



OPPFØLGING AV OVERORDNET PLAN FOR SIKKERHETSPSYKIATRI

OG ØVRIGE TILTAK FOR PERSONER MED DOM PÅ OVERFØRING TIL
TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	OM DOKUMENTET	5
2.1	Bakgrunn.....	5
2.1.1	Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri.....	5
2.1.2	Oppdrag 2024	5
2.2	Arbeid med helhetlige sikkerhetspsykiatriske pasientforløp.....	6
2.2.1	Tiltak i <i>Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri</i>	7
2.2.2	Bakgrunn for tiltakene som beskrevet i <i>Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri</i>	7
2.3	Prosess og forankring.....	8
2.4	Sammensetning og mandat interregionalt arbeid	8
2.4.1	Interregionalt mandat	8
2.4.2	Sammensetning av interregional styringsgruppe og prosjektgruppe.....	9
2.4.3	Arbeidsform for det interregionale arbeidet.....	10
2.5	Definisjoner/forkortelser	10
3	INNSTILLING INTERREGIONALE TILTAK.....	11
3.1	Tilbud til barn og unge under 18 år.....	11
3.1.1	Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	11
3.1.2	Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	11
3.1.3	Kartlegging og innspill.....	12
3.1.3.1	Tidligere utarbeidede rapporter	12
3.1.3.2	Innspill fra helseregionene	13
3.1.3.3	Innspill fra nasjonale fagmiljø	15
3.1.3.4	Tilgrensende arbeid – behandlingstilbud til barn og unge med voldelig atferd og skadelig seksuell atferd (SSA).....	17
3.1.3.5	Tilgrensende arbeid – oppdrag i 2024	18
3.1.3.6	Informasjon om og erfaringer fra ungdomsenhetene i fengslene	18
3.1.3.7	Erfaringer fra andre land.....	19
3.1.4	Prosjektgruppens vurdering.....	20
3.1.4.1	Målgruppe	20
3.1.4.2	Målgruppens størrelse.....	20
3.1.4.3	Organisering og behandlingsnivå	22
3.1.4.4	Innhold i behandlingen.....	28
3.1.5	Prosjektgruppens anbefaling.....	30
3.1.6	Vedrørende foreslått tiltak om å etablere hospiteringsordninger i sikkerhetspsykiatriske avdelinger.....	30
3.1.7	Finansiering.....	31
3.2	Rettspsykiatrisk døgnundersøkelse i psykiatrisk sykehus	31
3.2.1	Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	31
3.2.2	Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	31
3.2.3	Prosjektgruppens vurdering.....	32
3.2.3.1	Rutiner for gjennomføring.....	32
3.2.3.2	Administrativ oversikt.....	32
3.2.3.3	Gjennomføring av rettspsykiatrisk døgnobservasjon.....	33
3.2.4	Prosjektgruppens anbefaling.....	35
3.3	Varetektssurrogat.....	36

3.3.1	Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	36
3.3.2	Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	36
3.3.3	Prosjektgruppens vurdering.....	37
3.3.3.1	Rutiner for gjennomføring.....	37
3.3.3.2	Administrativ oversikt.....	37
3.3.3.3	Gjennomføring av varetektssurrogat.....	39
3.3.4	Prosjektgruppens anbefaling.....	40
3.3.5	Finansiering.....	40
3.4	Styrking av Nasjonal koordineringsenhet	41
3.4.1	Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	41
3.4.2	Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	41
3.4.3	Prosjektgruppens vurdering.....	41
3.4.4	Prosjektgruppens anbefaling.....	42
3.4.5	Finansiering.....	42
3.5	Enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå.....	43
3.5.1	Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	43
3.5.2	Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	43
3.5.3	Prosjektgruppens vurdering.....	43
3.5.4	Prosjektgruppens anbefaling.....	47
3.5.5	Finansiering.....	47
3.6	Offentlig rettspsykiatrisk virksomhet	47
3.6.1	Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	47
3.6.2	Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri	47
3.6.3	Prosjektgruppens vurdering.....	48
3.6.4	Erfaringer fra offentlig sakkyndig virksomhet	49
3.6.5	Prosjektgruppens anbefaling.....	50
4	OPPSUMMERING	51
5	VEDLEGG – Notat fra Helse Bergen	53

1 SAMMENDRAG

I denne rapporten beskrives de regionale helseforetakenes arbeid med å følge opp tiltakene i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* fra 2023. Dette oppdraget ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene i 2024.

Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri inneholdt en rekke anbefalte tiltak, der de mest sentrale er økt døgnkapasitet i sykehusbasert psykisk helsevern, og etablering av helhetlige sikkerhetspsykiatriske pasientforløp gjennom rehabiliteringstilbud, overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam og eventuelle sikkerhetsboliger. Arbeidet med etablering av sikkerhetspsykiatriske pasientforløp pågår som lokale prosesser, som ledes av hver enkelt helseregion.

Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri inneholdt forslag til tiltak som går på tvers av regionene, og som krever samarbeid og enighet om løsninger. Helse Sør-Øst RHF har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, ledet arbeidet med oppfølging av disse tiltakene.

Ett av de viktigste tiltakene er etablering av et sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn og unge under 18 år. Prosjektgruppen presenterer to alternative løsninger for et slikt tilbud: Regionale tilbud med et forpliktende interregionalt fagnettverk, eller et rent nasjonalt tilbud. De to alternativene har fordeler og ulemper, men prosjektgruppen anbefaler at tilbudet organiseres som regionale tilbud med interregionale fagnettverk. Uavhengig av hvordan tilbudet organiseres, må et slikt tilbud både inneha døgnbehandling og ambulant/veiledende virksomhet. Målgruppens størrelse og behov er svært usikker, og det anbefales derfor en foreløpig evaluering av tilbudets omfang og innretning etter to år.

Prosjektgruppen anbefaler en rekke tiltak knyttet til rettspsykiatriske døgnundersøkelser. Det bør etableres en administrativ oversikt over slike undersøkelser, og denne må hjemles i lov eller forskrift. Det foreslås at Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) får i oppdrag å etablere en slik oversikt. Det bør videre utarbeides overordnede rutiner for slike undersøkelser. Rettspsykiatriske døgnundersøkelser bør gjennomføres i landets fire regionale sikkerhetsavdelinger, og det bør dedikeres en til to plasser i hver av de fire regionale sikkerhetsavdelingene til slik rettspsykiatrisk virksomhet. Krav til kompetanse til behandlere som deltar i rettspsykiatriske døgnundersøkelser bør sidestilles med krav til øvrige rettspsykiatriske sakkyndige. Helse- og omsorgsdepartementet bør gi anbefalinger for praksis for dokumentasjon og datalagring som sikrer større grad av standardisering enn i dag.

Når det gjelder varetektssurrogat, anbefaler prosjektgruppen flere tiltak som har til hensikt å kvalitetssikre dagens ordning. De regionale helseforetakene bør utarbeide, og samarbeide om, regionale prosedyrer for gjennomføring av varetektssurrogat. Det bør etableres en administrativ oversikt over varetektssurrogat, og denne må hjemles i lov eller forskrift. Det foreslås at Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern får i oppdrag å etablere en slik oversikt. Helsedirektoratet bør tydelig avklare hvorvidt personer innlagt kun etter § 188 er frivillig innlagt eller ikke. I tillegg til anbefalinger knyttet til dagens ordning, understreker prosjektgruppen at det er en rekke svakheter ved dagens regelverk, og mener det er behov for en helhetlig gjennomgang av lovverket som regulerer denne ordningen.

I tråd med forslagene i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* slår oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet fast at Nasjonal koordineringsenhet skal styrkes. Prosjektgruppen anbefaler at finansiering av enheten i årene som kommer, bør øke i takt med antall domfelte, anslagsvis et halvt årsverk per 60 nye dømt. Ordningen bør evalueres etter tre til fem år. Ved utvidelse av enhetens mandat til også å inkludere administrativ oversikt over varetektssurrogat, vil det også være nødvendig med en ytterligere tildeling av ressurser for å styrke enheten med flere årsverk.

Lovhjemmelen som regulerer rammene for særlig høyt sikkerhetsnivå i Norge ble vedtatt i 2012, men et slikt tjenestetilbud har ennå ikke blitt etablert. Prosjektgruppen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet gir Helse Midt-Norge RHF i oppdrag å pilotere et tjenestetilbud for særlig høyt sikkerhetsnivå, etter en vurdering av driftskonsept og budsjett. Tilbudet bør evalueres etter om lag fem års virketid.

Norge har to offentlige rettspsykiatriske poliklinikker. Erfaringene fra disse tilsier at offentlig rettspsykiatrisk sakkyndighet bør beholdes og videreutvikles, og at det bør legges til rette for videre oppbygging av et offentlig rettspsykiatrisk tilbud i alle regioner.

2 OM DOKUMENTET

2.1 Bakgrunn

2.1.1 Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri ble utarbeidet av de regionale helseforetakene i 2023, med mandat gitt i *Oppdragsdokument 2022* fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i 2023. Bakgrunnen for arbeidet var funn i rapportene *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019*¹ og *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien*² om en rekke utfordringer i oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsproblematikk og ofte rusmiddelavhengighet.

Rapporten anbefalte 37 tiltak, fordelt på ni temaer. Sentrale tiltak i rapporten er å øke døgnkapasiteten i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og i hele det sykehusbaserte psykiske helsevernet, samtidig som de lokale sikkerhetsavdelingene får utvidede oppgaver gjennom rehabiliteringstilbud, overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam og eventuelle sikkerhetsboliger. Sentralt i modellen er at kompetansen og den sikkerhetspsykiatriske forståelsen videreføres i alle ledd, i et helhetlig sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp.

2.1.2 Oppdrag 2024

I *Oppdragsdokument 2024* fikk alle helseregionene i oppdrag å følge opp tiltakene i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*:

«Helseregionene skal følge opp plan for sikkerhetspsykiatri og vurdere hvordan utviklingen innen tjenesteområdet i henhold til planen best kan følges opp i egen region. Helse Sør-Øst RHF bes om å koordinere arbeid med tiltak som går på tvers av regionene, og i samarbeid med de andre regionene vurdere utvikling av regionale og nasjonale funksjoner. Helse Sør-Øst RHF skal etablere helhetlige sikkerhetspsykiatriske forløp i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene skal styrkes. Oppfølging av pasientgruppen skal kvalitetssikres gjennom tydelige rutiner, samhandling, kompetanse, forskning og fagutvikling. Dette for å redusere risiko for svikt og alvorlige hendelser. Regionene skal utrede innretning av tilbud for barn og unge under 18 år, og bes om å samarbeide med Helsedirektoratet om problemstillinger som berører barnevernet. Regionene skal også følge opp anbefalte tiltak for å styrke samhandling på tvers og sikre kompetanse og høy faglig standard i behandling i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern skal styrkes. Videreutvikling og etablering av tilbud skal ivareta den samiske befolkningens behov for språklig og kulturell tilrettelegging. Det bes om en underveisrapportering til Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. september 2024.»

Helsedirektoratet fikk et tilgrensende oppdrag:

«Helsedirektoratet skal samarbeide med RHF om å utrede behov for og innretning av behandlingstilbud for barn og unge under 18 år med mistanke om, eller konstatert alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd, herunder behov for regionale tjenestetilbud og et forsterket nasjonalt tilbud, jf. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri for sikkerhetspsykiatri fra de regionale helseforetakene. RHF er bedt om å lede arbeidet og skal levere en underveisrapportering for oppfølging av planen innen 15. september 2024.»

¹Kilden et. al. 2020. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport.

²[Utskrivningsklare-pasienter-i-sikkerhetspsykiatrien-en-kartlegging-av-utskrivelsesprosessen-fra-sikkerhetsavdeling-til-kommune-1.pdf](#)

Oppdraget må ses i sammenheng med forslag fra Barnevernsinstitusjonsutvalget, jf. NOU 2023:24 Med barnet hele vegen om et eget sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn og unge under 18 år og rapporten fra Helsetilsynet «Omsorg og rammer» og Hdir og Bufdirs svar på oppdrag om å utrede tiltak for målgruppen. Selv om det ikke er en direkte overlapp mellom gruppen som er utredet i svar på oppdrag som følger opp "Omsorg og rammer" og målgruppen for rapport om sikkerhetspsykiatri, så er utfordringer og behov i stor grad overlappende.

Departementet foreslår derfor å se denne utredningen i sammenheng med foreliggende plan for en helhetlig vurdering av behov og tiltak på helsesiden, også for denne svært sårbare barngruppen. Det vises også til direktoratets oppfølging av nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold og overgrep.»

2.2 Arbeid med helhetlige sikkerhetspsykiatriske pasientforløp

De viktigste tiltakene i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*, og i Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til de regionale helseforetakene i 2024, er de tiltakene som foreslås for å skape sammenhengende og helhetlige sikkerhetspsykiatriske pasientforløp, på tvers av behandlingsnivåer, og å styrke kapasiteten i hele behandlingsskjeden. Ansvaret for gjennomføring av disse tiltakene ligger hos det enkelte regionale helseforetak, og organisering av arbeidet, kartlegging, planlegging og prioriteringer i hver helseregion vil bli beskrevet av den enkelte region bl.a. i årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet. Den interregionale prosjektgruppen og styringsgruppen har vært brukt som fora for å diskutere innretning på ulike tiltak, f.eks. overgangsboliger og sikkerhetsboliger, for å sikre interregional kalibrering og felles forståelse av tiltakene. Helsefellesskapene er en sentral arena for utvikling og forankring av tilbudet til pasientgruppen.

Kommunesektorens organisasjon (KS) sin representant i styringsgruppen har fremhevet viktigheten av at man i arbeidet med helhetlige pasientforløp særlig ser på økonomiske og praktiske tiltak for å bedre samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og sikre mer likeverdighet mellom partene. Kommunene fremtidige evne til å levere helse- og omsorgstjenester i tiden er et usikkerhetsmoment i planlegging av helsetilbudet til denne pasientgruppen, som må hensyntas.

Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri har stadig flere oppdrag med veiledning og kompetanseheving ut i kommunene på voldsrisikovurderinger og -håndtering. Dette er et godt eksempel på at et tettere samarbeid mellom nivåene i helsetjenestene kan øke sikkerhet for ansatte i tjenestene og heve kvalitet i tilbudet til pasientene.

Arbeidet med å utvikle det sikkerhetspsykiatriske tilbudet skal ivareta den samiske befolkningens behov for språklig og kulturell tilrettelegging. Helse Nord RHF har, i nært samarbeid med Sametinget og de tre andre regionale helseforetakene, utviklet strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen* (2020)³. Arbeidet skal følges opp gjennom 4-årige tiltaksplaner med formål å sikre kvalitet og utvikle kompetanse om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten.

³ Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord RHF, 2020. [11.-mars-rapport-regional-arbeidsgruppe.pdf](#).

2.2.1 Tiltak i **Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri**

Av de 37 tiltakene i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* er 25 av disse tiltak som omhandler forhold som må løses der pasientene er, i den enkelte region, helseforetak og kommune. Alle tiltakene nevnes ikke her, men sentrale tiltak for å lykkes er:

- Etablere rehabiliteringsavdelinger, der dette vil bidra til bedre overføringer til kommunen. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.
- Etablere overgangsboliger, der dette vil bidra til bedre overføringer til kommunen. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.
- Etablere sikkerhetsboliger, der dette vil bidra til bedre overføringer til kommunen. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.
- Opprette ambulante sikkerhetsteam i helseforetak med sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Organisering tilpasses lokale forhold i helseregionene.
- Videreutvikle gode samarbeidsrutiner med kommunene og gi støtte og trygghet til det kommunale tjenestetilbudet, gjennom aktiv bruk av ambulante sikkerhetsteam.
- Styrke kapasiteten i døgnplasser i sykehus med et snitt på 15 % i hver helseregion, jf. revidert framskrivningsmodell.
- Styrke døgnkapasiteten i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet på landsbasis og sikre en hensiktsmessig fordeling av sikkerhetsplassene internt i hver helseregion.

Andre viktige tiltak er blant annet å utarbeide samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner som beskriver rammebetingelser, ansvarfordeling og plikter ovenfor pasientgruppen, tverretattlig samarbeid og nettverk, og å styrke involvering av pasienter og pårørende i behandling og ved overføring mellom nivåer. I planen vektlegges det at kommunene og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide som likeverdige parter.

2.2.2 Bakgrunn for tiltakene som beskrevet i **Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri**

Rapporten *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* beskriver tidligere påviste mangler på området:

«Rapportene peker på en rekke utfordringer i oppfølging av den aktuelle pasientgruppen, bl.a. redusert kapasitet i døgnavdelinger og videreføringsproblematikk, både internt i spesialisthelsetjenesten og til kommunale botilbud. Det er nødvendig å etablere nye tjenestetilbud internt i spesialisthelsetjenesten, og ta i bruk ambulante sikkerhetsteam for oppfølging av en stor andel av pasientene etter overføring til kommunene. Arbeidsgruppen foreslår en modell hvor de lokale sikkerhetsavdelingene får utvidede oppgaver gjennom rehabiliteringstilbud, overgangsboliger, ambulante sikkerhetsteam og eventuelle sikkerhetsboliger. Sentralt i modellen er at kompetansen og den sikkerhetspsykiatriske forståelsen videreføres i alle ledd, i et sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp. Kommunale tjenester, herunder individuelt tilpassede botilbud, er en sentral del av pasientforløpene. Kommunene må følgelig involveres tidlig i forløpene som likeverdige partnere, og det må sikres en hensiktsmessig ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene ved oppfølging av den aktuelle pasientgruppen.

Døgnkapasiteten i sykehusbasert psykisk helsevern og i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet bør økes med minst 15 %. Dette kan bedre tjenestetilbudet og pasientforløpene for pasientgruppen, men også være en forebyggende faktor for å bremse økningen av pasienter som er i behov av behandling i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Det er særlig viktig å iverksette tiltak som tar sikte på å redusere antall personer som dømmes til tvungent psykisk helsevern, gjennom tidlig intervensjon og god oppfølging av personer

med risiko for voldsatferd. Færre domfelte pasienter vil redusere justissektorens innflytelse på pasientflyt og kapasitet i det psykiske helsevernet. Forslaget baserer seg på de regionale helseforetakenes reviderte framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling⁴. I hvilken grad disse tiltakene vil være tilstrekkelige, avhenger av de mange forhold som påvirker utviklingen av fagfeltet, og hvor vellykket oppfølging av øvrige tiltak i denne rapporten vil bli. Tiltakene må iverksettes raskt og utviklingen må følges nøye.

Oppfølging av pasientgruppen må kvalitetssikres gjennom tydelige rutiner, samhandling, kompetanse, forskning og fagutvikling for å redusere risiko for svikt og alvorlige hendelser. For enkelte sentrale oppgaver, er det nødvendig å utvikle nasjonale og regionale funksjoner og rutiner. Pasientene må tilbys et behandlingstilbud av høy kvalitet, hvor målet med behandlingen er at pasientene skal kunne videreføres til lavere sikkerhets-, behandlings- og omsorgsnivå når pasientens tilstand tilsier dette. Vurdering av voldsrisiko og voldsrisikohåndtering står sentralt i oppfølgingen. Tiltak knyttet til rusmiddelbruk er en viktig del av voldsrisikohåndteringen for en stor andel av pasientene. Det bemerkes at det også vil være nødvendig å se på økonomiske og juridiske rammebetingelser som bedre vil legge til rette for ivaretagelse av pasientgruppen i overgangen fra spesialisthelsetjenesten og til kommunene.»

2.3 Prosess og forankring

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet er todelt. Arbeidet med helhetlige sikkerhetspsykiatriske pasientforløp og tiltakene som må skje lokalt og regionalt, håndteres og styres i den enkelte helseregion. Helse Sør-Øst RHF har koordinert det interregionale oppdraget i samarbeid med de andre regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Det er nedsatt en interregional prosjektgruppe og en styringsgruppe. Prosjektets styringsgruppe har rapportert til det interregionale fagdirektørmøtet.

Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri inneholder mange tiltak. Den interregionale prosjektgruppens mandat har vært å fremme anbefalinger for hvordan nasjonale og interregionale tiltak kan løses og fordeles mellom regionene, for å bidra til å sikre at disse tilbudene utvikles og etableres.

2.4 Sammensetning og mandat interregionalt arbeid

2.4.1 Interregionalt mandat

I brev av 16.04.24 ga Helse Sør-Øst RHF ved direktør medisin og helsefag Ulrich Spreng følgende mandat for det interregionale prosjektet:

«Helse Sør-Øst RHF skal koordinere arbeid med tiltak som går på tvers av regionene, og i samarbeid med de andre regionene vurdere utvikling av regionale og nasjonale funksjoner og tjenestetilbud. Dette inkluderer:

- Utrede innretning av tilbud for barn og unge under 18 år med bakgrunn i regionvise vurderinger av behov og tjenestetilbud og samarbeide med Helsedirektoratet om problemstillinger som berører barnevernet.
- Utrede behov og muligheter for å styrke arbeidet til Nasjonal koordineringsenhet.

⁴ Revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og rusbehandling, 2022

- Prosjektgruppa skal også ta stilling til hvilke avklaringer det er behov for, og hvordan man best kan sørge for gjennomføring av andre tiltak på tvers av regionene, herunder
 - utrede behov for særlig høyt sikkerhetsnivå, med bakgrunn i regionvise vurderinger av behov og tjenestetilbud.
 - etablere en nasjonalt administrativ oversikt og retningslinjer for gjennomføring av varetektssurrogat.
 - opprette en nasjonal administrativ oversikt over rettspsykiatrisk døgnundersøkelse i psykiatrisk sykehus.
 - utarbeide en nasjonal standard for rettspsykiatrisk døgnundersøkelse i psykiatrisk sykehus.
 - utrede behovet for en offentlig rettspsykiatrisk virksomhet.»

