivå og på den enkelte enhet, samt forslag til hvordan Habberstad kunne hjelpe seksjonen videre for å løse de problemområdene som ble avdekket.

Det kan synes som at konsulentene fra Habberstad, til tross for den grundige analysen de har gjennomført, ikke helt forstod avdelingens kompleksitet, oppdragsdokumenter eller de kvalitetskravene som stilles til et pasientforløp på Regional sikkerhetsseksjon.

Rapporten til Habberstad ble grundig drøftet med de tillitsvalgte, vernetjenesten og de ansatte i ulike fora. Ulike tiltak ble diskutert og vurdert. Et av de første tiltakene var endring av møtestruktur mellom ledelsen og de ansatte, se "Involvering" under. Seksjonens ledergruppe fikk videre tilbud om eksternt bistand og valgte å takke ja til dette. Konsulentselskapet Considium fikk

oppdraget med å veilede ledere og seksjonens ledergruppe i den hensikt å styrke ledelsen og skape større tillit hos de ansatte.

I 2014 valgte sykehuset å ikke gjennomføre den årlige medarbeiderundersøkelsen pga innføring av ny elektronisk journal DIPS. Det ble da gjennomført gruppesamtaler med de ansatte hvor de fant forbedrings- og bevaringsområder for sin enhet.

## Involvering

Medarbeiderne involveres i prosesser ved deltakelse fra tillitsvalgte og vernetjenesten, som møter med ledelsen hver 4. uke. Informasjons- og drøftingsmøte endret i 2014 navn til Seksjonsforum. Deltakere er seksjonsleder, én enhetsleder, én representant fra hver organisasjon, én fra vernetjenesten og referent. Turnus skal tilrettelegges for møtedeltakerne. Møtene avholdes hver tredje torsdag i måneden.

## HMS-arbeid

Ansatte ved seksjonen melder avvik i sykehusets elektroniske avvikssystem Achilles. Tabell 8 viser en reduksjon av antall totale meldinger i 2013, men en liten stigning i 2014. Det er et stabilt bilde for de mer alvorlige skadene som forblir en betydelig utfordring for seksjonen. Det høye antallet skader skyldes i stor grad noen få pasienter med ekstrem høy voldsproblematikk. Reduksjon fra 2012 skyldes omfattende tiltak for å redusere antall skademeldinger representert ved noen få pasienter som blir skjermet i egne enheter med forsterkede primærgrupper.

År	Totalt meldt	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade
2012	557	190	26	0
2013	275	92	29	3
2014	353	101	19	6

Betydelig skade betyr faktisk sykemelding over 3 måneder. Moderat skade er sykemelding mellom 16 dager og 3 mnd. Mindre alvorlig er – har oppsøkt lege for skaden og hatt fravær fra 0 til 16 dager.

Avviksmeldingene blir gjennomgått i de enhetsvise HMS gruppene og i seksjonens kvalitetsutvalg.

## Teoretisk undervisning

Regional sikkerhetsavdelings har ukentlig teoretisk undervisning for de ansatte. Denne er lagt til torsdag hvor turnusen er tilpasset til dette formålet. De fleste forelesere er interne, men det benyttes også eksterne forelesere. Flere av undervisningene har hatt somatisk fokus, deriblant diabetes, somatiske undersøkelser og førstehjelp.





Deltagerne på undervisningen registreres, og enhetslederne får kopi av deltagerliste til bruk i sin oversikt over de ansattes utviklingsplan. Det er et mål å koordinere denne undervisningen mot undervisningen i voldsrisikohåndtering.

## Undervisning i voldsrisikohåndtering

Regional sikkerhetsseksjon har ukentlig undervisning i voldsrisikohåndtering. Undervisningen er lagt til tirsdag hvor turnusen er tilpasset også til dette formålet. Hovedfokus er samhandlingstrening hvor det legges stor vekt på kommunikasjon med pasienter, oppdage forvarsler på voldsrisikoatferd, tidlig intervensjon for å unngå utagering, deeskalering ved aggressivitet, etikk og holdninger, ransaking og tvangsmiddelbruk som fysisk holding og beltelegging. En psykiatrisk sykepleier er tatt ut i 20 % stilling for å organisere og lede denne undervisningen. Erfarne miljøpersonell har en nøkkelrolle i samhandlingstreningen.

Undervisningsgruppa i voldsrisikohåndtering startet i 2013 et yrkespedagogisk aksjonsforskningsprosjekt. Prosjektet bygger på et tilsvarende prosjekt fra 2009. Undervisningsgruppa jobber med å videreutvikle undervisningen i voldsrisikohåndtering gjennom et strukturert utviklingsarbeid/aksjonsforskningsprosjekt hvor medvirkning står i fokus. Det legges til rette for medvirkning i undervisningen slik at personalet opplever en meningsfylt og relevant opplæring i forhold til sitt kliniske arbeid med pasientene.