2.4.2 Sammensetning av interregional styringsgruppe og prosjektgruppe

Interregional styringsgruppe:

- Avdelingsleder Cecilie Skule, Helse Sør-Øst RHF - leder
- Ass. fagdirektør Ragnhild Johansen, Helse Midt-Norge RHF
- Spesialrådgiver Carina Paulsen Mæland, Helse Vest RHF
- Ass. fagdirektør Jon Tomas Finnsson, Helse Nord RHF
- Brukerrepresentanter og tillitsvalgte:
 - Jens Solem, brukerutvalget Helse Midt-Norge RHF
 - Astrid Gytri, brukerutvalget Helse Vest RHF
 - KTV Martin Øien Jensen, Helse Nord RHF
 - KTV Irene Kronkvist, Helse Sør-Øst RHF
 - Konsernverneombud Steinar Svimbil Mørken
- Representant fra Helsedirektoratet: Martin Sjøly (observatør)
- Representant fra KS: Jon Qvortrup

Interregional prosjektgruppe:

- Helse Sør-Øst:
 - Fagsjef Miriam Kristine Sandvik – leder
 - Psykologspesialist Wenche Brønn
 - Spesialrådgiver Stine Kilden
- Helse Vest:
 - Overlege Maria Sigurjonsdottir
 - Avdelingsleder/sykepleier Marianne Lund Anderssen
- Helse Midt-Norge
 - Overlege Karl Henrik Melle
 - Jurist/rådgiver Bjørn Soknes
- Helse Nord:
 - Seniorrådgiver Frank Nohr
 - Overlege Ketil Røtvold
- Brukerrepresentanter og tillitsvalgte:
 - Aina Nybakke – Brukerrådet Helse Sør-Øst
 - Birgit Aanderaa – Den Norske Psykologforening
 - Wenche Kristin Røkenes – Norsk sykepleierforbund
- Prosjektstøtte:
 - Spesialrådgiver Ragnhild Woll, Helse Sør-Øst RHF
 - Spesialrådgiver Gunvor Merete Øfsti, Helse Sør-Øst RHF

2.4.3 Arbeidsform for det interregionale arbeidet

Prosjektgruppen har hatt elleve møter, hvorav fire har vært fysiske heldagsmøter. Styringsgruppen har hatt fire møter, der styringsgruppens medlemmer har gitt innspill til prosess, anbefalinger og sluttrapport. I den tidlige fasen av arbeidet innhentet prosjektgruppen innspill fra en rekke instanser, som er nærmere beskrevet under punkt 3.1.3 Kartlegging og innspill. Prosjektgruppen har ikke gjort en vurdering av hvordan eventuelle nasjonale eller flerregionale funksjoner skal koordineres med systemet for nasjonale og flerregionale behandlingstjenester.

2.5 Definisjoner/forkortelser

Bufdir	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Bufetat	Barne-, ungdoms- og familieetaten
KvIP	Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern
LSA	Lokal sikkerhetsavdeling
NERS	Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet
Observand	Person som blir observert for retten
PHBU	Psykisk helsevern for barn og unge
PHV-V	Psykisk helsevern for voksne
RHF	Regionale helseforetak
RSA	Regional sikkerhetsavdeling
SIFER	Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

3 INNSTILLING INTERREGIONALE TILTAK

3.1 Tilbud til barn og unge under 18 år

3.1.1 Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

- Tiltak 16: Utrede behovet for et behandlingstilbud for barn og unge under 18 år med mistanke om eller konstatert alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd, herunder behovet for regionale tjenestetilbud og et forsterket nasjonalt tjenestetilbud.
- Tiltak 17: Etablere tilbud om hospiteringsordninger i sikkerhetspsykiatriske avdelinger for leger i spesialisering i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, og for spesialistutdanning i psykologi.

3.1.2 Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

I *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* er utfordringsbildet og anbefalinger beskrevet slik:

«Rapporten Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 viste en økende andel av ungdommer og unge voksne som mottar behandling i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene. Personer under 25 år utgjorde 13 % av pasientene i sikkerhetsavdelingene, og fire pasienter var under 18 år da de ble innlagt. Det er flere ting som tyder på at andelen pasienter under 25 år er økende, og vil prege mer av sikkerhetspsykiatrien i årene fremover.

Personer i aldersgruppen under 25 år har ofte mer omfattende utrednings- og behandlingsbehov enn eldre pasienter. Delvis fordi den psykiske lidelsen ofte nylig er oppstått, men også fordi deres symptomer kan avvike fra de symptomer som eldre pasienter har. Dette er en særlig problemstilling i utredning av personer under 18 år. For å kunne gjennomføre adekvat behandling av ungdommer som legges inn i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene, stilles det krav til kompetanse i barne- og ungdomspsykiatrisk utredning, psykologisk/nevropsykologisk utredning, behandling av barn og kompetanse i familiearbeid. Psykoseutvikling hos barn og unge voksne er sjelden og krever særlig kompetanse hos de som skal utrede problemstillingen, samtidig som diagnoser innen personlighetsforstyrrelser helst ikke skal stilles før enn ved 25 års alder. I tillegg er det et viktig prinsipp å holde innlagte barn atskilt fra de voksne pasientene inne i døgnavdelingene, noe barnevernkonvensjonen er klar på.

Til tross for at flere barn med mistanke om eller konstatert alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd allerede har fått behandling i de sikkerhetspsykiatriske avdelingene, er omfanget av denne pasientgruppen, deres behandlingsbehov og geografisk spredning i landet, ukjent. En kartlegging av behovet for et sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud til barn og unge under 18 år bør derfor gjennomføres. Det er samtidig viktig å sikre kompetanse og god kvalitet i det behandlingstilbudet som gis, og at det er et nært samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og ungdom (PHBU) og sikkerhetspsykiatrien - og i noen tilfeller også tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) - når barn er innlagt i en sikkerhetsavdeling. Dette for å sikre kompetanseoverføring, og sikre at barnets innleggelse blir så kortvarig som mulig. Tidlig arbeid med denne pasientgruppen vil trolig kunne forebygge en liten andel av voldshandlinger begått av barn og ungdom.

Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri anbefaler at de regionale helseforetakene utreder behovet for et behandlingstilbud for denne pasientgruppen. Videre beskriver planen at av hensyn til pasientenes unge alder og særskilte behov, bør de - så langt det er mulig - kunne

behandles i eget opptaksområde og i nærheten av eget nærmiljø. Et tjenestetilbud til barn og unge voksne bør derfor tilbys i alle helseregioner, og være samorganisert og samlokalisert med regional sikkerhetsavdeling, og settes i drift i tilpassede lokaler i perioder enkeltpasienter er i behov av det. I tillegg vil det være hensiktsmessig å utrede behovet for etablering av et forsterket nasjonalt tjenestetilbud som kan tre inn ved spesielle hendelser og/eller akutte situasjoner. Dette skal fortrinnsvis være for korte perioder, og frem til at situasjonen er tilstrekkelig stabil slik at barnet kan tilbakeføres til eget nærområde. Dette er et viktig prinsipp for denne sårbare pasientgruppen.»

3.1.3 Kartlegging og innspill

Prosjektgruppen har utredet mulig innretning på et sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn og unge under 18 år. Målet med denne utredningen har vært å få forståelse av hvor stort behovet er, hvordan tjenestetilbudet bør organiseres og hvorvidt det finnes mangler eller svakheter i dagens system som krever nye eller forbedrede tiltak. I utredningen har gruppen vurdert relevante rapporter, tilgrensende arbeid og innspill fra regioner/fagmiljø. Kartlegging og innhentede innspill er kort oppsummert i dette kapittelet.

3.1.3.1 Tidligere utarbeidede rapporter

- **Sluttrapport fra Barne- og ungdomspsykiatrisk post ved Helse Fonna** fra 2015 beskriver et tilbud som ble bygget opp rundt én enkeltpasient under 18 år som hadde begått alvorlig voldskriminalitet. Avdelingen ble lagt i samme bygg som lokal sikkerhetspost, med mulighet for fleksibel bruk av personell. Tilbudet skulle kombinere sikkerhetspsykiatrisk tankesett med barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse. Rapporten konkluderer med at det i Norge er et udekket behov for et spesialisert behandlingstilbud for barn som begår alvorlig kriminalitet og anbefaler at prosjektet går over i drift og bygges opp som en autonom avdeling med flere plasser for barn i skjæringspunktet mellom kriminalomsorg og barnepsykiatri.
- **Helsetilsynets rapport Når barn trenger mer (9/2019)**⁵ beskrev en gjennomgang av fire tilsynssaker med alvorlige hendelser der barn med alvorlige psykiske lidelser, psykiske vansker og andre utfordringer hadde begått eller med stor sannsynlighet kunne komme til å begå alvorlige, skadelige handlinger rettet mot seg selv eller andre og var i behov for døgntilbud. Selv om barna er få, vurderte Helsetilsynet at det ikke synes å være et forsvarlig tjenestetilbud innen barnevern og psykisk helsetjenester. Det ble anbefalt å vurdere en egnet type tiltak forankret i egen lov.
- I oppfølging av den ovennevnte rapporten til Helsetilsynet ved Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og Helsedirektoratet (tildelingsbrev 2022) ble det gjort en samlet vurdering av hvorvidt tilbudet til målgruppen som er beskrevet i Helsetilsynets rapport, er forsvarlig og tilstrekkelig. I 2023 ble det lagt fram en rapport med tre ulike alternativer for å ivareta gruppen, blant annet et nytt institusjonstilbud for mindreårige i spesialisthelsetjenesten⁶. Et slikt tilbud har likhetstrekk med et sikkerhetspsykiatrisk døgntilbud for barn. Ingen av foreslåtte alternativer er per november 2024 fulgt opp med nye oppdrag.

⁵ Når barn trenger mer. Omsorg og rammer. Rapport fra Helsetilsynet 9/2019. [Når barn trenger mer | Helsetilsynet](#)

⁶ Bufdir 2023. Oppfølging av rapporten «omsorg og rammer – når barn trenger mer». Tildelingsbrev 2022 - tillegg 2 – oppdrag 1. Deloppdrag 2.

- **Barneombudet gjennomførte i 2019/2020 en gjennomgang av straffesaker** der mindreårige har vært fengslet. Prosjektet er oppsummert i brev til Justisdepartementet i juni 2021⁷. Undersøkelsene avdekket stor variasjon i metodebruk i de rettspsykiatriske vurderingene knyttet til tilregnelighet og fremtidig risiko når det gjelder ungdom. Det var også stor variasjon i de sakkyndiges kompetanse på barn og barns utvikling av alvorlig psykiske lidelser. Barneombudet mente det var grunn til å se nærmere på om det er behov for å utvikle et spesialisert fagmiljø knyttet til utvikling av alvorlige psykiske lidelser hos barn og unge. De har tidligere påpekt at det mangler et godt tilbud til barn med alvorlige, sammensatte utfordringer. Barneombudet viser til Statens Helsetilsyn som har etterlyst det samme i en rapport fra 2019.
- **NOU 2023: 24 Med barnet hele vegen:** Kapittel 8.6.4 *Manglende sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn* påpeker at det i dag ikke finnes avdelinger i landet som har ansvar for å gi et sikkerhetspsykiatrisk tilbud til barn og at noen barn som er i behov av et slikt tilbud, derfor blir innlagt sammen med voksne, i strid med den internasjonale barnekonvensjonen art. 24 og grunnlovens § 104.⁸ Rapporten har en rekke anbefalinger relevante for prosjektgruppens arbeid, bl.a.
 - Forslag 2: *Flere langtidsplasser i PHBU*
 - Forslag 3: *Etablering av et sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn.* Det vises til *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*, og målgruppen beskrives som «barn og unge under 18 år der det er mistanke om eller konstatert alvorlig psykisk lidelse og voldsatferd».
 - Forslag 10: *Hver barnevernsinstitusjon skal ha et helseteam tilknyttet seg.*
- Bufdir har mottatt oppdrag (TB 2024 - Oppdrag 2024-t6: 3) om forsterkede institusjonstilbud for barn og unge med store og sammensatte behov, inkludert gjentakende eller alvorlig kriminalitet. Det er en viss overlapp for målgruppen for tilbudet Bufdir har fått i oppdrag å utvikle, med målgruppen som er aktuell for et sikkerhetspsykiatrisk behandlingstilbud for barn. Per november 2024 foreligger det ikke noe skriftlig informasjon som kan deles om arbeidet.

3.1.3.2 Innspill fra helseregionene

Innspill fra helseregionene ble innhentet via prosjektgruppens medlemmer og helseforetak i regionene.

- **Helse Sør-Øst RHF**
 - Helse Sør-Øst RHF innhentet innspill fra leder for regional sikkerhetsavdeling (RSA) og fra helseforetakene, dels via direkte kontakt med enkelte av helseforetakene, dels via fagråd for psykisk helsevern. Sykehuset Telemark HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF ga innspill.
 - RSA foreslår, og planlegger for, å etablere en egen regional enhet for barn. De påpeker at PHBU ikke har rammer for å håndtere pasienter med høy grad av voldsatferd. Det lave antallet pasienter taler for et regionalt tilbud.
 - Helseforetakene påpeker at målgruppen er liten. Det er stor enighet om at målgruppen bør være barn med alvorlig psykisk lidelse.

⁷ Barneombudet 2021. Funn etter gjennomgang av saker der barn er fengslet i perioden 2016-2019. [Funn-etter-gjennomgang-av-saker-der-barn-er-fengslet-i-perioden-2016-2019.pdf \(barneombudet.no\)](https://barneombudet.no/funn-etter-gjennomgang-av-saker-der-barn-er-fengslet-i-perioden-2016-2019.pdf)

⁸ Barne- og familiedepartementet 2024. NOU 2023:24. Med barnet hele vegen. [NOU 2023: 24](#)

- Barne- og ungdomsavdelingene forteller at de sjeldent har pasienter med denne problemstillingen, og at det er vanskelig å opprettholde kompetanse og ressurser for å ivareta slike pasienter. Flere peker på behov for et mer sentralisert/regionalt tilbud.
 - Det understrekes at et eventuelt sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn og unge under 18 år må ha kompetanse i barne- og ungdomspsykiatri. Flere tar til orde for å supplere døgnbehandling med et ambulant tilbud for utredning og veiledning der barnet bor/mottar bistand.
 - Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Akershus universitetssykehus HF påpeker at det er vanskelig å (re)habiliterer pasienter fra et regionalt eller nasjonalt nivå. De foreslår at det etableres egne sikkerhetspsykiatriske enheter på helseforetaksnivå for nysyke pasienter opp til 25 år ved inntak, som forankres i voksenpsykiatrien, men med kompetanse i barne- og ungdomspsykiatri.
- **Helse Midt-Norge RHF**
 - Helse Midt-Norge RHF har gitt innspill via prosjektgruppens regionale representant, regional sikkerhetsavdeling og regionalt fagråd for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (som representerer alle helseforetak i regionen på fagområdet).
 - I Helse Midt-Norge har St. Olavs hospital HF forberedt arealer i nytt bygg for sikkerhetspsykiatri, med formål å kunne tilby sikkerhetspsykiatriske opphold for barn under 18 år. Pågående byggeprosess for tilbygg til regional sikkerhetsavdeling vil i tillegg ytterligere kunne tilpasses for formålet.
 - Helse Midt-Norge RHF har gitt alle helseforetak i regionen i oppdrag å følge opp *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* og oppdrag gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2024.
 - Som en oppfølging av *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* har Helse Midt-Norge RHF også begynt planleggingen av et tilbud med en regional enhet tilpasset barn innen det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Da det er snakk om få pasienter, planlegges det et fleksibelt tilbud hvor en til to døgnplasser for barn under 18 år kan aktiveres ved behov, men som ellers kan brukes av pasienter innen psykisk helsevern for voksne. Tilbudet vil tilby behandling med barnefaglig kompetanse, kombinert med sikkerhetspsykiatrisk tekning. I tillegg vil behandlingstilbudet ivareta barns rettigheter ved at de holdes atskilt fra voksne, får tilpassede aktivitetstilbud, mulighet for skoletilbud og kontakt med familie der det er sikkerhetsmessig forsvarlig. Det skal også sikres tett samarbeid med barnets familie, hjemkommune, PHBU og andre relevante instanser ved behov, eksempelvis politi og barnevern.
 - Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag av Nasjonalt lederforum for barnevern og helse å ta initiativ til opprettelse av et nasjonalt kompetansenettverk for barn og unge med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig voldsatferd. Nettverket skal også involvere Bufetatsregionene. St. Olavs hospital har i samarbeid med Bufetat Midt utarbeidet en prosjektplan, som er levert til Helse Midt-Norge RHF.

- **Helse Vest RHF**

- Helse Vest RHF har bedt Helse Bergen HF om å utrede behovet for tilbud for barn og unge under 18 år med alvorlig psykisk lidelse eller mistanke om dette, som har alvorlig voldsatferd. Rapporten ble levert til Helse Vest RHF våren 2024.
- På bakgrunn av utredningen er det utarbeidet et notat/rapport med anbefalinger (vedlegg kap. 5). Helse Vest sin vurdering er at antall pasienter i målgruppen er lavt, slik at regionale enheter vil bruke flere år før de klarer å opparbeide seg god nok kompetanse angående pasientgruppen. Samtidig haster det å komme i gang med arbeid med barn som trenger sikkerhetspsykiatriske tilbud. Derfor anbefaler Helse Vest rask etablering av en nasjonal enhet for denne gruppen.
- En nasjonal enhet bør i tillegg til døgnopphold tilby mobilt innsatsteam (ambulant virksomhet). Døgnavdelingen må være særskilt tilrettelagt for behov til barn og unge under 18 år, med for eksempel undervisning, fritidstilbud etc. Det ambulante teamet kan gi bistand til helseforetak og barnevernsinstitusjoner over hele landet. Helse Vest beskriver at de allerede har god erfaring med behandling av pasientgruppen, og har etablert et mobilt innsatsteam som gir ambulant støtte til PHBU i regionen, til f.eks. voldsrisikovurderinger. Helse Bergen er klar til å etablere en slik enhet, gitt finansiering.
- Høsten 2024 har prosjektgruppens representanter fra Helse Vest kontaktet PHBU i helseforetakene i Helse Vest, for å undersøke om det er endringer i anslått behov for tjenester for den aktuelle pasientgruppen de siste fem år. Konklusjonen samsvarer med Helse Bergen sin rapport fra våren 2024; omtrent en til to pasienter i regionen hvert år.

- **Helse Nord RHF**

- Beskriver et svært marginalt behov for et sikkerhetspsykiatrisk tilbud til målgruppen i deres region.
- Ønsker primært, og i første omgang, et nasjonalt tilbud for barn og unge under 18 år som har behov for innleggelser i sikkerhetspsykiatrien. Tilbudet må tilpasset barns behov og det er derfor en forutsetning at tilbudet etableres i samarbeid med psykiske helsevern for barn og unge. Helse Nord RHF anser det som viktigere at dette tilbudet realiseres, enn *hvor* det skal lokaliseres.

3.1.3.3 Innspill fra nasjonale fagmiljø

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NBUPF) og Psykologforeningen (NPF) ble kontaktet og invitert til å komme med innspill til saken, både muntlig og skriftlig. NBUPF videresendte invitasjonen til Kvalitet i Institusjonsbehandling i Psykisk helsevern (KvIP), et læringsnettverk bestående av barne- og ungdomspsykiatriske akuttavdelinger i Norge.

- **Norsk psykologforening**

- Har utarbeidet et policynotat om temaet⁹.
- Støtter prosjektgruppens forslag til målgruppebeskrivelse. De påpeker at det er et stort dilemma at det er en større gruppe barn og unge under 18 år med sammensatte og komplekse tilstander i høy risiko for å utvikle alvorlig psykisk lidelse og voldsproblematikk.

⁹Psykologforeningen. Policy om samfunnsvern og voldsrisiko. <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/H%C3%B8ringer-og-policies/Policyer/240611-Policy-om-samfunnsvern-og-voldsrisiko.pdf>

- Mener at et sikkerhetspsykiatrisk tilbud er siste ledd i en lang kjede, og at kompetanse også på lavere nivåer av tjenestene er viktig. Et fremtidig tilbud bør være helhetlig, systemrettet og arenafleksibelt. Det er et dilemma at det både er behov for å jobbe med tiltak i barnets nærmiljø og for å samle et fagmiljø for en liten gruppe.
- Mener at det viktigste er beskrivelsen av innholdet i et slikt tilbud, ikke hvem/hvor det plasseres.
- **Kvalitet i Institusjonsbehandling i Psykisk helsevern (KvIP)** gjennomførte en systematisk innhenting av innspill fra alle døgnenheter i PHBU i landet. Innspillene fra enhetene ble oppsummert og supplert med betraktninger fra KvIPs faglige råd:
 - KvIP-enhetene formidler at målgruppen bør inkludere barn og unge med påvist eller mistenkt alvorlig psykisk lidelse og samtidig voldsatferd, som er til fare for andre og ikke kan ivaretas i ordinære døgnposter i psykisk helsevern for barn og unge, i hjemmet/tilrettelagt bolig, eller er dømt til tvungent psykisk helsevern. Flere enheter trekker frem samtidig rusproblematikk som en utfordring. Noen av BUP-enhetene mener at tilstander som faller utenfor den typiske definisjonen av «alvorlig psykisk lidelse» (f.eks. ruslidelser, utvikling- personlighet- og atferdsforstyrrelser), hvor barn/unge kan være til fare for andre, også bør inkluderes. Rådet mener at målgruppen bør være barn og unge som har samtidig psykisk lidelse og voldsatferd, og at det er bekymringsfullt hvis «farlige ungdommer» generelt blir målgruppen.
 - Målgruppens størrelse: I gjennomsnitt har KvIP-enhetene hatt 5,2 (median=5,5) barn og unge som kan være i målgruppen for sikkerhetspsykiatriske tilbud, innlagt ved sin enhet siste to år. Variabel byggstandard og rammer ved enhetene har hatt betydning for hvilke pasienter som kan trenge et sikkerhetspsykiatrisk tilbud.
 - Samtidig rusproblematikk er særlig utfordrende i PHBU-døgnposter.
 - KvIP-enhetene har erfart at de har uegnede lokaler og rammer for å ivareta barn og unge i målgruppen.
 - Det formidles et behov for et sikkerhetspsykiatrisk tilbud, og at et slikt tilbud besitter de ressurser og fasiliteter (f.eks. bemanning, lokaler, kompetanse) som akutenhetene opplever at de mangler og ser medfører utfordrende arbeid/forløp. Det er viktig å ha et fungerende samarbeid med stedet ungdommen skal bo (familie eller institusjon). For noen pasienter finnes det ikke gode botilbud som det kan samarbeides med. Det må være fokus på både behandlingstilbud og botilbud som er tilrettelagt for ungdom med alvorlig voldsrisiko.
 - Sikkerhetspsykiatriske tilbud for barn og unge bør innrettes innenfor fagfeltet sikkerhetspsykiatri, og det som i dag er sikkerhetspsykiatri for voksne, men med egne, separate enheter og spesialkompetanse tilpasset barn og unge.
 - Det bør være tett samarbeid med de miljøene som betjener ungdomsfengslene. Man må ha kompetanse på utviklingsforstyrrelse og habilitering, i tillegg til alvorlige psykiske lidelser og voldsproblematikk. Et sikkerhetspsykiatrisk tilbud bør inneholde både døgnplasser og et ambulant/poliklinisk spesialisert tilbud. Ambulante sikkerhetsteam vil kunne forebygge noen innleggelser og at barn og unge flyttes ut av sitt nærmiljø (til regionale enheter). Ambulante tilbud vil også kunne brukes overfor en del pasienter som ikke kan innlegges mot sin vilje. Ambulante tilbud er ikke et like inngripende tiltak som døgninnleggelse.
 - PHBU bør ta ansvar for å fange opp, henvise og bidra til gode overføringer.

- Det anbefales regionale tilbud framfor lokale. Flere KvIP-enheter foreslår at det i tillegg til et regionalt tilbud rigges et nasjonalt tilbud i form av kompetansesenter, kompetanseavdeling eller fagnettverk som kan være rådgivende for regionene. Pasientgruppen er for liten til at det kan lages et slikt tilbud i hvert helseforetak. Dagens døgnenheter kan sannsynligvis ivareta en del av pasientene i målgruppen, dersom de får bistand fra fagpersoner med spisskompetanse på fagfeltet.

3.1.3.4 Tilgrensende arbeid – behandlingstilbud til barn og unge med voldelig atferd og skadelig seksuell atferd (SSA)

Helsedirektoratet har siden 2020 jobbet med *Nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold og overgrep*. Siden 2023 har arbeidet vært avgrenset til barn og unge. Oppdraget retter seg i stor grad mot barn og kriminalitet, og målgruppen beskrives slik:

- Barn og unge i alderen 10-18 år med høy risiko for ny eller gjentakende utøvelse av vold og/eller skadelig seksuell atferd (SSA), og mistanke om en eller flere av følgende tilstander:
 - Moderate til alvorlige psykiske vansker og lidelser (ikke inkludert realitetsbristende alvorlig psykisk lidelse)²
 - Atferdsforstyrrelser
 - Utviklingsforstyrrelser, autismetilstander, mistanke om gjennomgripende forstyrrelser/tilstander
 - Rusmiddelproblematikk

Målgruppen kjennetegnes ved levekårsutfordringer og ressursbrist på flere dimensjoner, tidligere debutalder for utøvelse av vold/SSA og et høyere antall siktelser og/eller hendelser før fylte 15 år. Målgruppen anslås å omfatte opp mot 400 barn.

I 2023 ble det innhentet kunnskap og erfaringer fra kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten, brukere og pårørende som avdekket konkrete behov som bør adresseres for å redusere vold og overgrep blant barn og unge. Basert på behovene foreslås det konkrete tiltak:

- **Felles faglig rammeverk og kunnskap.** Tiltaket har til hensikt å tilgjengeliggjøre relevant kunnskap, metoder og verktøy for alle som jobber med barn og unge. Kompetanseheving på tvers av sektorer kan gi ansatte i barnehager, skoler, helsetjenester, barnevern og andre relevante tjenester kunnskapen og verktøyene de trenger for å identifisere, vurdere og følge opp barn og unge i risiko for å skade andre.
- **Ambulant spesialisthelseteam** for barn og unge med høy risiko for å skade andre. Ambulant spesialisthelseteam har til hensikt å være et spesialisert fagmiljø som tilbyr landsdekkende oppfølging og behandling til barn og unge (10-18 år) med høy risiko for å skade andre. Planlegging av et pilotprosjekt vil gjøres i 2025 sammen med kommuner, fagmiljøer, direktorater og spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at tiltakene piloteres i 2026.

3.1.3.5 Tilgrensende arbeid – oppdrag i 2024

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt flere oppdrag som er relevant for vurdering av et behandlingstilbud for barn og unge under 18 år:

- Oppdrag til helseregionene om å etablere ambulante spesialisthelseteam til barnevernsinstitusjoner, jf. forslag 10 i NOU 2023:24 *Med barnet hele vegen*¹⁰.
- Oppdrag TB 2024-20 til Helsedirektoratet om å utarbeide anbefalinger/veiledningsmaterieell for rettspsykiatriske undersøkelser av barn og unge.¹¹ Det anbefales at oppdraget gjøres i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for sikkerhet, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER-nettverket) og Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS).

Barne- og familiedepartementet har i tildelingsbrevet 2024 til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) gitt i oppdrag å planlegge og etablere et “forsterket institusjonstilbud for barn og unge med store og sammensatte behov, inkludert gjentakende eller alvorlig kriminalitet” (Oppdrag 2024-t6: 3)¹². Etableringen skal ha en kostnadsramme på 25 mill. kroner for Bufetat region Øst og skal etableres i 2025. Prøveperioden for tilbudet er satt til fire år.

Justis- og beredskapsdepartementet har i tildelingsbrev for 2024 til Kriminalomsorgen gitt oppdrag (nr. 4) om “Behov for fengselsplasser (lavere sikkerhet) for barn og unge»¹³. Justis- og beredskapsdepartementet viser til NOU 2023:24 “Med barnet hele vegen”. Oppdraget skal blant annet vurdere behovet for bruk av differensiert sikkerhetsnivå i ungdomsenhetene i dag.

Justis- og beredskapsdepartementet har også satt ned en hurtigarbeidende ekspertgruppe (Storberget-utvalget) som skal utrede tiltak som kan iverksettes ovenfor gruppen unge som begår gjentatt og alvorlig kriminalitet. For en liten gruppe, både under og over 15 år, som begår gjentatt eller alvorlig kriminalitet, mangler det tiltak som er robuste nok og som ivaretar hensynet til barnets beste og samfunnsvernet. Barnevernsinstitusjoner har ikke rammer eller virkemidler til å ivareta denne gruppen. Det er nødvendig å se på behovet for nye tiltak, ansvar og organisering. Noen av spørsmålene utvalget skal svare ut er: Er det behov for et nytt bo- og rehabiliteringstilbud med strengere rammer og høyere sikkerhet enn dagens barnevernsinstitusjoner, eller kan barna i målgruppen ivaretas godt nok innenfor dagens rammer og regelverk? Hvilke barn kan dra nytte av et nytt institusjonstilbud, og hva bør innholdet i tilbudet være?

3.1.3.6 Informasjon om og erfaringer fra ungdomsenhetene i fengslene

- **Eidsberg fengsel:** Eidsberg fengsel er et høysikkerhetsfengsel med plass til 102 mannlige innsatte. Fengselet har siden 2020 vært pålagt å motta inntil tre mindreårige innsatte. Sivilombudet besøkte fengselet i april 2024. Sivilombudet fant at de mindreårige innsatte blir plassert sammen med voksne innsatte. I sin rapport konkluderte Sivilombudet med at fengselet ikke er i stand til å følge opp de mindreårige innsatte tilstrekkelig, og at ordningen bør opphøre.

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet 2024. Oppdragsdokument 2024 Helse Sør-Øst RHF. [oppdragsdokument-2024-helse-sor-ost-rhf-2601.pdf](#)

¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet 2024. Tildelingsbrev til Helsedirektoratet 2024. [Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024](#)

¹² Barne- og familiedepartementet 2024. Tildelingsbrev til Bufdir 2024. [tildelingsbrev-til-bufdir-2024-tillegg-nr.-6.pdf](#)

¹³ Justis- og beredskapsdepartementet 2024. Tildelingsbrev 2024 Kriminalomsorgen. [Tildelingsbrev og instruks til kriminalomsorgen 2024](#)

- **Ungdomsenheten Eidsvoll fengsel:** Enheten ble utvidet fra fire til seks plasser for innsatte mellom 15 og 18 år i 2024. Det planlegges en ytterligere økning med fire plasser i 2026. Ungdomsenhet Øst mottar psykiatriske spesialisthelsetjenester fra Fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus HF. Leder for Fengselspsykiatrisk poliklinikk beskriver at de innsatte har sammensatte utfordringer og problemer. Det anslås behov for innleggelser pga. psykose/mistanke om psykose én til to ganger i året. De opplever at de mangler et sted å legge disse ungdommene inn, og at ungdomsenheten i PHBU ikke har rammer for å håndtere dem. De blir derfor ofte innlagt på sikkerhetsavdelinger sammen med voksne pasienter.
- **Ungdomseininga Bjørgvin fengsel:** Ungdomsenhet Vest har fire plasser for innsatte mellom 15 og 18 år som defineres som høysikkerhetsplasser og to plasser som er definert som lave sikkerhetsplasser. Ungdomsenhet Vest har fire plasser som defineres som høysikkerhetsplasser og to plasser som er definert som lave sikkerhetsplasser. Arbeidet i enheten tar utgangspunkt i tett samarbeid mellom ulike aktører innen kriminalomsorg, barnevern, Bufetat, Utdanningsetaten og helsetjenestene. Ungdomsenhet Vest mottar psykiatriske spesialisthelsetjenester fra seksjon fengselshelsetjeneste ved Klinikkk sikkerhetspsykiatri i Helse Bergen.

3.1.3.7 Erfaringer fra andre land

Grunnet ulike lovverk og organisering, er det vanskelig å sammenligne behandlingstilbudet i Norge med tilbud i andre land. Ulik kriminell lavalder og ulike målgrupper som favnes av det sikkerhetspsykiatriske tilbudet gjør det vanskelig å sammenlikne både tilbud og målgruppe. Det er likevel nyttig å kjenne til praksis og erfaringer fra andre land. Internasjonale erfaringer tilsier at behovet for døgnplasser er lavt, men at det er viktig å ha tilgjengelige plasser for målgruppen ved behov. Med utgangspunkt i ønsket om å redusere behovet for antall innleggelser av barn under 18, satses det i økende grad på ambulante tjenester.

- **Finland** har siden 2003 hatt en egen nasjonal sikkerhets- og rettspsykiatrisk døgnenhet for barn og ungdom med tolv døgnplasser. Denne tar imot pasienter som, utover ordinære psykiske helseproblemer, har et tilstandsbilde preget av langvarig, alvorlig selvmordsfare, vansker med impulskontroll og aggresjon, alvorlige atferdsforstyrrelser og antisosial atferd, svært alvorlige rusproblemer, alvorlig traumehistorikk med påfølgende problematferd, samt ungdom som gjennomgår tvungent psykisk helsevern.
- **Danmark** har to spesialiserte avdelinger. Dette er primært avdelinger med ambulante funksjoner, men også med et døgntilbud, med 1-2 innlagte pasienter fra denne pasientgruppen. Disse har jevnt over lang liggetid. Innlagte målgruppepasienter i Danmark er primært i innlagt på varetektssurrogat eller med dom til behandling.
- **Skottland** har en pågående etablering av en nasjonal sikkerhetspsykiatrisk døgnpost. Dette er et land med tilsvarende befolkningsgrunnlag som Norge og hvor det er planlagt for fire døgnplasser.
- **Sverige** har ingen nasjonale sikkerhets- eller rettspsykiatriske døgnplasser for barn og ungdom. Nedre aldersgrense for å bli dømt til behandling er 15 år, men det er svært sjelden at personer under 18 år for en slik dom. Sverige har ungdomsenheter for unge kriminelle.
- **England** har 51 nasjonale plasser, men går i retning av nedbygging av døgnplasser og en samtidig økning av ambulant virksomhet. Dette skal bidra til lokale tjenestetilbud der barna er bosatt.

3.1.4 Prosjektgruppens vurdering

3.1.4.1 Målgruppe

De sikkerhetspsykiatriske avdelingene tilbyr det høyeste nivå av sikkerhet i det psykiske helsevernet. Innleggelser på dette nivået innebærer (med få unntak) vedtak om tvungent psykisk helsevern og innebærer en svært stor innskrenking av enkeltmenneskers frihet. Terskelen for innleggelser på dette nivået er derfor høy. Prosjektgruppen har derfor vurdert at det er nødvendig å tydelig definere hvilken målgruppe under 18 år som bør få tilbud fra sikkerhetspsykiatriske tjenester.

De aller fleste innspillene til arbeidet har støttet forslaget om en smal målgruppedefinisjon. Prosjektgruppen har derfor utarbeidet følgende målgruppebeskrivelse:

Barn og unge under 18 år som trenger utredning og/eller behandling for alvorlig psykisk lidelse eller mistanke om alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig voldsatferd, som ikke kan håndteres innenfor rammene av det ordinære tjenestetilbudet i psykisk helsevern for barn. Ved inntaksvurderinger må det tas hensyn til at barn er i utvikling, og at deres symptombylle kan være komplekst og vanskelig å tolke.

En smal definisjon av målgruppen innebærer en risiko for at barn med liknende utfordringsbylle faller utenfor målgruppen, og ikke får tilbud om behandling i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Det finnes i dag barn som ikke har alvorlig psykisk lidelse, men hvor det av ulike grunner likevel er vanskelig å skape gode rammer for ivaretagelse i ordinære døgnposter i PHBU. Dette gjelder f.eks. barn med symptomer på utvikling av alvorlige personlighetsforstyrrelser eller depresjon og samtidig voldsatferd, eventuelt i kombinasjon med omfattende og/eller skadelig rusmisbruk. Det er en utfordring at voldsatferd kan kamuflere symptomer på alvorlig psykisk lidelse. Det er derfor viktig at forståelsen av målgruppen ikke blir rigid, og at man tar hensyn til at barn i utvikling kan ha et komplekst symptombylle.

Å utvide målgruppen til å omfatte barn med alvorlig voldsatferd, men som ikke har mistenkt eller påvist alvorlig psykisk lidelse, kan utvide pasientgruppen til det mangedobbelte, og føre til behov for et tilbud i en helt annen skala enn det prosjektgruppen her legger til grunn. Prosjektgruppen mener at barn med alvorlig voldsatferd, uten mistanke om alvorlig psykisk lidelse, bør ivaretas av andre tilbud, f.eks. spesialisthelsetjenestetilbudet i ungdomsenhetene i fengslene, helseteam ved barnevernsinstitusjoner eller andre relevante tilbud. En andel av disse vil også kunne omfattes av det foreslåtte ambulante spesialisthelseteamet som skal behandle barn og unge med voldelig atferd/skadelig seksuell atferd. Dette handler ikke bare om kapasitet i tjenestetilbudet, men også om at det følger en betydelig stigmatisering av barn ved å ha en historikk med opphold i sikkerhetspsykiatri.

3.1.4.2 Målgruppens størrelse

I perioden 2020-2023 har de regionale og de lokale sikkerhetsavdelingene tatt imot ti pasienter under 18 år, et gjennomsnitt på to til tre pasienter per år, se tabell 1. Seks av disse var innlagt i Helse Sør-Øst. Kun Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest oppgir å ha et tilpasset behandlingstilbud til pasienter under 18 år, men forskjellene på det behandlingstilbudet som gis i de regionale sikkerhetsavdelingene er, etter prosjektgruppens vurdering, ikke stor¹⁴. Rapporten *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023* viser at sikkerhetsavdelingene har mottatt 28 henvendelser om bistand, veiledning/konsultasjon fra PHBU i 2020-2023. Ved 13 anledninger har sikkerhetsavdelingene gjort henvendelser om bistand, veiledning/konsultasjon til PHBU.

¹⁴ Kilden et al. 2024. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport. [Statusrapport: Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023 – Sifer](#)

Prosjektgruppen er også kjent med at PHBU ved enkelte anledninger henvender seg til spesialisthelsetjenesten som er knyttet til ungdomsfengslene for veiledning om voldsrisikovurderinger. Prosjektgruppen har ikke oversikt over antall slike henvendelser.

Tabell 1: Innleggelser av barn og unge voksne i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger i perioden 2020-2023.

KJØNN	RSA		LSA		TOTALT
	Under 18 år	18-25 år	Under 18 år	18-25 år	
Gutter	3	16	6	45	70
Jenter	0	5	1	12	18
TOTALT	3	21	7	57	88

I arbeidet med å utrede rettspsykiatriske undersøkelser av barn, har Helsedirektoratet innhentet informasjon fra NERS om at rekvisisjoner av slike undersøkelser for barn under 18 år har ligget nokså stabilt på rundt tretti barn og unge under 18 år per år de siste seks årene (2019 til 2024). I hvor stor andel av disse sakene det er gjennomført rettspsykiatriske døgnobservasjoner, er ikke kjent. I den aktuelle tidsperioden er det ikke gjennomført noen slike døgnobservasjoner av barn under 18 år ved de regionale sikkerhetsavdelingene. Ved opprettelse av et sikkerhetspsykiatrisk tilbud for barn og unge, antar prosjektgruppen at det vil kunne komme henvendelser om gjennomføring av rettspsykiatriske døgnobservasjoner i en del av disse sakene, anslagsvis 10-20%, noe som i så fall vil utgjøre tre til seks innleggelser per år. Hjemler for rettspsykiatriske døgnundersøkelser har oftest fire til åtte ukers varighet, og slike innleggelser er derfor relativt kortvarige og opptar ikke stor døgnkapasitet.

I en undersøkelse utført av prosjektgruppens representant fra Helse Vest RHF, oppgir barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger i regionen et estimat på en til to pasienter per år som fyller kriteriene for innleggelse i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet. Basert på befolkningstall i regionenes opptaksområder gir dette et anslag på fem til seks pasienter per år i Helse Sør-Øst, én til to pasienter per år i Helse Midt-Norge, og færre enn én pasient per år i Helse Nord. Når det gjelder ambulant virksomhet, har målgruppepasientene erfaringsvis blitt fulgt opp poliklinisk både før og etter døgninnleggelse. I tillegg er det gjennomført ambulant virksomhet for å vurdere behov for døgninnleggelse og yte bistand der barnet oppholder seg. Det er vanskelig å tallfeste behovet for ambulant virksomhet.

Innspillene fra landets døgnenheter i PHBU, formidlet via KvIP (se kapittel 3.1.3.3) gir inntrykk av at målgruppen kan være større. I snitt angir PHBU 2,5 pasienter årlig. Med 17 døgnenheter på landsbasis utgjør dette over 40 pasienter med behov for innleggelse hvert år. Denne diskrepansen må forstås i lys av at flere av døgnenhetene mente målgruppen også burde favne pasienter uten alvorlig psykisk lidelse, og at flere av døgnenhetene henviste til variabel standard og fysiske rammer som avgjørende for om det var mulig å håndtere pasientene ved den aktuelle enheten. Prosjektgruppen mener det er behov for en vurdering av tilbudene i PHBU, og hvorvidt det er nødvendig å styrke døgnenheter innenfor PHBU for å kunne gi et godt og trygt tilbud til pasienter som har problematisk og voldelig atferd, men som ikke inngår i den sikkerhetspsykiatriske målgruppen, eller som et tilbud til pasienter i overgangsfaser.

Det er satt i gang en rekke tiltak og oppdrag rettet mot barn med tilgrensende og til dels overlappende problematikk, men med alvorlig vold/sekualisert vold som fellesnevner. Noen av tiltakene er rettet mot barn i barnevernsinstitusjoner og barn med store og sammensatte behov, inkludert gjentakende eller alvorlig kriminalitet, som trenger et forsterket institusjonstilbud. Rekken med tiltak som iverksettes for å gi denne gruppen et bedre tilbud, vil i seg selv kunne avdekke behov for sikkerhetspsykiatrisk kompetanse i større omfang enn det som er kjent i dag.

Et sikkerhetspsykiatrisk tilbud som tilbyr ambulant veiledning, utredning og behandling vil kunne være aktuelt for barn med lignende problematikk som de barna som trenger innleggelse i sikkerhetspsykiatriske døgnavdelinger, men der symptomene og/eller voldsatferden ikke er så omfattende at det er nødvendig med innleggelse. Et ambulant sikkerhetspsykiatrisk tilbud vil f.eks. sannsynligvis involveres i oppfølgingen av barn ved barnevernsinstitusjoner og ved ungdomsenheter i fengslene, der antall fengselsplasser for barn planlegges utvidet. Det er derfor ikke mulig å anslå pasientgruppens størrelse med sikkerhet.