Undervisningsgruppa har i tillegg til å drive et yrkespedagogisk aksjonsforskningsprosjekt for å videreutvikle undervisningen, også implementert SIM Oslo i den ukentlige undervisningen/samhandlingstreningen. Den nye undervisningsmodellen har fått prosjektnavnet SIMBA som står for SIMuleringstrening i Behandling av Aggresjon.

Undervisningsgruppa består av leder, instruktører fra alle tre døgnenheter, en yrkespedagog og en forskningskoordinator. Gruppa har jevnlig samlinger hvor de jobber med analyse av logger, planlegging av undervisning framover i forhold til tilbakemelding fra deltakerne og samkjøring av instruktørene.

Undervisningen består først og fremst av samhandlingstrening hvor det legges stor vekt på kommunikasjon med pasienter, oppdage forvarsler på voldsrisikoatferd, tidlig intervensjon for å unngå utagering, deeskalering ved aggressivitet, etikk og holdninger, ransaking og tvangsmiddelbruk som fysisk holding og bruk av mekaniske tvangsmidler (transport/seng). Erfarne miljøpersonell har en nøkkelrolle i samhandlingstreningen.

Fokus i all undervisning er deltakermedvirkning. Det er viktig at hver enkelt deltaker skal oppleve en meningsfylt og relevant opplæring i forhold til sitt kliniske arbeid med pasientene.

Gruppen har innredet et treningssenter i kjelleren på RSA, hvor det hovedsakelig gjennomføres scenario-trening. De fleste instruktørene har gjennomført kurs i SIM Oslo og gruppen har

jobbet med å tilpasse modellen til RSA sitt behov og innenfor seksjonens rammer. Det legges stor vekt på pedagogikk og tilrettelegging for læring slik at deltakerne skal oppleve mestring, og å bli tatt på alvor. Instruktør forbereder et scenario med hendelsesforløp, pasientbeskrivelse, læringsmål for timen og rollefordeling. Pasientrollen spilles ofte av en av instruktørene mens resten av deltakerne skal være seg selv som et vaktlag på jobb. Det brukes 5-10 minutter på selve scenarioet som tar utgangspunkt i vanskelige situasjoner med pasienter i avdelingen. Etter scenarioet leder instruktør for timen en strukturert oppsummering av hva som faktisk skjedde og en analysefase hvor alle deltakerne forteller hva de gjorde som var bra, hvilke vurderinger som ble gjort underveis og hva som kunne vært gjort annerledes. Tilbakemeldinger på loggene viser at deltakerne opplever denne type undervisning/samhandlingstrening som mer virkelighetsnær og lærerik enn de tradisjonelle rollespillene.

I tillegg er det egne timer i tvangsmiddelbruk med undervisning/samhandlingstrening i mekanisk bruk av tvangsmidler og holdegrep. Dette er viktig grunnleggende opplæring av nyansatte hvor de får trene på samhandling sammen med godt erfarne personale. De ansatte får også egne timer i beskyttelsesteknikker, ransaking av person og rom og rene refleksjonstimer.

Alle deltakere blir registrert og undervisningsgruppen påser med bruk av logg at hele personalgruppa får et minimum av opplæring gjennom året. Gruppen påser også at det blir en god fordeling av erfarne og nye deltakere på undervisningen.

Deltakerne skriver også logg etter all undervisning slik at den enkelte deltakers tanker, følelser og opplevelser i forhold til det de deltar på blir kartlagt. Og det prøves ut ulike tiltak/aksjoner

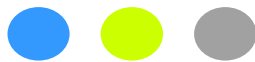
**Tabell 9: Antall deltagere på undervisning i voldsrisikohåndtering 2013 og 2014**

	Fast ansatte	Ekstravakter
2013	309	201
2014	470	236

ved å justere undervisningen i forhold til tilbakemeldinger fra deltakerne. Videre jobbes det med å implementere SIM Oslo i undervisningen, ved å tilpasse bruk av scenario etterfulgt av debrifing i samhandlingstreningen.

Undervisningsgruppa har jevnlig samlinger for opplæring og veiledning av instruktørene, samkjøring av undervisning, analyse av data og planlegging av nye tiltak/aksjoner. Oppnåelse av en kollektiv og varig forbedring er en viktig side ved prosjektet.

Prosjektet blir kvalitetssikret gjennom forskningskoordinator i Regional sikkerhetsseksjon og en veileder som er professor i yrkespedagogikk ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst  
Oslo universitetssykehus HF

Adresse: Sykehusveien 18  
1385 Asker

Telefon: 66 90 87 68

Telefaks: 66 90 87 59

E-post: [regional.sikkerhetsavdeling@ous-hf.no](mailto:regional.sikkerhetsavdeling@ous-hf.no)

Publiseringsdato:

Sist revidert: 18.05.2015