Basert på informasjon som kommer frem i rapporten, informasjon fra aktører innen barne- og ungdomspsykiatri og erfaring/innspill fra fagfeltet for øvrig, synes den pasientgruppen å være svært liten. Samtidig antas det at terskelen for innleggelse vil bli lavere dersom det finnes et tilpasset og tilgjengelig tilbud til gruppen. Prosjektgruppen anslår at antall pasienter som vil ha behov for døgninnleggelse på landsbasis hvert år, inkludert rettspsykiatriske døgnobservasjoner, trolig er mellom ti og 15. Antall pasienter i behov for ambulante tjenester vil kunne være et sted mellom 20 og 50 årlig. Estimater vil endre seg dersom den negative utviklingen av vold og psykiske lidelser blant barn og unge voksne i samfunnet fortsetter. Det bør derfor gjøres en ny vurdering av behovet i hver region når et tilpasset tjenestetilbud til målgruppen har vært i drift i noen år.

3.1.4.3 Organisering og behandlingsnivå

Prosjektgruppen har vurdert ulike alternativer for organisering og behandlingsnivå, med utgangspunkt i foreslåtte tiltak i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*, gruppens mandat og rapporten *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023*.

- Organisering: PHBU eller psykisk helsevern for voksne (PHV-V).
- Behandlingsnivå: lokale sikkerhetsavdelinger, regionale sikkerhetsavdelinger eller et nasjonalt tjenestetilbud.

De ulike alternativene har fordeler og ulemper. Prosjektgruppen har vektlagt følgende tre momenter som særskilt viktige for målgruppen:

1. Hovedregel for all behandling av barn og unge under 18 år er at de skal behandles på lavest mulig behandlingsnivå, så nær eget nettverk og bosted som mulig, og unngå flytting og døgninnleggelse med mindre det er nødvendig¹⁵. Et tilpasset ambulant tjenestetilbud der barnet oppholder seg (i fengsel, sykehus, barnevernsinstitusjon eller hjemme) kan legge til rette for dette. Ambulant virksomhet må innbefatte samarbeid med og/eller støtte til lokalt PHBU og kompetanseoverføring til ulike aktører.
2. Behovet for spesialisert kompetanse, både på utredning, behandling og håndtering av voldsatferd, og på utredning og behandling av alvorlig psykiske lidelser hos barn og unge under 18 år.
3. Barn skal være atskilt fra voksne pasienter ved innleggelse, jf. FNs barnekonvensjon.

Organisering

PHBU behandler i dag mange barn og unge under 18 år med krevende eller voldelig atferd. Det finnes likevel en liten gruppe pasienter som har vedvarende og alvorlig voldsatferd over tid, som PHBU ikke har rammer for å håndtere, og som derfor har fått innleggelse i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Det er nødvendig å etablere et tilpasset tilbud for denne gruppen. Tilbudet må inneha særskilt kompetansen på, og rammer for, håndtering av voldelig atferd.

¹⁵ NOU 2023:24 Med barnet hele vegen. [NOU 2023: 24](#).

Med tanke på pasientgruppens størrelse er det lite hensiktsmessig at de enkelte barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger skal bygge opp et slikt tjenestetilbud. Tilbakemeldinger fra PHBU antyder at det er utfordrende å bemanne et slikt tjenestetilbud, særlig med hensyn til håndtering av alvorlige voldshandlinger. De fleste innspillene anbefaler at tilbudet knyttes til sikkerhetspsykiatriske avdelinger innen PHV-V, i samarbeid med PHBU. Prosjektgruppen støtter denne vurderingen.

Prosjektgruppen har drøftet alternativet med å bygge opp en spesialisert regional eller nasjonal avdeling organisert under PHBU, men med særskilt sikkerhetspsykiatrisk kompetanse. Et slikt tilbud vil etter prosjektgruppens vurdering sannsynligvis være noe mindre fleksibelt med tanke på bruk av døgnplasser, enn tilbud knyttet til en sikkerhetspsykiatrisk avdeling innenfor PHV-V. Prosjektgruppen har derfor ikke gått videre med dette alternativet.

Dog bør det vurderes å styrke noen døgnplasser innen PHBU i alle regioner, slik at PHBU kan overta behandlingsforløpet så snart det er faglig forsvarlig, og så langt som mulig legge til rette for samvær med andre barn,

Behandlingsnivå

Lokale sikkerhetsavdelinger

Som det fremgår av *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023*, står de lokale sikkerhetsavdelingene for den største andelen av innleggelsene av barn og unge under 18 år (sju av ti) de siste fire årene. De lokale sikkerhetsavdelingene oppgir imidlertid, med enkelte unntak, at de ikke har et tilpasset tilbud til barn, og at de ikke har lokaler som gir anledning til å skjerme barna fra voksne pasienter.

Nærhetsprinsippet og mulighet for ambulant virksomhet: Fordelen ved at barn behandles i sitt lokale helseforetak eller et annet helseforetak i egen region, er nærheten til eget nærmiljø. Ved bruk av lokale sikkerhetsavdelinger vil reiseveien for pårørende og øvrig nettverk være relativt kort, noe som muliggjør hyppig kontakt. Det gjør det også lettere å gjennomføre permisjoner til familie/eget hjem og legger bedre til rette for (re)habiliteringsprosessen. For noen pasienter kan imidlertid nærhet til eget nettverk være uheldig, f.eks. med tanke på eksponering til kriminelt miljø og rusmidler. Nærhet til eget nettverk kan derfor både være en fordel og en ulempe. Når det gjelder ambulant virksomhet, vil lokal organisering lette samarbeidet mellom sikkerhetsavdeling og PHBU. Korte avstander muliggjør tettere oppfølging enn hva et regionalt eller nasjonalt tilbud kan tilby, selv om noe av disse utfordringene kan bøtes på med digitale møter mellom de fagpersoner som deltar i oppfølging og behandling av barnet.

Behovet for spesialisert kompetanse: Med tanke på målgruppens begrensede størrelse, er det likevel, etter prosjektgruppens vurdering, lite hensiktsmessig at alle helseforetak skal bygge opp et tilpasset tilbud til denne pasientgruppen. Med det begrenses pasientantallet og den svært begrensede erfaringen man vil kunne tilegne seg, vil det være umulig å bygge opp et stabilt kompetansemiljø på utredning og behandling av målgruppen i alle helseforetakene. Det vil likevel kunne være en mulighet at utvalgte lokale sikkerhetsavdelinger etablerer slike tilbud på oppdrag for egen region.

Atskilt fra voksne pasienter: Svært mange av landets 17 sikkerhetsavdelinger har behov for bygningsmessige endringer for å kunne ivareta hensynet til skjerming av barn fra voksne pasienter. Det ansees som lite hensiktsmessig at slike endringer skal gjøres i en så stor skala, for et så lite antall pasienter. Sannsynligheten for at barnet vil være eneste innleggende pasient under 18 år er stor. På oppdrag fra det regionale helseforetaket vil det være mer realistisk at utvalgte lokale helseforetak tilpasser sine arealer for formålet, eller etablerer fleksible løsninger som kan tas i bruk ved behov.

Regionale sikkerhetsavdelinger

Kun tre av de ti barna under 18 år som har vært innlagt i sikkerhetspsykiatriske avdelinger de siste fire årene, har vært innlagt i regionale avdelinger¹⁶. Det er imidlertid de regionale avdelingene som i størst grad oppgir å ha tilpasset kompetanse og arealer til ivaretagelse av målgruppen per i dag.

Nærhetsprinsippet og mulighet for ambulant virksomhet: Opprettelse av regionale tjenestetilbud til målgruppen medfører at barn må flyttes fra eget nærmiljø og til den regionale sikkerhetsavdelingen i helseregionen. Regionene er geografisk ulike med hensyn til *hvor* lang reiseavstand et opphold i en regional sikkerhetsavdeling innebærer for det enkelte barn. Et regionalt tilbud vil likevel ivareta nærhetsprinsippet i større grad enn et nasjonalt tilbud. De geografiske forskjellene mellom de fire helseregionene medfører også at ambulant virksomhet vil være ressurskrevende i ulik grad, avhengig av hvor i landet man bor. Et regionalt tilbud vil for noen målgruppepasienter kunne øke avstanden fra eget nærmiljø og nettverk. For de barn hvor nærhet til nettverk har en negativ påvirkning, vil et regionalt tjenestetilbud legge til rette for nødvendig avstand til forhold som er uheldige for pasientens utredning og behandling. Prosjektgruppen understreker her at det er vanlig å organisere spesialiserte tjenestetilbud til marginale pasientgrupper på regionalt eller nasjonalt nivå, som f.eks. kjønnsinkongruens eller organtransplantasjon.

Behovet for spesialisert kompetanse: Til tross for det lave antall innleggelser de siste fire årene, oppgir to av de regionale sikkerhetsavdelingene å ha tilegnet seg særskilt kompetanse på utredning og behandling av barn og unge under 18 år¹⁷. Helse Midt-Norge har ansatt spesialister i barne- og ungdomspsykologi og -psykiatri ved den regionale sikkerhetsavdelingen, og det er utviklet eget rettspsykiatrisk forløp for barn og unge under 18 år. Helse Bergen har psykologspesialister og spesialister i barne- og ungdomspsykiatri tilknyttet Klinikk sikkerhetspsykiatri, som også har kompetanse i rettspsykiatriske vurderinger av barn.

Ut ifra beregningene om ti pasienter per år på landsbasis (se kapittel 3.1.4.2) vil det være begrensede muligheter for å opparbeide sterke kompetansemiljø fire steder i landet, men kompetansen vil dog være høyere enn ved en eventuell organisering under lokale sikkerhetsavdelinger. Tatt i betraktning det antatte omfanget av ambulant virksomhet, vil de regionale sikkerhetsavdelingene imidlertid få bedre muligheter til å håndtere et større volum av pasienter og dermed bygge opp kompetansemiljø i hver region.

Atskilt fra voksne pasienter: Alle de regionale sikkerhetsavdelingene, unntatt Helse Nord, oppgir per i dag å ha muligheter for å tilby målgruppepasienter arealer der de er skjermet fra voksne pasienter¹⁸. I Helse Sør-Øst vil nytt sikkerhetsbygg stå klart i 2026, der et eget skjermet areal vil kunne tas i bruk ved behov. Det er også planer for nye bygg/tilbygg i Helse Nord og i Helse Midt-Norge. For Helse Midt-Norge kan eksisterende kapasitet økes og/eller ytterligere tilpasses i tilbygg til sikkerhetsbygget. Ved etablering av regionale tilbud vil det også være en risiko for at barn som legges inn til døgnopphold vil være eneste barn i avdelingen. Sjansen er imidlertid noe større for at de kan ha samvær med andre pasienter under 18 år, enn ved en organisering under lokale sikkerhetsavdelinger. Det vil imidlertid ikke alltid ønskelig med samvær med andre barn, på grunn av potensiell voldsatferd.

Øvrig: Med hensyn til det lave antallet målgruppepasienter og behovet for spesialisert kompetanse i tjenestetilbudet, vurderer prosjektgruppen det som nødvendig at de regionale avdelingene, ved en eventuell regional organisering, har et tett, faglig samarbeid rundt utredning og behandling av målgruppen. Prosjektgruppen anser det som hensiktsmessig at de regionale

¹⁶ Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport.

¹⁷ Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport.

¹⁸ Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport.

avdelingene inngår i et forpliktende faglig nettverk som kan styrke fagkompetansen og samle erfaringer med pasientgruppen i landet. Dette vil også kunne gi et godt grunnlag for samarbeid om enkeltpasienter ved behov for tilpasninger av døgnopphold. SIFER-nettverket kan ved behov gis oppdrag om å koordinere/fasilitere et slikt faglig nettverk.

Nasjonalt tjenestetilbud

Prosjektgruppen har vurdert ulike muligheter for organisering og funksjon for et nasjonalt tjenestetilbud:

1. Tjenestetilbud i de regionale sikkerhetsavdelinger med et forsterket nasjonalt tjenestetilbud som tilbyr døgninnleggelse og/eller ambulant bistand og veiledning til de regionale tjenestetilbudene og eventuelt andre institusjoner som er i behov av hjelp for å ivareta en målgruppepasient.
2. Et nasjonalt tjenestetilbud alene, hvor målgruppepasienter får døgninnleggelse eller ambulant oppfølging.

1. Tjenestetilbud i de regionale sikkerhetsavdelinger med et forsterket nasjonalt tjenestetilbud

Forslaget om et forsterket nasjonalt tjenestetilbud i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri* beskrives som et tilbud som kan etableres *i tillegg* til regionale tilbud, og som kan tre inn ved spesielle hendelser og/eller akutte situasjoner. En slik funksjon kan etableres ved én av de fire regionale sikkerhetsavdelingene, som får i oppdrag å ha særlig egnede lokaler og særlig høy kompetanse til å håndtere de pasientene de øvrige regionale avdelingene ikke er i stand til å ivareta, eller som er i behov av avlastning.

Forslaget forutsetter at tjenestetilbudet i utgangspunktet er plassert i én av de fire regionale avdelingene, jf. det ovennevnte. Med hensyn til det lave antallet pasienter i målgruppen, er det usikkert hvor nødvendig en slik funksjon vil være, og i hvor stor utstrekning den vil benyttes. Prosjektgruppen anser det som mer sannsynlig at de regionale avdelingene vil avhjelpe hverandre i saker hvor det er behov for second opinion, avlastning eller annen kompetanse. Et forpliktende faglig nettverk vil også redusere behovet for en egen forsterket enhet, ved at de fire regionale avdelingens deler kunnskap og erfaringer på tvers av regionene.

Ved en eventuell regional organisering, vil det - med hensyn til det lave antallet målgruppepasienter - trolig svært sjelden være behov for innleggelse i en nasjonal forsterket enhet. Det er vanskelig å se hvordan den nasjonale enheten skal kunne opparbeide seg tilstrekkelig erfaring med pasientgruppen til å inneha en reell forsterket funksjon. En slik løsning, som innebærer at én region skal veilede en annen, vil derfor kunne ha faglige svakheter, med hensyn til at denne ikke nødvendigvis har mer erfaring med utredning og behandling av målgruppepasienter enn de andre. Nasjonale forsterkede døgnplasser må i så fall legges til den regionen med flest målgruppepasienter (Helse Sør-Øst). Følgelig må de også ha ansvaret for ambulant oppfølging av disse pasientene.

Prosjektgruppen har på bakgrunn av dette vurdert fordeler og ulemper med å kun etablere en nasjonal enhet:

2. Nasjonalt tjenestetilbud alene

Det finnes per i dag ikke et forankret nasjonalt tjenestetilbud for målgruppen, men både Helse Midt-Norge og Helse Vest har tidligere tatt interregionalt initiativ til å etablere en nasjonal funksjon for barn og unge. Prosjektgruppen har sett til utredning gjennomført av Helse Vest ved vurdering av et slikt tilbud.

Nærhetsprinsippet og mulighet for ambulant virksomhet: Et nasjonalt tilbud alene vil bryte med nærhetsprinsippet, og medføre at barn må flyttes bort fra eget nærmiljø og nettverk. Lange avstander vil gjøre det mer ressurskrevende for foreldre/foresatte, venner og familie å besøke pasienten. Det vil også være ressurskrevende å jobbe ambulant ut til der målgruppepasientene oppholder seg. Erfaring fra andre nasjonale tjenester, som f.eks. Sentral fagenhet for tvungen omsorg, tilsier imidlertid at slik nasjonal oppfølging kan fungere tilfredsstillende, men vil være ressurskrevende. Som beskrevet over, kan det for noen barn være positive sider ved å få avstand til eget miljø og nettverk.

Behovet for spesialisert kompetanse: Prosjektgruppen vurderer at et nasjonalt tilbud vil gjøre det mulig å bygge opp et kompetansemiljø av noe størrelse, som over tid vil få tilstrekkelig erfaring til å opparbeide seg særlig kompetanse på utredning og behandling av målgruppepasienter.

Atskilt fra voksne pasienter: Et nasjonalt tilbud, med det omfanget av pasienter det vil kunne være aktuelt for, vil muliggjøre etablering av en egen døgnerhet, atskilt fra voksne pasienter. Opprettelse av en nasjonal døgnerhet vil kreve egnede lokaler tilknyttet en av de regionale sikkerhetsavdelingene. En nasjonal døgnerhet vil med stor sannsynlighet gjøre det mulig for samvær med andre barn. Det vil imidlertid ikke alltid ønskelig med samvær med andre barn, på grunn av mulig voldsatferd.

Vurdering av de ulike alternativene

For å kunne vurdere hva som vil være den beste løsningen, mener prosjektgruppen at de tre førende momentene må vektes. Prosjektgruppen mener at det er et ufravikelig krav at man skal kunne tilby døgnplasser for barn som er atskilt fra voksne pasienter. Dette følger av internasjonale konvensjoner Norge er forpliktet til å følge. Videre er nærhetsprinsippet viktig både for muligheten til kontakt med barnets nettverk, og for ambulant virksomhet for å kunne spre kompetanse, unngå unødvendige innleggelser og sikre gode overganger. Til slutt er muligheten for å bygge opp robuste fagmiljø grunnleggende for å gi et godt tilbud til målgruppepasientene.

Til tross for lokale sikkerhetsavdelingers mulighet til å drive aktiv ambulant virksomhet, er alternativet med organisering av et tjenestetilbud under *alle* lokale sikkerhetsavdelinger, etter prosjektgruppens vurdering, ikke aktuelt. Alternativet fyller i liten grad de grunnleggende behovene for opprettelse av et slikt tjenestetilbud, særlig når det gjelder mulighet for å etablere spesialisert kompetanse eller å ha egnede lokaler. De regionale helseforetakene vil likevel kunne vurdere om utvalgte lokale sikkerhetsavdelinger kan ivareta slik funksjon på vegne av sin region, og derigjennom oppnå nødvendig kompetanse og rammer.

Alternativet med organisering av et tjenestetilbud under regionale sikkerhetsavdelinger fyller i noen grad behovene for opprettelse av et slikt tjenestetilbud. Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge har alle kommet langt med regionale planer for etablering av døgntilbud til målgruppepasienter.

Alle de regionale sikkerhetsavdelingene unntatt Helse Nord har i dag mulighet for å holde barna skjermet fra voksne pasienter, og Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord vil ytterligere kunne tilrettelegge for dette i nær fremtid, enten gjennom nybygg eller tilpasninger i bygningsmassen. En regional organisering vil muliggjøre ambulant oppfølging innenfor avstander som er store, men overkommelige. Ut ifra anslagene om antall døgninnleggelser per år, er det i all hovedsak regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst som vil kunne få størst erfaring med og mulighet til å opparbeide seg spesialisert kompetanse på utredning og behandling av målgruppepasienter, gitt at anslaget om behov stemmer og at slik etablering faktisk skjer. Endringer i etterspørsel av døgnbaserte spesialisthelsetjenester for barn og unge

fra flere sektorer (kriminalomsorg og barnevern, samt innen rusfeltet) vil kunne gi relevante endringer i dette også for øvrige regioner.

Det er prosjektgruppens vurdering at behovet for spesialisert kompetanse vil kunne imøtekommes ved at de regionale sikkerhetsavdelingene inngår et forpliktende faglig nettverkssamarbeid, etter modell fra og i tilknytning til SIFER-nettverket, hvor de regionale kompetansesentrene er forpliktet til samarbeid og hensiktsmessig ressursutnyttelse. Et slikt faglig samarbeid er i tråd med prosjektets mandat, som ber regionene *“å styrke samhandling på tvers og sikre kompetanse og høy faglig standard i behandling i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.”* Et alternativ til etablering av et slikt nettverk er å videreutvikle Nasjonalt kompetansenettverk for barn og unge (se kapittel 3.1.3.2) til å ivareta behovet for samhandling og erfaringsoverføring mellom de regionale sikkerhetsavdelingene.

Alternativet med å etablere et nasjonalt tjenestetilbud er det som etter prosjektgruppens vurdering vil gi den mest spesialiserte opprettelsen av et slikt tjenestetilbud. I en nasjonal døgnerhet vil barn kunne holdes atskilt fra voksne. Et nasjonalt tjenestetilbud vil, raskere enn regionale tilbud, kunne bygge opp spesialisert kompetanse og få bredere erfaring med pasientgruppen. Organisering på nasjonalt nivå har imidlertid svakheter knyttet til nærhetsprinsippet, god sammenheng i pasientforløpene og ambulant virksomhet. Denne svakheten må sees opp imot den kompetansen og spesialiserte bistand en slik nasjonal tjeneste kan bidra med. Vurderinger av kostnader for et nasjonalt tilbud omtales i kapittel 3.1.7 Finansiering.

Med bakgrunn i ovennevnte vurderinger om organisering og behandlingsnivå, mener prosjektgruppen at det foreligger to alternative løsninger for organisering av tjenestetilbudet:

Alternativ 1: Organisering av tjenestetilbudet under regionale sikkerhetsavdelinger, med forpliktende interregionalt fagnettverk.

De regionale helseforetakene skal tilby døgninnleggelser i egnede lokaler for sikkerhetspsykiatri, atskilt fra voksne pasienter. De regionale sikkerhetspsykiatriske tilbudene skal ivareta ambulante tjenester i egen region. Forslaget er i tråd med forslag til tiltak i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*.

Med hensyn til det relativt lave antallet pasienter i målgruppen er det viktig med fleksibel bruk av døgnplassene, slik at lokalene kan anvendes til voksne pasienter når det ikke er målgruppepasienter innlagt. Oppbygging av spesialisert kompetanse og erfaring sikres gjennom samarbeid i et fagnettverk bestående av fagpersonell og ledelse fra de fire regionale sikkerhetsavdelingene og fra PHBU.

I henhold til beregninger av målgruppens størrelse i punkt 3.1.4.2, anslås det behov for innleggelse for om lag ti til 15 pasienter per år. Det er ønskelig med så korte døgnopphold som mulig, og det er lite sannsynlig at alle pasientene vil ha behov for innleggelse samtidig. En regional organisering vil derfor kreve etablering av inntil fem til seks tilgjengelige døgnplasser i den regionale sikkerhetsavdelingen i Helse Sør-Øst, og en til to døgnplasser i de regionale sikkerhetsavdelingene i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord, men sannsynligvis vil det reelle behovet være mindre enn dette. Det kan derfor være riktig å bygge opp tilbudet trinnvis.

Alternativ 2: Nasjonal organisering av tjenestetilbudet.

Det etableres et nasjonalt tilbud som skal tilby døgninnleggelse i egnede lokaler, atskilt fra voksne pasienter. Den nasjonale enheten skal også tilby ambulante tjenester og veiledningstjenester i hele landet.

Slik organisering krever etablering av inntil ti tilgjengelige døgnplasser. Presset på døgnplasser i sikkerhetsavdelingene er allerede stort, og opprettelse av nytt et tjenestetilbud kan ikke gjøres på døgnplasser som er opprettet for ivaretagelse av den voksne pasientpopulasjonen, etter grundige kapasitetsberegninger¹⁹.

Oppsummerende vurdering: Prosjektgruppen mener at de ovennevnte alternativene er de som best oppfyller kravene til et sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud til barn og unge under 18 år. Alternativene har ulike styrker og svakheter, og ingen av dem er optimale. Regionale tilbud, som anbefalt i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*, er allerede under etablering i flere av regionene. Prosjektgruppens flertall mener at alternativ 1 er det mest aktuelle alternativet.

3.1.4.4 Innhold i behandlingen

Flere av instansene som gav innspill til prosjektgruppens arbeid understreket at det ikke var så viktig om tilbudet ligger under PHBU eller det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet, så lenge det *blir* opprettet et tjenestetilbud som er tilpasset barns særskilte behov. Målet med et nytt tilbud er å utforme en mer systematisk, kunnskapsbasert og samordnet innsats som tilpasses det enkelte barns risikonivå og behov.

Utredning og behandling av barn med voldsatferd er sammensatt og tilnærmingen kompleks siden den involverer flere instanser og tjenester. Psykiske lidelser, og andre risikofaktorer som f.eks. rusmiddelbruk, kan ikke alltid alene forstås som årsaker til voldsatferd, men heller som én av flere faktorer som er forbundet med utøvelse av vold. Arbeid med barn som utøver alvorlig vold, og som samtidig har alvorlig psykisk lidelse, krever høy kompetanse på utredning, behandling og reduksjon av voldsrisiko. Et tett samarbeid mellom PHBU og PHV-V er derfor helt grunnleggende for å kunne gi et adekvat tilbud. Et tjenestetilbud som bygges opp i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og PHV-V, må vies særskilt oppmerksomhet til å organisere og tilrettelegge tilbudet slik at det er tilpasset målgruppen. Prosjektgruppen anbefaler derfor at man i stor grad bygger opp tilbudene ved å knytte til seg, og samarbeide med, spesialisert kompetanse i PHBU.

Under følger en kort beskrivelse av hva et behandlingstilbud bør inneholde:

Kompetansesammensetning

Tjenestetilbudet må ha særskilt og tverrfaglig kompetanse på utredning og behandling av barn og unge. Det inkluderer bl.a. kompetanse på

- diagnostikk
- nevropsykologisk utredning
- voldsrisikovurdering og -håndtering hos barn
- pedagogikk
- miljøterapi og atferd
- farmakologi
- somatikk
- familiearbeid, f.eks. psykoedukativt familiesamarbeid
- traumebehandling
- rus

Det vil ikke være mulig å etablere en slik bred kompetansesammensetning i et fagmiljø uten tett samarbeid med PHBU. Med hensyn til at målgruppepasientene trolig vil ha svært ulike utfordringer, vurderes det som hensiktsmessig at tjenestetilbudet knytter til seg nødvendig kompetanse etter behov.

¹⁹ Revidert framskrivings modell for psykisk helsevern og rusbehandling, 2022.

Døgnbehandling

Døgninnleggelser skal skje i egne tilpassede lokaler, og barn i målgruppen skal holdes atskilt fra voksne pasienter. Det skal legges til rette for fysisk aktivitet, og mulighet for utendørs aktiviteter, og det skal være fokus på utdanning og fritidsaktiviteter. Aktivitetstilbudet må individuelt tilpasses med utgangspunkt i sikkerhetsvurderinger og pasientens egne interesser. Det er viktig med fokus på barnas egne ressurser. Det må videre tilstrebes å legges til rette for samvær med andre ungdommer, fysisk og/eller digitalt. Det må også legges til rette for samvær med og deltakelse i behandlingen fra nærmeste familie/nettverk under innleggelser når dette er hensiktsmessig.

Når nødvendig utredning eller behandling må vare over lengre tid må det gjøres tiltak for å redusere uheldige konsekvenser av varigheten av innleggelsen.

Rettspsykiatriske døgnobservasjoner av barn gjøres sjelden. I rapport fra 2021 påpekte Barneombudet manglende rettssikkerhet for barn som har begått alvorlige straffbare handlinger, og manglende retningslinjer og rammer for rettspsykiatriske døgnobservasjoner²⁰. Det er derfor viktig at døgntilbudet til barn og unge under 18 år også tilegner seg kompetanse på rettspsykiatriske døgnobservasjoner av barn. Som beskrevet tidligere, har Helsedirektoratet i år fått i oppdrag å utarbeide anbefalinger/veilednings-materiell for rettspsykiatriske undersøkelser av barn og unge, i samarbeid med SIFER-nettverket og Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS)²¹.

Ambulant virksomhet

Et tjenestetilbud til målgruppen bør omfatte tilpasset ambulant og/eller rådgivende virksomhet i hver enkelt sak. Ved ambulant arbeid bør det samarbeides tett med de som har hovedansvaret for behandlingen og de som skal overta behandlingsansvaret.

Dersom pasienten blir i behov av døgninnleggelse, vil den aktuelle døgnavdelingen overta behandlingsansvaret. Behandlingsansvaret overføres til PHBU ved overføring til lavere nivå. Det bør være et forsterket døgntilbud i PHBU døgn som kan ivareta pasienter når sikkerhetspsykiatriske rammer ikke lenger er nødvendige.

Ambulant arbeid bør inkludere:

- utredning/behandling
- oppfølging av medisiner
- bistand til risikovurderinger og planer for risikohåndtering
- second opinion
- rådgivning/veiledning
- bistand i arbeid med pasientens familie

Kultursensitivitet

Tilbudet bør være tilpasset ulike kulturelle bakgrunner, herunder også samiske barn og unge. Dette for at tilbudet skal være likeverdig, uavhengig av kulturell bakgrunn. Et helhetlig oppfølgings- og behandlingstilbud bør utformes med relevante kompetansesentre, blant annet Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS).

²⁰Barneombudet 2021. Funn etter gjennomgang av saker der barn er fengslet i perioden 2016-2019.

[Funn-etter-gjennomgang-av-saker-der-barn-er-fengslet-i-perioden-2016-2019.pdf](#)

²¹Helse- og omsorgsdepartementet 2024. Tildelingsbrev til Helsedirektoratet 2024. [Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024](#)

Samarbeidspartnere

Tjenestetilbudet vil måtte ha en rekke samarbeidspartnere. Prosjektgruppen anbefaler at den avdelingen som til enhver tid har behandlingsansvar for pasienter, også koordinerer samarbeid med de ulike samarbeidspartnerne. Aktuelle samarbeidspartnere er:

- PHBU/barnehabilitering
- pårørende/verge
- skole
- rusbehandling/TSB
- barnevern
- politi/kriminalomsorg
- fastlege/kommunehelsetjeneste

Det kan også være nyttig at et spesialisert tjenestetilbud for barn og unge under 18 år utveksler erfaringer og har faglig samarbeid med lignende tilbud i andre land i Norden.

3.1.5 Prosjektgruppens anbefaling

- ***Prosjektgruppen anbefaler følgende målgruppebeskrivelse***

“Barn og unge under 18 år som trenger utredning og/eller behandling for alvorlig psykisk lidelse eller mistanke om alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig voldsatferd, som ikke kan håndteres innenfor rammene av det ordinære tjenestetilbudet i psykisk helsevern for barn.

Ved inntaksvurderinger må det tas hensyn til at barn er i utvikling, og at deres symptombilde kan være komplekst og vanskelig å tolke.”

- ***Organisering og behandlingsnivå***

Prosjektgruppen anbefaler etablering av inntil 10 døgnplasser på landsbasis. Det anbefales to alternative løsninger, der alternativ 1 vurderes som mest aktuelt:

- Alternativ 1: Organisering av tjenestetilbudet under regionale sikkerhetsavdelinger, med forpliktende interregionalt fagnettverk.
- Alternativ 2: Nasjonal organisering av tjenestetilbudet.

Tilbudet bør evalueres mtp. målgruppens størrelse og behov, modell for organisering og opplevd kvalitet for brukere og pårørende. Det anbefales en foreløpig evaluering allerede to år etter oppstart. Helse Midt-Norge RHF vil ta ansvar for at en evaluering blir gjennomført. For å sikre tilgjengelige og sammenliknbare data til evalueringen, bør det allerede fra oppstart være enighet om hvilke parametre som skal dokumenteres i de ulike regionene. Særskilt finansiering er en forutsetning for etablering av et slikt tilbud.

3.1.6 Vedrørende foreslått tiltak om å etablere hospiteringsordninger i sikkerhetspsykiatriske avdelinger

Prosjektgruppen forslår at forslag om hospiteringsordninger tas videre i de regionale fagnettverkene for sikkerhetspsykiatri.

3.1.7 Finansiering

- **Alternativ 1:** Organisering av tjenestetilbudet under regionale sikkerhetsavdelinger, med forpliktende interregionalt fagnettverk, innebærer regionvis finansiering av etablering og drift. Etablering av fysiske døgnplasser antas å i stor grad være ivarettatt innenfor nåværende byggeplaner, men det vil være behov for bygningsmessige tilpasninger. Etablering av et tilbud i hver region med tilpasset spesialisert kompetanse, ambulant virksomhet og opplærings- og aktivitetstilbud vil kreve ansettelse av flere årsverk i hver region, selv om forslaget innebærer stor grad av samarbeid med aktuelle kompetansemiljøer og samarbeidspartnere.
- **Alternativ 2:** Det er mindre trolig at etablering av et nasjonalt tjenestetilbud vil kunne gjøres uten større bygningsmessige endringer og etablering av nye arealer og dermed medføre et større behov for finansiering av bygg. I hht. *Kostnadsoverslag for overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*²², vil etablering av nye døgnplasser medføre en kostnad på minst 11,5 mill. kroner per plass. Drift av et tilpasset nasjonalt tjenestetilbud vil også kreve ansettelse av spesialisert personell. Kostnadsoverslaget anslår minst 5 mill. kroner for årlig drift av en ordinær døgnplass på sykehus/lokal sikkerhetsavdeling, og det er grunn til å anta at slike døgnplasser vil koste mer enn dette. Det er per i dag ikke et gjestepasientoppgjør mellom regioner innen psykisk helsevern barn og unge. Ved et nasjonalt tjenestetilbud må en interregional betalingsordning etableres.

3.2 Rettspsykiatrisk døgnundersøkelse i psykiatrisk sykehus

3.2.1 Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

- Tiltak 24: Opprette en nasjonal administrativ oversikt over rettspsykiatrisk døgnundersøkelse i psykiatrisk sykehus.
- Tiltak 25: Utarbeide en nasjonal standard for rettspsykiatrisk døgnundersøkelse i psykiatrisk sykehus.

3.2.2 Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

"I perioden 2020-2022 ble det gjennomført 59 undersøkelser i de regionale avdelingene, et snitt på 20 per år. Det finnes ingen oversikt over etterspørsel, gjennomføring, avslag - og årsaker til disse - ut over det sikkerhetsavdelingene eventuelt selv fører lokalt. For fremtidig helseplanlegging, er det derfor ønskelig å føre oversikt over etterspørsel og omfanget av rettspsykiatriske undersøkelser i psykiatrisk sykehus. Det er naturlig at denne oppgaven legges til enheter som allerede har lignende nasjonale funksjoner innen fagfeltet.

Gjennomføring av rettspsykiatriske døgnundersøkelser er i liten grad regulert. I Norge finnes det ikke egne institusjoner som gjennomfører rettspsykiatriske døgnundersøkelser. Med bakgrunn i behov for kompetanse og sikkerhet gjennomføres slike døgnundersøkelser i all hovedsak i regionale sikkerhetsavdelinger, men det er ingen formelle krav til verken institusjon, kompetanse, gjennomføring eller sluttprodukt for slike døgnundersøkelser i Norge. Gjennomføring av rettspsykiatriske døgnundersøkelser gjøres i ordinære døgnavdelinger og påvirker derfor døgnkapasiteten. Det vil derfor være viktig å få avklart rammebetingelsene for gjennomføring av

²² Kostnadsoverslag for overordnet plan for sikkerhetspsykiatri, 2023

rettspsykiatriske døgnundersøkelser i sykehus, både med hensyn til organisering, dokumentasjon og økonomi, men også for faglige standarder for gjennomføring og formalkrav for sluttprodukt.²³

Arbeidsgruppen mener at det er mange forhold som taler for at de regionale sikkerhetsavdelingene får et hovedansvar for gjennomføring av rettspsykiatriske døgnundersøkelser i sykehus.

Argumenter for at slike døgnundersøkelser skal utføres på regionalt nivå er i all hovedsak knyttet til kompetanse og sikkerhet, herunder også mulighet for observasjon i et rusfritt miljø. En ulempe med å «spre» slike døgnundersøkelser på mange avdelinger, er at få avdelinger vil opparbeide seg nødvendig erfaring med og spisskompetanse til å gjøre gode kvalitative rettspsykiatriske døgnundersøkelser²⁴.»

3.2.3 Prosjektgruppens vurdering

3.2.3.1 Rutiner for gjennomføring

Det har lenge vært diskutert om det bør utarbeides en nasjonal standard eller manual for gjennomføring av rettspsykiatriske døgnundersøkelser i straffesaker. I 2013 hadde de regionale sikkerhetsavdelingene flere samlinger for å sikre felles forståelse og kalibrering av tjenesten, men arbeidet førte ikke til en felles nasjonal standard²⁵. Erfaring fra de siste årene tilsier likevel at gjennomføringen av slike døgnundersøkelser er relativt ensrettet i de regionale sikkerhetsavdelingene. Praksis i de lokale sikkerhetsavdelingene som tilbyr slike tjenester i dag, derimot, er trolig mindre samkjørt.

Prosjektgruppen mener imidlertid at det er mye som taler for behov for en ny gjennomgang av enkelte praktiske forhold knyttet til gjennomføring av rettspsykiatriske døgnobservasjoner. Dette gjelder bl.a. saksbehandling og informasjonsflyt mellom helsevesen, sakkyndige og påtalemyndighet, og kompetanse og sammensetning av observasjonsteam. Det vil også være nødvendig å avklare grenseoppganger mellom observasjon og eventuell helsehjelp, samt vurdere en felles overordnet mal for avsluttende observasjonsrapporter.

3.2.3.2 Administrativ oversikt

Det er prosjektgruppens vurdering at det bør føres en nasjonal administrativ oversikt over rettspsykiatriske døgnundersøkelser, for å kunne gjøre nødvendig planlegging av helsetjenestene. Det vil være hensiktsmessig å legge en slik funksjon til et miljø som har kunnskap om slik sakkyndig virksomhet og registerkompetanse på tilsvarende fagområder.

Oversikten bør inneholde oversikt over

- personalia
- relevant kontaktinformasjon til involverte parter
- aktuelle datoer
- antall henvendelser: herunder årsaken til behov for slik døgnundersøkelse, avsender, sakkyndige, mm.
- antall gjennomførte døgnundersøkelser: herunder institusjon, type avdeling, varighet, mm.
- årsak til at det ikke gjennomføres rettspsykiatrisk døgnundersøkelse.

²³ Helse Sør-Øst 2023. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer dømt til tvungent psykisk helsevern.

²⁴ Helse Sør-Øst 2023. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer dømt til tvungent psykisk helsevern.

²⁵ Kilden et. Al. 2020. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport.

For å kunne holde oversikt på tvers av regioner, må en slik oversikten inneholde identifiserbare opplysninger om observander.

Det finnes i dag to sammenliknbare oversikter, med informasjon fra både justis- og helsesektoren; administrativ oversikt over domfelte pasienter ved Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern og nasjonal oversikt over sakkyndige ved Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS). Disse er lovhjemlet i hhv psykisk helsevernloven § 5-2b og Forskrift om rettspsykiatriske døgnundersøkelser og sakkyndige § 3.

I dag har NERS ansvaret for oppgaver knyttet til rettspsykiatriske døgnundersøkelser etter straffeprosessloven § 165 første og andre ledd, herunder nasjonal oversikt over sakkyndige, rekvisisjon av sakkyndige for påtalemyndigheten, og utvikling, statistikk og rapportering av rekvisentssystemet. Rettspsykiatriske døgnundersøkelser etter straffeprosessloven § 167 er en del av samme utredningskjede for å vurdere tilregnelighet hos siktede personer i straffesaker. Med bakgrunn i de vurderingene som er gjort med tilsvarende administrative oversikter (se også kapittel 2.3.5), fremstår det for prosjektgruppen som nødvendig at en administrativ oversikt over rettspsykiatrisk hjemles i lov eller forskrift. Prosjektgruppen anser det som hensiktsmessig at virksomheten forskriftshjemles i gjeldende forskrift for NERS sin øvrige virksomhet. Det er prosjektgruppens videre vurdering at det er hensiktsmessig at en nasjonal administrativ oversikt over rettspsykiatriske døgnundersøkelser legges til NERS. Det vil innebære en utvidelse av allerede eksisterende oppdrag, innenfor samme fagområde.

Det kunne vært hensiktsmessig om enheten som har oversikt over de rettspsykiatriske undersøkelsene også hadde en koordinerende funksjon, med bl.a. oversikt over kontaktpersoner i de ulike helseforetakene. En slik oppgave vil kreve mer ressurser enn å kun å føre en administrativ oversikt.

3.2.3.3 Gjennomføring av rettspsykiatrisk døgnobservasjon

Institusjon og kompetanse: Gjennomføring av rettspsykiatriske døgndøgnundersøkelser gjøres i døgnavdelinger beregnet for ordinær pasientbehandling, og påvirker derfor kapasiteten for pasienter med behov for stabilisering, utredning og behandling. Rapporten *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023* påpeker at det er et paradoks at de regionale sikkerhetsavdelingene gjennomfører et stort antall rettspsykiatriske døgndøgnundersøkelser, tatt i betraktning den allerede krevende kapasitetssituasjonen.²⁶ Nedbygging av sykehusbasert psykisk helsevern har de siste årene medført et dårligere tilbud til pasienter med de alvorligste psykiske lidelsene²⁷. I NOU 2014:10 *Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern* bemerkes at det er «*grunn til å tydeliggjøre skillet mellom bruk av institusjonen til tvungen døgnundersøkelse og dens alminnelige virksomhet, dvs. psykiatrisk behandling. Hjemmelen skal kun benyttes for å fremskaffe opplysninger om siktedes tilstand i strafferettslig henseende, og slike innleggelser skal ikke gå på bekostning av psykiatriens alminnelige tilbud til andre som trenger institusjonsplass. Dette forholdet blir nå ekstra påtrengende som følge av nedbyggingen av sengeplassene innenfor psykiatrien.*»²⁸. Prosjektgruppen støtter synet om at rettspsykiatrisk virksomhet ikke skal bidra til en ytterligere reduksjon av behandlingstilbudet til den aktuelle pasientgruppen, og mener videre at det må dedikeres plasser til slik virksomhet.

Prosjektgruppen mener at mye taler for at et slikt tjenestetilbud og dedikerte plasser skal legges til de regionale sikkerhetsavdelingene. Tungtveiende hensyn er krav til sikkerhet, mengdetrening/erfaring og kompetanse. I 2017 bemerket Justis- og beredskapsdepartementet

²⁶ Kilden et. al. 2024. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport.

²⁷ Helse Sør-Øst 2023. Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer dømt til tvungent psykisk helsevern.

²⁸ Justis- og beredskapsdepartementet, 2014

at et stort antall døgndøgndundersøkelser²⁹. Departementet var positive til denne utviklingen «*da de regionale sikkerhetsavdelingene derved kan øke sin kompetanse, og det vil sørge for at de ulike observasjonene rundt om i Norge blir mer ensartede.*» At slike døgndøgndundersøkelser gjøres på samme måte i hele landet har noe å si, både for kvaliteten og rettsikkerheten. Ved gjennomføring av rettspsykiatriske døgndøgndundersøkelser er klinikerne å anse som de sakkyndiges forlengede arm og har her helt andre oppgaver enn ved ordinær pasientbehandling. Slikt arbeid for retten krever derfor bred kunnskap om rammer for og innhold i slik virksomhet. I perioden 2015-2023 ble 80 % av de rettspsykiatriske døgndøgndundersøkelsene i landet, gjennomført i regionale sikkerhetsavdelinger. Ved vurdering av egnede institusjoner for gjennomføring av slike døgndøgndundersøkelser, er det grunn til å legge stor vekt på erfaringer og kompetanse som de regionale sikkerhetsavdelingene har bygd opp. Det er også et sentralt poeng at de regionale avdelingene er de institusjonene i psykisk helsevern som i størst mulig grad er rusfrie, noe som er helt essensielt for gode observasjoner.

I tillegg til samling av kompetansen i de regionale fagmiljøene, mener prosjektgruppen at det er hensiktsmessig å stille visse krav til de som deltar i slik rettspsykiatrisk virksomhet. Slike krav stilles allerede til de sakkyndige i Forskrift om rettspsykiatriske døgndøgndundersøkelser og sakkyndige § 2. Det er naturlig å tenke at personell som deltar i rettspsykiatriske døgndøgndundersøkelser må ha en viss grunnkunnskap om slik virksomhet, i og med at det skiller seg fra ordinært arbeid i psykisk helsevern (helsehjelp). Spesialister i psykologi og psykiatri som deltar i slike døgndøgndundersøkelser bør derfor ha kompetanse som fremgår av Forskrift for rettspsykiatriske døgndøgndundersøkelser og sakkyndige. § 2, som innebærer fullført B-kurs og C-kurs³⁰. Øvrig personell skal så langt det er mulig ha gjennomgått grunnleggende opplæring, tilsvarende den opplæringen som i dag gis ved Oslo universitetssykehus og i Helse Bergen ("Kurs i judisielle døgndøgndundersøkelser" og "167-skolen".) Prosjektgruppen mener at de regionale sikkerhetsavdelingene selv er ansvarlig for å gi slik opplæring, men at det kan være hensiktsmessig at det utarbeides standardiserte opplæringstilbud i et samarbeid mellom de regionale sikkerhetsavdelingene og SIFER-nettverket. For rettspsykiatriske undersøkelser av barn og unge har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide anbefalinger/veiledningsmateriell i samarbeid med SIFER-nettverket og Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS)³¹.

Prosjektgruppen har drøftet om det skal gis anledning for de lokale sikkerhetsavdelingene å tilby slik rettspsykiatrisk virksomhet. Ikke alle observander vil være i behov av det sikkerhetsnivået som de regionale sikkerhetsavdelinger kan tilby, og kunne derfor blitt ivaretatt på lokalt sikkerhetsnivå. Prosjektgruppen vurderer likevel at hensynet til rusfrie avdelinger og behovet for mengdetrening og kompetanse, veier høyere enn hensynet til sikkerhetsnivå for observander. Videre er det prosjektgruppens vurdering at det er viktig å se til at de lokale sikkerhetsavdelingene får utvidede oppgaver som en følge av tiltakene i *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri*. Med hensyn til at de lokale sikkerhetsavdelingene allerede har svært høy beleggspersent og noe ventetid, anser prosjektgruppen det som svært uheldig om de lokale avdelingene i tillegg skulle brukt sin eventuelle restkapasitet på rettspsykiatriske døgndøgndundersøkelser. En samlet vurdering ut ifra hensyn til sikkerhet, kompetanse, mengdetrening og kapasitet tilsier at et slikt tjenestetilbud bør gjøres i de regionale avdelingene. Prosjektgruppen åpner imidlertid for at de regionale helseforetakene skal kunne utpeke særskilt egnede lokale sikkerhetsavdelinger i tillegg, dersom det er kapasitetsmessig behov for dette. Det er en forutsetning at disse avdelingene har kompetanse (se omtale om kompetansekrav over) til å gjennomføre slike døgndøgndundersøkelser.

²⁹ Justis- og beredskapsdepartementet, 2017

³⁰ B-kurs: kurs i strafferett og straffeprosess. C-kurs: fordypningskurs innenfor hvert enkelt rettsmedisinsk område innenfor de enkelte fagmiljø.

³¹ Helse- og omsorgsdepartementet 2024. Tildelingsbrev til Helsedirektoratet 2024. [Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024.](#)

Dokumentasjon og datalagring: Statusrapportene for sikkerhetspsykiatri har påpekt behovet for at myndighetene avklarer og legger til rette for dokumentasjon og datalagring for slik rettspsykiatrisk virksomhet³². Rapporten *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023* beskriver videre en praksis som, i enkelte helseforetak synes å være i strid med norsk lovgivning om personvern og registerføring av personopplysninger.

Prosjektgruppen anser det som uholdbart at spesialisthelsetjenesten, som utfører tjenester på vegne av rettsstaten, ikke har rammebetingelse til å utføre arbeidet i henhold til norsk lov. Prosjektgruppen registrerer at helseforetakene har ulik tolkning av de lover som regulerer løsninger for dokumentasjon og lagring av observasjonsnotater. Journalforskriften stadfester at pasientjournalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient³³. Observasjonsnotater kan følgelig ikke dokumenteres i journal, da døgnobservasjoner ikke omfatter pasienter og ikke er helsehjelp³⁴. I Helse Bergen og ved St. Olavs Hospital dokumenteres likevel observasjonsnotater i journalsystemet, dog i en egen tilgangsstyrt og tidsbegrenset del. De regionale sikkerhetsavdelingene i disse regionene har god erfaring med denne løsningen. Helse Nord RHF arbeider med en app for dokumentasjon av slik virksomhet. Prosjektgruppen har ikke kompetanse til å vurdere de ulike løsningene, men anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet gir anbefalinger for praksis som sikrer større grad av standardisering.

3.2.4 Prosjektgruppens anbefaling

- Administrativ oversikt:
 - Administrativ oversikt over rettspsykiatriske døgnundersøkelser etter straffeprosessloven § 167 bør hjemles i Forskrift om rettspsykiatriske døgnundersøkelser og sakkyndige.
 - Oppdrag om å etablere en nasjonal administrativ oversikt over rettspsykiatriske døgnundersøkelser etter straffeprosessloven § 167 anbefales gitt til Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) ved St. Olavs Hospital.
- Rutiner for gjennomføring:
 - Det bør utarbeides overordnede rutiner for rettspsykiatriske døgnundersøkelser. Det anbefales at det nedsettes en arbeidsgruppe som får i oppdrag å gjennomgå aktuelle tema hvor det er behov for avklaring og kalibrering. Arbeidsgruppen anbefales sammensatt av representanter fra de regionale sikkerhetsavdelingene og SIFER-nettverket og koordineres av ett av de fire regionale helseforetakene. Forslag til rutiner bør forankres i det interregionale fagdirektørmøtet.
- Institusjon og kompetanse:
 - Rettspsykiatriske døgnundersøkelser bør gjennomføres i landets fire regionale sikkerhetsavdelinger. De regionale helseforetakene kan i tillegg utpeke særskilt egnede lokale sikkerhetsavdelinger, dersom det er kapasitetsmessig behov for dette og det vurderes å være kvalitetsmessig gode nok betingelser i den lokale sikkerhetsavdelingen.

³² Kilden et. al. 2020. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport. Kilden et. al. 2024. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport.

³³ Journalforskriften § 4

³⁴ Forskrift om pasientjournal av 2019. [Forskrift om pasientjournal \(pasientjournalforskriften\) - Lovdata](#)

- Det bør dedikeres en til to plasser i hver av de fire regionale sikkerhetsavdelingene til rettspsykiatrisk virksomhet. Krav til kompetanse til behandlere som deltar i rettspsykiatriske døgnundersøkelser sidestilles med krav til øvrige sakkyndige og hjemles i Forskrift for rettspsykiatriske døgnundersøkelser og sakkyndige § 2. Øvrig personell som deltar i slike døgnundersøkelser bør, så langt det lar seg gjøre, ha fullført grunnleggende opplæring. Standardiserte opplæringstilbud for behandlere og miljøpersonell kan utarbeides i et samarbeid mellom de regionale sikkerhetsavdelingene og SIFER-nettverket.
- Dokumentasjon og datalagring:
 - Helse- og omsorgsdepartementet bør gi anbefalinger for praksis som sikrer større grad av standardisering enn i dag.

Finansiering

- Etablering av en ny form for register er svært krevende arbeid. Å etablere en administrativ oversikt over rettspsykiatriske døgnobservasjoner ved NERS vil sannsynligvis kreve ett til to årsverk.
- Rettspsykiatriske døgnobservasjoner finansieres i dag av justissektoren. Enhetene som gjennomfører dette, gir uttrykk for at dette er en oppgave som sett under ett blir fullfinansiert. Spesialisthelsetjenesten legger til rette med lokaler og personell og fakturerer domstolsadministrasjonen. Drift av dedikerte plasser bør fortsatt dekkes av justissektoren, med et samarbeid mellom helse og justis om riktig gjennomsnittspris per dag.

3.3 Varetektssurrogat

3.3.1 Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

Tiltak 22: Etablere en nasjonal administrativ oversikt og retningslinjer for gjennomføring av varetektssurrogat.

3.3.2 Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

“I oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF i 2019 ble kompetansesentrene bedt om å gjennomføre en evaluering av ordningen. Tilbakemeldingene viste at innleggelser på varetektssurrogat kan medføre fortrenghing av andre pasienter. Samtidig viser evalueringen at innleggelser på varetektssurrogat ofte munner ut i en dom til tvungent psykisk helsevern. Det er også uklart hva helsevesenet kan tilby av behandlingsopplegg til disse personene. Når det gjelder omfanget av ordningen, viste dette seg vanskelig å besvare, da det ikke var noen sentral instans som førte oversikt over hvor mange som ble innlagt etter denne hjemmelen. Mangelen på koordinering og registrering av varetektssurrogat gjør det vanskelig å få oversikt over etterspørsel og konsekvenser for helsevesenet, både når det gjelder kapasitet, innhold og kvalitet. Det vil derfor være viktig for fremtidig helseplanlegging å føre oversikt over omfanget, samt å etablere noen nasjonale føringer for gjennomføring.”

3.3.3 Prosjektgruppens vurdering

Mangel på registrering og koordinering av varetektssurrogat gjør det vanskelig å få oversikt over etterspørsel og konsekvenser for helsevesenet. For å kvalitetssikre gjennomføring av varetektssurrogat er det prosjektgruppens vurdering at det er viktig å etablere klare ansvarslinjer, sikre nødvendig informasjonsflyt, og legge til rette for ressursstyring og helseplanlegging. Prosjektgruppen mener imidlertid at forhold knyttet til innholdet i tjenestetilbudet i stor grad er avklart.

Etter en gjennomgang av det oppdaterte tallmaterialet³⁵ som finnes og gjennomgang av relevante dokumenter, er det prosjektgruppens vurdering at det bør foretas en helhetlig gjennomgang av hele ordningen og reguleringen av den. Det er åpenbart at dagens regelverk knyttet til varetektssurrogat har en rekke svakheter. Dette gjelder bl.a. lovens anvendelse av strafferettslig terminologi, involvering av de regionale helseforetakene og de sakkyndiges rolle. For å besvare prosjektgruppens mandat, ønsker imidlertid prosjektgruppen å komme med konkrete vurderinger og anbefalinger til med utgangspunkt i dagens lovverk.

3.3.3.1 Rutiner for gjennomføring

Gjennomføring av varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 forutsetter kommunikasjon og informasjonsflyt mellom justissektor og helsevesen. Per i dag finnes det ingen rutiner for hvordan de to sektorene skal samhandle, verken når det gjelder plassering av den varetektsinnsatte eller under gjennomføring. Det er også stor variasjon når det gjelder hvordan hjemmelen om varetektssurrogat benyttes for innleggelse - noen steder benyttes andre ledd hyppig (institusjonen samtykker til plassering), andre steder benyttes oftest tredje ledd (siktede plasseres uten samtykke fra institusjonen). Det er også noe ulik praksis for gjennomføring av varetektssurrogat. Mens varetektssurrogat i Helse Nord i hovedsak gjennomføres ved lokale og regionale sikkerhetsavdelinger, ser man at varetektssurrogat gjennomføres på ulike nivå og avdelinger i de andre helseregionene. Det er prosjektgruppens vurdering at prosedyrer for kommunikasjon og informasjonsflyt vil bidra til kvalitetssikring av tjenesten. Prosedyrer vil legge til rette for en tydelig og ryddig prosess rundt plassering av den varetektsinnsatte, og sikre at nødvendig informasjon blir gitt partene imellom.

De fire helseregionene er ulike med hensyn til størrelse, antall politidistrikt og helseforetak. Det vurderes derfor som hensiktsmessig at slike prosedyrer utarbeides regionsvis, men at regionene samarbeider om utformingen av prosedyrene i så stor grad som mulig. Prosedyrene bør som et minimum inneholde rutiner for

- kontakt mellom partene i justis- og helsevesen
- oversendelse av nødvendig dokumentasjon
- ansvar og rutiner vedrørende vurdering av om det er grunnlag for etablering av tvungent psykisk helsevern før overføring til institusjon

3.3.3.2 Administrativ oversikt

Det er prosjektgruppens vurdering at det bør føres en nasjonal administrativ oversikt over varetektssurrogat, for å kunne sikre nødvendig helseplanlegging. Det er hensiktsmessig å legge en slik funksjon til et miljø som har erfaring med samarbeidsrutiner mellom helsevesen og justissektoren og registerkompetanse på tilsvarende fagområder.

³⁵ Kilden et al. 2024. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2023. En statusrapport.

Oversikten bør inneholde oversikt over

- personalia
- relevant kontaktinformasjon til involverte parter
- aktuelle datoer
- begrunnelse for etablering (sterkt avvikende sinnstilstand eller psykisk utviklingshemming) og avslutning av varetektssurrogat
- lovhjemmel for innleggelse
- helsevesenets vurderinger
- eventuelle endringer

Det finnes i dag to sammenliknbare oversikter, med informasjon fra både justis- og helsevesen; administrativ oversikt over domfelte pasienter ved Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern og nasjonal oversikt over sakkyndige ved Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS). Disse er lovhjemlet i hhv psykisk helsevernloven § 5-2b og Forskrift om rettspsykiatriske døgnundersøkelser og sakkyndige § 3.

I forarbeidene som omhandler drift av Nasjonal koordineringsenhet skriver departementet:

«Siden enheten med tilhørende registrering og annen behandling av opplysninger skal være permanent, mener departementet det er mest hensiktsmessig med lovregulering. Videre viser departementet til at det administrative registeret skal etableres uten samtykke fra de registrerte, noe som også tilsier at adgangen til registrering og annen behandling av opplysningene bør reguleres i lov.» (Prop 108 L (2011-2012), kap 6.4.3 Departementets vurderinger.). Etablering av en nasjonal oversikt over sakkyndige hos NERS innebar en overføring av en slik administrativ oversikt fra Den Rettsmedisinske Kommisjon og til NERS. I Forskrift om rettspsykiatriske døgnundersøkelser og sakkyndige § 3 står det at «Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet skal føre en nasjonal oversikt over sakkyndige og jevnlig oppdatere den. (...) Enheten skal administrere en rekvireringsordning og lage årlig statistikk på det rettspsykiatriske fagfeltet (...)» (Prop. 154 L (2016-2017), kap. 6.6.4).

Med bakgrunn i de vurderingene som er gjort med tilsvarende administrative oversikter, fremstår det for prosjektgruppen som nødvendig at en administrativ oversikt over varetektssurrogat også hjemles i forskrift eller lov. Opprettelse av en nasjonal administrativ oversikt vil kreve tillatelse for lagring av personopplysninger og opplysningsplikt (fritak for taushetsplikt) mellom relevante aktører.

Når det gjelder innrapportering til en slik administrativ oversikt, kan informasjon i praksis gis på ulike måter. Én mulighet er at påtalemyndigheten melder inn til et slikt register. En annen mulighet er at informasjon meldes direkte fra det respektive helseforetak eller det regionale helseforetaket. Prosjektgruppen mener at den løsningen som mest sannsynlig vil kunne gi best kvalitet på innrapporteringen er at helseforetakene selv melder inn til registeret. Dette vil ikke dog ikke gi oversikt over pasienter som plasseres i annen institusjon, f.eks. i kommunene.

Både Nasjonal koordineringsenhet og NERS har lignende administrative oversikter. Porteføljen til Nasjonal koordineringsenhet består av tiltalte og domfelte pasienter, mens NERS sin portefølje omhandler avklaring av tilregnelighet. Begges porteføljer vil ha overlapp med pasienter innlagt på varetektssurrogat, og begge enheter vil ha gode muligheter for å kunne opprette en slik administrativ oversikt gitt nødvendige hjemler og tillatelser, samt ressurser. Prosjektgruppen mener at det kan være hensiktsmessig med en pragmatisk tilnærming der begge enheter styrkes med utvidelse av sine mandater for å sikre robuste og faglig sterke enheter, ved at Nasjonal koordineringsenhet gis i oppdrag å etablere en administrativ oversikt over varetektssurrogat og at NERS gis i oppdrag å etablere en administrativ oversikt over rettspsykiatriske døgnobservasjoner, se kapittel 3.2.5.

3.3.3.3 Gjennomføring av varetektssurrogat

Tilbakemeldinger fra fagmiljøene tyder på at det er usikkerhet rundt håndtering av varetektssurrogat i psykisk helsevern. Prosjektgruppen oppfatter imidlertid at noen av usikkerhetsmomentene har blitt avklart gjennom ulike rapporter de siste årene. På noen områder er det likevel fortsatt behov for avklaringer.

Pasientstatus og journalføring: Det har vært knyttet usikkerhet til pasientens status når hen blir innlagt på varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 og det ikke samtidig er etablert tvungent psykisk helsevern (phvl § 3-3) eller tvungen observasjon (phvl § 3-2) ved innleggelse. UKOM-rapporten *Hva kan vi lære etter et drap begått i psykotisk tilstand* beskriver at det kan være problematisk når straffeprosessloven § 188 brukes som eneste innleggelsesparagraf, og noen klinikere har vært usikre på hvordan nødvendig helsehjelp skal gis³⁶. Prosjektgruppen oppfatter at det er tydelig avklart at den innlagte er definert som *pasient*, og at det skal føres journal på vanlig måte³⁷.

Behandling: De fleste helseinstitusjoner forholder seg til at pasienter innlagt på varetektssurrogat og hvor det ikke samtidig er etablert tvungent psykisk helsevern, *ikke* kan behandles med legemidler uten eget samtykke. Dette bekreftes av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven:

«I annet ledd presiseres at enkelte av bestemmelsene i [kapittel 4](#) også gjelder personer plassert etter annet lovverk. Formålet er å hindre uheldige forskjeller mellom pasienter som oppholder seg på samme institusjon. Det er likevel gjort unntak for bestemmelsene i psykisk helsevernloven §§ [4-4](#), [4-4 a](#), [4-5 annet ledd](#), [4-7 a annet ledd](#), [4-9](#) og [4-10](#) for personer som er innlagt etter andre bestemmelser enn psykisk helsevernloven.» ([§ 1-1 a. Virkeområde - Helsedirektoratet](#))

Prosjektgruppen oppfatter det som svært problematisk at pasienter som ikke oppfyller kriteriene for tvungent psykisk helsevern, og som nekter behandling, i praksis blir «oppbevart» på sykehus over lengre tid uten at behandlere oppfatter oppholdet som hensiktsmessig eller nyttig for pasienten.

Etablere eller konvertere til tvungent psykisk helsevern under innleggelse: I de tilfeller hvor *kun* innleggelsesparagrafen 188 i straffeprosessloven anvendes, og den varetektsinnsatte ikke har samtykkekompetanse og ikke ønsker behandling, men bør behandles mot sin vilje, foreligger det ingen mulighet til å fatte vedtak om tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven § 4-4. I slike tilfeller må helsevesenet ta stilling til om tvungent psykisk helsevern skal etableres eller om konvertering skal gjøres. Kun bruk av innleggelsesparagraf 188 i straffeprosessloven kan medføre at pasienter som trenger medikamentell behandling, ikke får dette, og at pasienter ikke får tilstrekkelig oppfølging etter utskrivelse dersom de ikke samtykker til det. Prosjektgruppen anser dette som svært uheldig.

UKOM uttaler:

«Etter vår vurdering er det ikke helt klart om konverteringsforbudet gjelder for pasienter som er innlagt etter straffeprosessloven § 188, ettersom disse pasientene ikke er under frivillig psykisk helsevern. Vi ser et behov for at Helsedirektoratet presiserer om konverteringsforbudet gjelder i slike situasjoner.»³⁸

³⁶ [Varetektssurrogat i psykisk helsevern - Ukom](#)

³⁷ [Varetektssurrogat i institusjon | Tidsskrift for strafferett](#)

³⁸ [Varetektssurrogat i psykisk helsevern - Ukom](#)

Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven har forsøkt å avklare dette:

«Også for personer plassert i psykisk helsevern etter annet lovverk kan det etableres tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern dersom det viser seg at vilkårene for dette er oppfylt. I slike tilfeller, der plasseringen er rettsbestemt eller besluttet av fylkesnemnda og ikke basert på frivillighet, kommer konverteringsforbudet ikke til anvendelse, jf. § 3-4.» ([§ 1-1 a. Virkeområde - Helsedirektoratet](#)).

Prosjektgruppen er av den oppfatning at personer som er plassert i psykisk helsevern etter straffeprosessloven § 188 ikke er frivillig innlagt. Konverteringsforbudet gjelder derfor ikke, og tvungent psykisk helsevern kan etableres også under innleggelse. Det vil være nødvendig med en vurdering fra uavhengig lege for å etablere det tvungne vernet.

UKOM-rapporten viser at det likevel er stor usikkerhet rundt konverteringsforbudet, og at det er behov for en tydelig avklaring av om pasienter som er innlagt etter straffeprosessloven § 188 er frivillig innlagt eller ikke. Uansett er det svært viktig at grunnlag for tvungent psykisk helsevern vurderes før og under innleggelse og i forbindelse med utskrivelse.

3.3.4 Prosjektgruppens anbefaling

- Det bør foretas en helhetlig gjennomgang av ordningen med varetektssurrogat jfr. straffeprosesslovens §188 og reguleringen av den.
- Helsedirektoratet bør tydelig avklare hvorvidt personer som er innlagt kun på § 188 er frivillig innlagt eller ikke, og hvorvidt det må skje en etablering eller konvertering til tvungent psykisk helsevern dersom det er grunnlag for dette under innleggelse.
- De regionale helseforetakene bør utarbeide prosedyrer for gjennomføring av varetektssurrogat, i samarbeid med politi og lokale helseforetak i regionen.
- Det bør etableres en administrativ oversikt over varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 som må hjemles i forskrift eller lov. Det er behov for endringer i journalsystemer som ivaretar registrering av varetektssurrogat som beslutningsgrunnlag for innleggelse.
- Oppdrag om å etablere en nasjonal administrativ oversikt over varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 anbefales gitt til Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern ved Oslo Universitetssykehus HF.

3.3.5 Finansiering

Vi vet ikke hvor stort omfanget av varetektssurrogat i psykisk helsevern er. I lokale og regionale sikkerhetsavdelinger var 91 personer innlagt på varetektssurrogat i perioden 2020-2023, et snitt på 22,5 varetektsinnsatte per år. Antall personer innlagt på andre avdelinger (f.eks. akuttavdelinger, andre lukkede sykehusposter) er i dag ukjent. Heller ikke forsøk fra SIFER på direkte kartlegging via helseforetakene i 2020 gav noen dekkende oversikt³⁹. Tilbakemeldingen fra helseforetakene er at det har vært økende forekomst de siste årene.

Porteføljen ved registrering av varetektssurrogat vil være fluktuerende, men ikke på samme måte gradvis stigende som ved personer dømt til tvungent psykisk helsevern. Nasjonal koordineringsenhet har selv anslått at et utvidet mandat til også å registrere varetektssurrogat vil kreve ett til to nye årsverk.

³⁹ Senneseth et al. SIFER 2021. Evaluering av konsekvensene av lovendring om særreaksjoner og varetektssurrogat. Rapport 2. [Evaluering av](#)

3.4 Styrking av Nasjonal koordineringsenhet

3.4.1 Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

Tiltak 21: Styrke Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. Ressursene skal gå til koordinering, registrering og drift av enheten, i tråd med lovpålagt mandat.

3.4.2 Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

“Enheten er organisert under Regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF og har i dag 2 årsverk. På tiden for den nasjonale utvidelsen av enheten, var 134 personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern. I tiden som har gått har antallet domfelte økt betraktelig, se kapittel 3.4.1. Registeret innbefatter i dag data fra i overkant av 600 personer, og arbeidsmengden øker hvert år. I tillegg til den økte arbeidsmengden knyttet til registrering og drift av enheten, opplever koordineringsenheten en økt pågang for utlevering av opplysninger fra enhetens register. Den samfunnsmessige interessen for å få kunnskap om personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern, har økt i takt med antall domfellelser, kapasitetsproblematikk i helsevesenet, alvorlige hendelser og påfølgende profilerte mediasaker. Koordineringsenhetens drift må derfor styrkes for å kunne drifte i henhold til sitt mandat og endrede behov i samfunnet.”

3.4.3 Prosjektgruppens vurdering

På tiden for den nasjonale utvidelsen av Nasjonal koordineringsenhet i 2012, var 134 personer under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern. Ved årsskiftet 2023/2024 var det om lag 370, om lag tre ganger så mange. Enhetens arbeidsmengde øker hvert år. I tillegg til den økte arbeidsmengden knyttet til registrering og drift av enheten, opplever koordineringsenheten økt pågang for veiledning og undervisning og utlevering av opplysninger fra enhetens register.

Nasjonal koordineringsenhet har inntil nylig drevet etter rammebetingelser som ble gitt ved etablering i 2012, da enheten hadde en adskillig mindre portefølje av domfelte pasienter. Tilbakemeldinger fra enheten de siste to årene har tydelig vist at koordineringsenheten ikke har hatt tilstrekkelig bemanning til å gjennomføre enhetens kjerneoppgaver, som følger av psykisk helsevernloven og Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Det har heller ikke vært mulig å drifte enheten i tråd med arbeidsmiljøloven, mht. ferieavvikling og sykdom.

Helse Sør-Øst RHF har i løpet av første halvår 2024 gjennomført en interregional prosess for å forankre en økonomisk styrking av Nasjonal koordineringsenhet. En styrking med 1 mill. kroner, tilsvarende ett årsverk, til en total tildeling på 2,7 mill. kroner, ble vedtatt av det interregionale møtet med administrerende direktører i helseregionene i august 2024. Styrkingen er basert på enhetens lovpålagte oppgaver, og begrunnet i økt arbeidsmengde for enheten.

Det er prosjektgruppens vurdering at styrkingen av enheten i 2024, og en planlagt omorganisering, vil gjøre enheten mer robust ved f.eks. sykefravær, og vil gjøre det mulig for enheten å håndtere løpende kjernevirksomhet ihht. retningslinjen. Prosjektgruppen mener imidlertid at enhetens størrelse og bemanning nå er på et minimumsnivå, uten egen ledelse og med begrenset mulighet for å prioritere faglige utviklingsoppgaver, og at det fortsatt er behov for å styrke enheten.

De regionale helseforetakene har utarbeidet en framskrivningsmodell med prognoser for utvikling av antall domfelte pasienter⁴⁰. De laveste estimatene ligger på en dobling av antall domfelte under gjennomføring av en dom til tvungent psykisk helsevern om 10 år (740). De høyeste estimatene anslår over 1000 pasienter. Det finnes ingen stordriftsfordeler i oppfølging av domfelte pasienter. Hver nye domfelte pasient genererer like mye arbeid som de domfelte man allerede har i porteføljen. Det er derfor prosjektgruppens klare vurdering at bevilgningene til nasjonal koordineringsenheten må øke i takt med antall domfelte enheten skal ha oversikt over. Kalkyler basert på dagens bemanning (2,7 årsverk) og antall dømte som ved årsskiftet 23/24 var 368, samt en liten styrking av årsverk i forhold til antall dømte, gir et forslag om at enheten styrkes med et halvt årsverk hver gang antall dømte har økt med 60 personer.

Nasjonal koordineringsenhet sin kjernevirksomhet består i all hovedsak av korrespondanse og registrering i tråd med enhetens mandat og retningslinje. Det er essensielt for kvaliteten på tjenestene at enheten innehar nødvendig og relevant tilgjengelig fagkompetanse. I denne sammenheng vil slik kompetanse være juridisk kompetanse innen strafferett og helserett, helse- og medisinskfaglig kompetanse innen sikkerhets- og rettspsykiatri, kompetanse på registerføring og IT. Enheten må være knyttet til et fagmiljø som kan sikre at virksomheten er faglig oppdatert og drifter i tråd med lov og gjeldende føringer.

Det har vært diskutert om Nasjonal koordineringsenhet – ifm. tildeling av økte ressurser – skal få utvidet oppdrag knyttet til koordinering og registrering av varetektssurrogat. Enheten har selv foreslått dette i brev til Helse Sør-Øst RHF mottatt 18.12.23. Prosjektgruppen mener at disse sakene (økt bevilgning for å drifte *i henhold til* mandat og *utvidet* mandat) må sees på separat. Enheten har et lovpålagt oppdrag etter psykisk helsevernloven og skal være et viktig bidrag til sikkerheten og samfunnsvernet. (prop. 108 L (2011-2012)). Det er derfor sentralt at enheten i første omgang får bygget opp bemanning og kompetanse og sikret at kjernevirksomheten utføres i henhold til lov og retningslinje⁴¹. Samtidig vil et utvidet mandat med tilhørende midler kunne styrke enheten og gjøre den driftsmessig og faglig sett mer robust. Det anbefales derfor at Nasjonal koordineringsenhet får et utvidet mandat for å etablere en nasjonal administrativ oversikt over varetektssurrogat, som beskrevet i kapittel 3.3.5.

3.4.4 Prosjektgruppens anbefaling

- Bevilgninger til Nasjonal koordineringsenhet bør i årene som kommer øke i takt med antallet domfelte enheten er satt til å koordinere og føre register over. Det anbefales at regionene enes om en modell der dette skjer uten omfattende søknad eller saksbehandling, f.eks. ved at enheten styrkes med et halvt årsverk hver gang antall dømte har økt med 60 personer. Ordningen bør evalueres etter tre til fem år.
- Nasjonal koordineringsenhet bør få utvidet sitt mandat til å inkludere etablering av en nasjonal administrativ oversikt over varetektssurrogat.

3.4.5 Finansiering

En styrking med et halvt årsverk per 60 dømte vil innebære en økning på litt under 1 mill. kroner per 60 dømte. Revidert framskrivningsmodell estimerer et sted mellom 750 og 1100 domfelte pasienter innen 2035, noe som vil innebære en økning på minst tre nye årsverk.

⁴⁰ Helse Sør-Øst RHF 2022. Revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og rusbehandling.

⁴¹ Psykisk helsevernloven § 5-2a, 5-2b og 5-6b. Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.

Etablering av en ny form for register er svært krevende arbeid. Nasjonal koordineringsenhet har selv anslått at et utvidet mandat til også å registrere varetektssurrogat vil kreve ett til to nye årsverk. Nasjonal koordineringsenhet er samfinansiert av de regionale helseforetakene.

3.5 Enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå

3.5.1 Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

Tiltak 20: Etablere enhet for særlig høy sikkerhet i minst en helseregion.

3.5.2 Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

“I 2012 åpnet Helse- og omsorgsdepartementet for at det kan opprettes en enhet for særlig høy sikkerhet i Norge, for de tilfeller hvor det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter, helsepersonell, befolkningen eller myndighetspersoner. Lovverket stiller høye krav til etablering og anvendelse av en slik enhet, både når det gjelder pasientens tilstand, ytre forhold og bygningsmessige forhold. Dette kan være årsaken til at en slik enhet ennå ikke er etablert. Det er arbeidsgruppens vurdering at en enhet for særlig høy sikkerhet vil kunne gi bedre vilkår for håndtering av en marginal gruppe pasienter, som er i behov av andre rammebetingelser enn det som finnes i dag. Dette gjelder både rammebetingelser som ivaretar hensynet til sikkerhet, og som bedre legger til rette individuelt tilpasset behandling til pasienter som fyller vilkårene for opphold på slikt sikkerhetsnivå.

Departementet foreslo i høringsnotatet at departementet ved beslutning om etablering av beredskap for en slik enhet, tar stilling til hvilken regional sikkerhetsavdeling som skal ha slik beredskap. Departementet har ennå ikke tatt stilling til hvor en eventuell enhet skal lokaliseres. De regionale helseforetakene anbefales å utrede behovet for et slikt sikkerhetsnivå i eget opptaksområde, og løfte saken til interregionale drøftelser og beslutninger. Det kan være hensiktsmessig at man kan tilby et slikt tjenestetilbud i mer enn en region. Regioner som ikke oppretter slik enhet, bør kunne henviser til opphold i avdeling som har slikt tjenestetilbud.”

3.5.3 Prosjektgruppens vurdering

Prosjektgruppen vurderer at det er behov for en enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå. En slik enhet kan gi bedre rammebetingelser for å ivareta og behandle av en marginal gruppe pasienter, hvor hensynet til sikkerheten står særlig høyt. Prosjektgruppen har kartlagt hvor mange pasienter ved de regionale sikkerhetsavdelingene som har oppfylt vilkårene for opphold på slikt sikkerhetsnivå de siste fem årene. Kartleggingen viser at ti pasienter og to observander har fylt vilkårene for vedtak om overføring til enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå i perioden, og at antallet har økt de siste årene. Dette skyldes trolig endring i pasientpopulasjonen, både med hensyn pasientenes voldstrykk, men også tilknytning til ekstreme miljø og terrornettverk.

Loven legger opp til en rekke strenge vilkår for overføring til enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå. Vedtaket kan fattes for inntil seks måneder av gangen. Så snart pasienten ikke lengre oppfyller vilkårene for opphold på slik sikkerhetsnivå, skal vedtaket oppheves og pasienten tilbakeføres til regional sikkerhetsavdeling (phvl § 4A-8). Pasienter som fyller vilkårene for slik overføring vil derfor trolig oppholde seg i slik enhet kun i en begrenset periode; noen i kortere og noen i lengre perioder. Det presiseres derfor at enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå ikke bør etableres som en permanent fysisk og organisatorisk “enhet”, men være

egnede lokaler som tas i bruk når det fattes vedtak om overføring til slikt sikkerhetsnivå. Dette vil sikre at kostnadskrevende arealer ikke blir stående ubenyttet. Lokalene må kunne anvendes av målgruppepasienter på "ordinært" regionalt nivå i de tidsrommene det ikke er pasienter i avdelingen som kvalifiserer for særlig høyt sikkerhetsnivå. Det må etableres prosedyrer som skal anvendes når et slikt vedtak fattes, som beskriver hvordan driften og sikkerheten skal ivaretas i henhold til lovkravene.

En enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå skal organisatorisk legges til en regional sikkerhetsavdeling. Forarbeidene åpner likevel for at en slik enhet fysisk kan plasseres i fengsel. Argumentene for dette er ivaretagelse av rømningsfare og vern mot forsøk på angrep mot pasienten utenifra. Uavhengig av plassering, må enheten oppfylle kriteriene for psykiatriske avdelinger og være godkjent for tvang, jf. psykisk helsevernloven § 3-5. En enhet som er organisert innenfor fengselsmurene ville ha problemer med å oppfylle disse kravene, som for eksempel ved beltetilsyn, hvor vakthavende lege må komme seg inn og ut av fengselet uansett tid på døgnet. I tillegg må en slik enhet ha svært god bemanning på dag, kveld og natt for selv å kunne håndtere eventuelle utageringer fra pasientene. Slik håndtering kan ikke gjøres av fengselsansatte, og man vil ikke være i stand til å få bistand innen rimelig tid fra avdelinger utenfor fengselet. Prosjektgruppen mener at lokaler for tjenestetilbudet særlig høyt sikkerhetsnivå derfor bør etableres i en regional sikkerhetsavdeling. Dette for å sikre behandling i samsvar med faglige anbefalinger og gode rammer for psykiatrisk behandling.

Det er viktig å presisere at enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå skal tilby høyspesialisert behandling, og ikke kun tilby forsterket statisk sikkerhet. Prosjektgruppen påpeker at forsterket statisk sikkerhet og trygge fysiske rammebetingelser, kan legge til rette for et bedre innholdsmessig behandlingstilbud med flere muligheter for pasientene. Lovens krav om at en pasient som er innlagt på særlig høyt sikkerhetsnivå, ikke skal være sammen med pasienter innlagt på et lavere sikkerhetsnivå, må kompenseres med samvær og aktiviteter sammen med kvalifisert personale. I tillegg må lokalene ha en robust og trygg innredning. Enhet for særlig høyt sikkerhet bør ha lett tilgang til egnet uteområde for å sikre et helsefremmende behandlingsmiljø⁴². Økt sikkerhet når det gjelder å unngå import av bl.a. farlige gjenstander og rusmidler, bidrar til større frihet for pasienter inne på enheten. Når det gjelder ivaretagelse av personer med den sikkerhetsrisiko som loven redegjør for, er det først når de strukturelle rammene for sikkerhet er på plass at behandlingstilnærminger kommer i fokus.

Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge oppgir at de, med små tilpasninger, raskt vil kunne ivareta pasienter med vedtak om opphold på slikt sikkerhetsnivå allerede i dag. Avdelingen vil i tillegg kunne utvide tilbudet i forbindelse med ferdigstilling av tilbygg ved utgangen av 2027. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst oppgir å kunne ivareta pasienter med et slikt vedtak med små endringer i nytt sikkerhetsbygg fra og med 2027, men det foreligger per nå ingen konkrete planer om å gjøre slike tilpasninger.

Prosjektgruppen har ikke detaljkunnskap om bygningsmassen ved de regionale sikkerhetsavdelingene, og kan derfor ikke gjøre vurderinger om i hvilken grad lovens vilkår er oppfylt for etablering av et slikt tjenestetilbud (eller når planlagt sikkerhetsbygg for OUS står ferdig). Det vil være behov for sektorovergripende vurderinger av om avdelingene har mulighet for å etablere tilstrekkelig adgangskontroll for ansatte og tilstrekkelige sikkerhetsbarrierer for angrep utenifra i tilfeller der PST vurderer at det foreligger ekstern trussel. Dette vil avhenge av både fleksibilitet i bygg og organisatoriske forhold. De regionale sikkerhetsavdelingene er utformet slik at pasienter som eventuelt blir overført til særlig høyt sikkerhetsnivå må sambruke arealer som også anvendes av pasienter innlagt på andre sikkerhetsnivå og som driftes i henhold til andre lovverk (RSA, LSA og m.fl.). Det må derfor gjøres særskilte organisatoriske tilpasninger

⁴²UKOM 2021. Utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet.

for å opprettholde lovpålagt og nødvendig sikkerhet i disse lokalene, både med hensyn til sikkerhet utenifra, rømning, kontakt med andre, farlige gjenstander og innføring av rusmidler.

Dersom et tjenestetilbud med særlig høyt sikkerhetsnivå skal etableres, vurderer prosjektgruppen det som mest hensiktsmessig at dette først gjøres ved én regional sikkerhetsavdeling. Dette vil sikre erfaringsinnhenting med slikt sikkerhetsnivå før eventuell etablering ved andre lokasjoner. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge er de to regionene som kan ha bygningsmessige forutsetninger for slik etablering og pilotering. Det som peker på Helse Sør-Øst som aktuell for slik etablering, er at dette er den regionen med størst opptaksområde; med om lag 3,2 mill. innbyggere og ca. 57 % av befolkningen i landet. Det ansees som mest sannsynlig at Helse Sør-Øst vil ha den største andelen av pasientene som oppfyller vilkårene for overføring til slikt sikkerhetsnivå. Dette både på grunn av innbyggerandelen, storbyfenomener i hovedstadsområdet og det store antall fengsler lokalisert i regionen. Kriminalomsorgen har i underkant av 70 % av sine fengselsplasser i regionen, herunder forvarings- og høysikkerhetsplasser. I tillegg har regionen to fengsler som har hovedansvar for utenlandske innsatte (Ullersmo og Halden) og fengsel for innsatte med tilknytning til organisert kriminalitet (Ringerike fengsel). Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge er imidlertid allerede forberedt for å kunne etablere enhet for særlig høy sikkerhet, og kan også vurderes for slik utprøving.

Det er forhold som taler for at et tjenestetilbud med særlig høyt sikkerhetsnivå bør etableres på to steder. Driftsmessig kan det være behov for flere samtidige plasser, som kan være krevende å håndtere i praksis, selv for en stor regional sikkerhetsavdeling. Erfaringsvis kan det også i særskilt krevende pasientforløp oppstå behov for avlastning fra en region til en annen, både av hensyn til pasient og personell. Det er erfaringsvis oftere behov for second opinion i særskilt krevende pasientforløp og det kan oppstå eksterne sikkerhetsrelaterte utfordringer som nødvendiggjør flytting mellom regioner. I ytterste konsekvens kan det være behov for at det ikke er allment kjent hvor pasienter på særlig høyt sikkerhetsnivå oppholder seg. Det vil også være ønskelig å unngå unødig flytting til annen region, for pasienter som forsvarlig kan ivaretas i eget opptaksområde.

Regional sikkerhetsavdeling i Helse Nord har uttrykt at de ikke ønsker slikt tjenestetilbud i egen region, men støtter etablering av slik enhet i en av de andre regionene. Helse Nord ønsker å kunne henvise til slikt tjenestetilbud ved behov. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge angir at det nye sikkerhetsbygget på Østmarka i Trondheim er fleksibelt utformet og dimensjonert for å kunne heve sikkerhetsnivået i samsvar med vilkårene for særlig høyt sikkerhetsnivå. Etablering av slik enhet i Regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest vil kreve ombygging av bygningsmassen, eventuelt tilbygg. Både Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge og i Helse Vest er avdelinger som tidvis vil ha behov for å tilby et slikt sikkerhetsnivå, men av disse er det kun Helse Vest som har hatt pasienter som har fylt vilkårene for slikt tjenestenivå de siste fem årene. Regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge oppgir å ha mulighet til å ivareta sine pasienter innenfor de rammene som det nye bygget legger til rette for, og med de rammene som psykisk helsevernloven gir anledning til i dag. Dette kan være et resultat av at det generelle sikkerhetsnivået og bygningsmessige premissene som nytt sikkerhetsbygg gir, fører til mindre behov for tiltak for å ytterligere forsterke sikkerhetsnivået.

I internasjonal sammenheng definerer man tre sikkerhetsnivåer innen forensic mental health services⁴³: low, medium og high security⁴⁴. Norske regionale sikkerhetsavdelinger er i internasjonal sammenheng, og i henhold til definisjonen utarbeidet av NHS, å anse som “medium security”. England har dog bedre perimetersikkerhet rundt sine medium security units enn hva de regionale avdelingene i Norge har. De har også høyere statisk sikkerhet i bygningsmassen. Med hensyn til den utviklingen i trusselbildet og pasientpopulasjonen i psykisk helsevern de siste årene er det naturlig å anbefale at også Norge får anledning til å ta i bruk høyere sikkerhetsnivåer enn hva vi anvender i dag⁴⁵. Helse- og omsorgsdepartementet beskrev i høringsnotatet at det er departementet som skal ta beslutning om etablering av en slik enhet under en regional sikkerhetsavdeling⁴⁶. Spørsmålet er om Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å godkjenne slikt sikkerhetsnivå i allerede eksisterende bygningsmasse, og om departementet vurderer at kriteriene redegjort for i forarbeidende og loven i tilstrekkelig grad er oppfylt i de aktuelle bygningene. Alternativet vil være ombygging og tilpasning av eksisterende lokaler, nybygg eller tilbygg som helt ut fyller kriteriene i loven.

Prosjektgruppen mener at Helse- og omsorgsdepartementet må ta stilling til om det bør etableres et høyere sikkerhetsnivå enn hva de regionale avdelingene har i dag. I forbindelse med 22. juli-saken vurderte PST i hvilken grad de regionale avdelingene var rustet til å ta imot pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig dekke behovet for adgangskontroll, rømningssikkerhet mm. PST konkluderte med at det er behov for å forsterke sikkerhetsnivået i norsk sikkerhetspsykiatri. Flere alvorlige saker i tiden etter 22. juli-saken, som Pride-skytingen i 2022 og Moskéangrepet i Bærum, har vist at det er behov for å etablere et slikt sikkerhetsnivå i psykisk helsevern.

Bestemmelsene i psykisk helsevernloven som regulerer enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå er aldri prøvd ut i praksis. Prosjektgruppen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet gir midlertidig anledning til å etablere en enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå for å realisere pasientforløp som omfattes av lovens intensjon og rammer. Det anbefales at departementet ber de regionale helseforetakene om å gjennomføre et pilotprosjekt for å evaluere behov, funksjon og fremtidig innretting av et slikt sikkerhetsnivå. Dette vil for det første gi anledning til å estimere behovet for et slikt tjenestetilbud, og hvor mange pasienter som fyller vilkårene for slikt sikkerhetsnivå. For det andre vil en slik evaluering gi informasjon om hvorvidt lovens krav er mulige å etterleve innenfor rammene av en regional sikkerhetsavdeling. For det tredje vil man høste erfaringer for driftsmessige konsekvenser av et slikt tidsavgrenset tjenestetilbud. Sett i lys av at øvrig sikkerhetspsykiatri også er under betydelig styrking, må det evalueres om slik utvikling av tjenesteområdet påvirker omfanget av behov for særlig høy sikkerhet ved de regionale sikkerhetsavdelingene.

⁴³ Forensic mental health services provides accommodation, treatment and support for men and women who have been diagnosed with severe mental health problems and are considered to pose a risk to the public. ([Forensic Mental Health Services - Oxford Health NHS Foundation Trust](#))

⁴⁴ Low secure WARDS/units deliver comprehensive, multidisciplinary, treatment and care by qualified staff for PATIENTS who demonstrate disturbed behaviour in the context of a serious mental disorder and who require the provision of security. This includes (but is not limited to) Psychiatric Intensive Care Unit (PICU), low secure forensic services, challenging behaviour services, and secure rehabilitation services. Medium secure WARDS/units deliver comprehensive, multidisciplinary treatment and care by qualified staff for PATIENTS who demonstrate disturbed behaviour in the context of a serious mental disorder and who may present a serious risk to others. High secure WARDS/hospitals provide comprehensive, multidisciplinary treatment and care by qualified staff for PATIENTS who demonstrate disturbed behaviour in the context of a serious mental disorder and have been assessed as presenting a grave and immediate danger to others. The Hospital must be part of an NHS Trust approved by the Secretary of State to provide high security psychiatric services. (WARD SECURITY LEVEL ([datadictionary.nhs.uk](#)))

⁴⁵ Politiet, PST 2023. Nasjonal trusselvurdering 2023. NTV-2023 (pst.no)

⁴⁶ Helse- og omsorgsdepartementet 2011. Høringsnotat. Forslag til endringer i psykisk helsevernloven. Særlige regler for gjennomføring av psykisk helsevern i regionale sikkerhetsavdelinger, herunder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. [hoeringsnotat.pdf](#)

Det interregionale AD-møtet ble bedt om å ta stilling til om pilotering burde skje ved én eller to lokasjoner, og ved hvilke(n) lokasjon(er). AD-møtet 20.01.25 vedtok at tilbud for særlig høy sikkerhet bør piloteres ett sted, og at dette kan skje ved regional sikkerhetsavdeling i Helse Midt-Norge, etter en vurdering av driftskonsept og budsjett, siden denne enheten er ferdigbygget og raskt kan etablere en pilot.

3.5.4 Prosjektgruppens anbefaling

1. Prosjektgruppen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet gir ett av de regionale helseforetakene i oppdrag å etablere et tjenestetilbud for særlig høyt sikkerhetsnivå. Enheten må fylle kriteriene i psykisk helsevernloven § 4A-8. Det interregionale AD-møtet anbefaler at oppdraget gis til Helse Midt-Norge RHF, etter en vurdering av driftskonsept og budsjett. På sikt bør det vurderes å etablere et slikt tilbud ved minst to regionale sikkerhetsavdelinger.
2. Ved etablering av et slikt tjenestetilbud anbefaler prosjektgruppen at Helse- og omsorgsdepartementet samtidig gir i oppdrag å iverksette et pilotprosjekt over fem år som skal evaluere behov for et slikt sikkerhetsnivå, sikkerhetsmessige rammebetingelser og driftsmessige konsekvenser.

3.5.5 Finansiering

Kostnader for etablering av et slikt tilbud må vurderes grundig av det aktuelle regionale helseforetaket og budsjett forelegges de andre regionale helseforetakene.

3.6 Offentlig rettspsykiatrisk virksomhet

3.6.1 Tiltak i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

Tiltak 26: Utrede behovet for en offentlig rettspsykiatrisk virksomhet.

3.6.2 Bakgrunn for tiltaket som beskrevet i Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri

«Når det gjelder rettspsykiatrisk sakkyndig virksomhet for øvrig, er dette det eneste fagområdet innen rettsmedisinske sakkyndigområder som ikke er forankret i institusjoner innen spesialisthelsetjenesten og universitetene. Selv om mange av dem som utøver rettspsykiatri er ansatt i spesialisthelsetjenesten og/eller ved universitet, er rettspsykiatrisk virksomhet i Norge en privat virksomhet som er uavhengig av fagmiljøene. For å utøve rettspsykiatrisk sakkyndighet må man ha gjennomført B-kurs og C-kurs. Erklæringene godkjennes av Den rettsmedisinske kommisjon (DRK). Per i dag finnes det bare ett miljø for offentlig sakkyndighet; Rettspsykiatrisk poliklinikk (REP) ved Oslo universitetssykehus HF, som i all hovedsak produserer foreløpige rettspsykiatriske erklæringer. Poliklinikken er lokalisert i Sentralarresten i Oslo politidistrikt. Øvrig privat rettspsykiatrisk sakkyndig virksomhet koordineres fra Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) ved St. Olavs Hospital HF. Det er ikke holdepunkter for at de som driver privat virksomhet leverer sakkyndigarbeid av lavere kvalitet enn offentlig ansatte. Offentlig tilknytning er derfor ikke i seg selv et kvalitetstegn, men det bør utredes behovet for en offentlig organisering av rettspsykiatrisk virksomhet. Det vil kunne skape mer robuste fagmiljø - både innen sikkerhets- og

rettspsykiatri - bedre rekruttering av nye sakkyndige, og sikre at de som driver rettspsykiatrisk sakkyndighet er faglig oppdatert.»

3.6.3 Prosjektgruppens vurdering

Rettspsykiatrisk sakkyndighet i Norge er i all hovedsak gjennomført av psykiatere og psykologspesialister som gjør rettspsykiatriske vurderinger for rettsvesenet på oppdragsbasis som selvstendig næringsdrivende. I 2013 ble Norges første offentlige sakkyndig virksomhet opprettet, ved etablering av Rettspsykiatrisk poliklinikk (REP) ved Oslo universitetssykehus HF. Tilsvarende funksjon er nyetablert ved Helse Bergen HF. Poliklinikkene gjør i all hovedsak foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser, jf. strpl 165 4. ledd. Det betyr at fullstendige rettspsykiatriske undersøkelser i all hovedsak gjøres av selvstendige næringsdrivende. Rettspsykiatrisk sakkyndighet er den eneste disiplinen innenfor rettsmedisinen som er drevet på privat basis.

Fra og med 2018 har NERS hatt ansvaret for den nasjonale oversikten over sakkyndige og rekvisisjon av sakkyndige for påtalemyndigheten. NERS sin virksomhet har bidratt til en standardisering og bedre rutiner for rekvirering av sakkyndigoppdrag for retten. REP inngikk samarbeidsavtale med NERS i 2022, som innebærer at REP står på listen over sakkyndige.

Rettspsykiatriske vurderinger krever betydelig klinisk erfaring, og særlig kompetanse på psykosesymptomer. For kvaliteten på arbeidet, kan det derfor være av stor viktighet at sakkyndige har klinisk tilknytning. De kliniske avdelingene har dog varierende muligheter, og legger i ulik grad til rette, for at spesialister både kan jobbe i det offentlige og utføre sakkyndig oppdrag for retten i privat regi. Jobben som rettsoppnevnt sakkyndig medfører bl.a. behov for permisjoner for å delta i hovedforhandlinger, noe som genererer uheldig fravær fra klinisk drift. Det er også etiske og faglige aspekter knyttet til slik parallell virksomhet; behandlende miljø og funksjoner kan ikke gjøre rettspsykiatriske vurderinger, grunnet habilitetshensyn. Med bakgrunn i disse problemstillingene, ser man at helseforetakene mister sentrale fagpersoner, ved at de går over til å jobbe med sakkyndig virksomhet på heltid som selvstendige næringsdrivende. En ulempe med dette er at sakkyndige som arbeider som selvstendig næringsdrivende ofte mister nødvendig klinisk tilknytning og oppdatert klinisk erfaring.

Spørsmålet om oppbygging av et rettspsykiatrisk tilbud i offentlig regi har vært diskutert gjennom mange tiår, og blitt særlig aktualisert de siste 10-15 årene. I Sverige gjøres rettspsykiatriske undersøkelser ved innleggelse i spesialiserte rettspsykiatriske avdelinger. I Danmark gjøres de fleste undersøkelser ved Rettspsykiatrisk klinikk underlagt Justitsministeriet. Norge mangler i dag offentlige høykompetente fagmiljøer for rekruttering, opplæring, veiledning, kvalitetssikring, fagutvikling, lovmessig og forsvarlig databehandling og ivaretagelse av arbeidstakerrettigheter innen rettspsykiatriske sakkyndigtjenester. I kronikken "Norsk rettsmedisin ved kjøkkenbord og på parkbenker" fra 2016 peker professor Kirsten Rasmussen på flere uheldige forhold med dagens organisering av rettspsykiatrisk sakkyndighet: *"Det foreligger ingen vedtatte standarder for hvordan undersøkelsene skal gjøres eller hvor de skal finne sted."*⁴⁷. Videre poengteres det at de uensartede undersøkelsesbetingelsene reiser spørsmål omkring rettssikkerhet og likhetsprinsipper. I tillegg stiller hun spørsmål ved sikkerheten til de sakkyndige i saker hvor undersøkelsen foregår i private hjem.

Prosjektgruppen har sett til utredninger fra nyere tid som omhandler offentlig rettspsykiatrisk sakkyndighet. NOU 2001:12 ønsket å gi helsevesenet ansvar for produksjonen av rettsmedisinske tjenester og foreslo opprettelse av én rettsenhet i landet, som videre skulle

⁴⁷ Rasmussen, Kirsten 2016. Norsk rettsmedisin ved kjøkkenbord og på parkbenker. Tidsskrift for Den Norske Legeforening.

sikre akseptable arbeidsforhold for sakkyndige⁴⁸. Den såkalte Mæland-rapporten fra 2006 bemerket at *"det er utilfredsstillende at rettspsykiatri i Norge er privat entreprise"*, og etterlyste en tydeligere offentlig rolle i det rettspsykiatriske arbeidet. Mæland-rapporten foreslo etablering av rettspsykiatriske poliklinikker i tilknytning til de regionale kompetansesentrene⁴⁹. Utredningsgruppen presiserte videre at *"vi er av den oppfatning at det bør være et ansvar for det offentlige å legge til rette for at slike psykiatriske rettssakkyndige erklæringer kan produseres med utgangspunkt i et faglig miljø som har god klinisk kompetanse og også forsknings- og fagutviklingsoppgaver."* I en utredning fra 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet ble det tatt til orde for en større ensretting av undersøkelsesbetingelser⁵⁰. NOU 2014:10 fastslo at «undersøkelser som utføres i medhold av straffeprosesslovens § 165 og § 167, skal ha god helsefaglig kvalitet, og det bør ikke være noen ubegrunnet faglig variasjon i utførelsen mellom landsdelene»⁵¹.

Ovennevnte dokumenter viser at det gjentatte ganger har vært påpekt behov for en endring av måten Norge organiserer sin rettspsykiatriske sakkyndighet på. I sin kronikk skriver Rasmussen: *"Tiden er overmoden for å skape standardiserte betingelser for rettspsykiatriske undersøkelser også i Norge."*⁵². Prosjektgruppen erfarer at denne meningen deles av mange fagpersoner i det rettspsykiatriske fagmiljøet.

3.6.4 Erfaringer fra offentlig sakkyndig virksomhet

Rettspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus ble etablert i 2013. Poliklinikken har i dag fire årsverk og fire spesialister ansatt i rammeavtale. Virksomheten er oppdragsfinansiert. Rettspsykiatrisk poliklinikk utferdiger rettspsykiatriske sakkyndige erklæringer på oppdrag fra påtalemyndigheten, foreløpige rettspsykiatriske erklæringer, vurderinger av evne til å møte i retten, risikovurderinger, samt vurdering av soningsevne og soningsavbrudd. Oppdragsgivere er politiet, retten og kriminalomsorgen. Enheten har undersøkelseslokaler i Sentralarresten i Politihuset på Grønland. Klientene møter poliklinisk for vurdering, enten innkalt fra eget hjem eller fremstilt fra varetekt eller arrest. Adgangskontroll utføres av politiet.

Klinikk sikkerhetspsykiatri ved Helse Bergen inngikk en avtale med Vest politidistrikt i februar 2024, som innebærer at seks spesialister ved Klinikk sikkerhetspsykiatri utferdiger foreløpige rettspsykiatriske undersøkelser på oppdrag fra Vest Politidistrikt. Virksomheten er oppdragsfinansiert. Samtaler med observandene foregår i hovedsak i fengsel. Under utvikling av tjenestetilbudet i Helse Bergen har det blitt inngått faglig samarbeid med Rettspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus.

⁴⁸ Norges offentlige utredninger. Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker. NOU 2001: 12.

<https://regjeringen.no/contentassets/cf46e4ffbf864032bf0ea5f1a7410a73/no/pdfa/nou200120010012000dddpdfa.pdf> (5.7.2016)

⁴⁹ Mæland Ø, Sagfossen B, Revis E et al. Rapport fra utredningsgruppe oppnevnt av Justis- og politidepartementet 18. mai 2006.

Etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring.

https://regjeringen.no/globalassets/upload/jd/vedlegg/rapporter/g-0400_maeland.pdf?id=2264367 (5.7.2016).

⁵⁰ Mæland Ø. Rapport fra arbeidsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, med deltakelse fra Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedirektoratet. Rettspsykiatri – organisering, forskning og utdanning.

https://regjeringen.no/contentassets/068308e544ff43999d15da64a3270bc5/rettspsykiatri_organisering_forskning_utdanning.pdf (5.7.2016).

⁵¹ Norges offentlige utredninger. Skyldvne, sakkyndighet og samfunnsvern. NOU 2014: 10.

<https://regjeringen.no/contentassets/42efeed9ff864a8f891aa6536748e264/no/pdfs/nou201420140010000dddpdfs.pdf> (5.7.2016).

⁵² Rasmussen, Kirsten 2016. Norsk rettsmedisin ved kjøkkenbord og på parkbenker. Tidsskrift for Den Norske Legeforening.

Prosjektgruppen har innhentet erfaringer fra Rettspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus. Innspillene er oppsummert under:

- **Rekruttering og sikkerhet:** Offentlige rettspsykiatriske poliklinikker vil kunne ivareta de forhold som fagpersoner kan være opptatt av, og som tilbys innen andre fagdisipliner. Det gjelder tilhørighet til et fagmiljø, hensynet til den sakkyndiges sikkerhet og generelle arbeidsvilkår i tråd med arbeidsmiljøloven. Offentlig sakkyndighet er et viktig virkemiddel i å rekruttere og beholde nødvendig og kvalifisert fagekspertise i de offentlige fagmiljøene. Offentlige rettspsykiatriske poliklinikker vil sikre uavhengighet mellom behandling og sakkyndig virksomhet.
- **Kvalitetssikring:** Organisering av rettspsykiatrisk sakkyndighet i poliklinikker vil innebære kvalitetssikringsrutiner på lik linje med andre offentlige medisinske poliklinikker. Dette vil igjen bidra til økt rettsikkerhet. Et større fagmiljø vil sikre bredden i kompetansekrav for oppdragene. Sakkyndiges egnethet for oppdraget vil gjennom et ansettelsesforhold kunne monitoreres av arbeidsgiver.
- **Fagutvikling:** Rettspsykiatriske poliklinikker vil gjennom et stort volum og variasjon av rettspsykiatriske problemstillinger utvikle ny innsikt gjennom bred kompetanse og erfaring. Formelle strukturer for fagutveksling bidrar til fagutvikling. Poliklinikker som oppretter kvalitetsregistre kan bidra direkte til forskning og fagutvikling i samarbeid med forskningsmiljøer på kompetansesentre og universitet.
- **Databehandling:** Overføring, behandling og lagring av personsensitive opplysninger er forbundet med større usikkerhet når mange enkeltaktører er involvert. Offentlige institusjoner har etablerte rutiner for dette, i tråd med norsk lov.
- **Samarbeid:** Poliklinikker vil gjennom etablering av rutiner profesjonalisere samarbeidsgrensesnittet til oppdragsgiver. Rettspsykiatriske poliklinikker kan tilby undervisning og veiledning til oppdragsgivere og samarbeidsinstanser.

Erfaringene fra mer enn ti års drift, viser at slik organisering av tjenestetilbudet vil kunne legge til rette for bedre rammebetingelser for rettspsykiatrisk sakkyndighet enn hva de selvstendige næringsdrivende har i dag. Det er prosjektgruppens vurdering at en overgang fra privat virksomhet til offentlig organisering av rettspsykiatrisk sakkyndighet vil kunne løse mange av de organisatoriske, faglige, sikkerhetsmessige utfordringene man står ovenfor i dag. Prosjektgruppen viser videre til Rasmussens kronikk fra: *“De undersøkelsene som gjøres i dag, holder da også i det store og hele en bra kvalitet. Imidlertid kan mye gjøres for en bedre standardisering av undersøkelsesbetingelsene og dermed større ensretting av de rettslige undersøkelsene. Den overordnede målsettingen på sikt bør være en oppbygging av et rettspsykiatrisk tilbud i offentlig regi.”* Prosjektgruppen støtter denne vurderingen.

3.6.5 Prosjektgruppens anbefaling

De etablerte offentlige rettspsykiatriske poliklinikkene bør beholdes og videreutvikles. Det bør legges til rette for videre oppbygging av et offentlig rettspsykiatrisk tilbud i alle regioner.

4 OPPSUMMERING

Prosjektgruppens anbefalinger – oppsummering

Tilbud til barn og unge under 18 år	• <i>Målgruppebeskrivelse:</i> Barn og unge under 18 år som trenger utredning og/eller behandling for alvorlig psykisk lidelse eller mistanke om alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig voldsatferd, som ikke kan håndteres innenfor rammene av det ordinære tjenestetilbudet i psykisk helsevern for barn. • <i>Organisering og behandlingsnivå:</i> ○ Etablering av inntil ti døgnplasser på landsbasis. ○ Alternativ 1 (foretrukket): Organisering av tjenestetilbudet under regionale sikkerhetsavdelinger, med forpliktende interregionalt fagnettverk. ○ Alternativ 2: Nasjonal organisering av tjenestetilbudet. • Det bør gjennomføres en foreløpig evaluering av tilbudet etter to års varighet.
Rettspsykiatrisk døgnundersøkelse i psykiatrisk sykehus	• Administrativ oversikt over rettspsykiatriske døgnundersøkelser etter straffeprosessloven § 167 bør hjemles i forskrift om rettspsykiatriske døgnundersøkelser og sakkyndige. • Oppdrag om å etablere en nasjonal administrativ oversikt over rettspsykiatriske døgnundersøkelser anbefales gitt til Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS). • Det bør utarbeides overordnede rutiner for rettspsykiatriske døgnundersøkelser. Forslag til rutiner bør forankres i det interregionale fagdirektørmøtet. • Det bør dedikeres en til to plasser i hver av de fire regionale sikkerhetsavdelingene til rettspsykiatrisk virksomhet. • Rettspsykiatriske døgnundersøkelser bør gjennomføres i landets fire regionale sikkerhetsavdelinger. De regionale helseforetakene kan utpeke særskilt egnede lokale sikkerhetsavdelinger i tillegg. • Krav til kompetanse til behandlere som deltar i rettspsykiatriske døgnundersøkelser sidestilles med krav til øvrige sakkyndige og hjemles i Forskrift for rettspsykiatriske døgnundersøkelser og sakkyndige § 2. Standardiserte opplæringstilbud for behandlere og miljøpersonell kan utarbeides i et samarbeid mellom RSA og SIFER-nettverket. • Helse- og omsorgsdepartementet bør gi anbefalinger for praksis for dokumentasjon og datalagring som sikrer større grad av standardisering enn i dag.

Varetektssurrogat	• Det bør foretas en helhetlig gjennomgang av ordningen med varetektssurrogat jfr. straffeprosesslovens §188 og reguleringen av den. • Helsedirektoratet bør tydelig avklare hvorvidt personer som er innlagt kun på § 188 er frivillig innlagt eller ikke. • De regionale helseforetakene bør utarbeide regionale prosedyrer for gjennomføring av varetektssurrogat. • Det bør etableres en administrativ oversikt over varetektssurrogat som må hjemles i forskrift eller lov. • Oppdrag om å etablere en nasjonal administrativ oversikt over varetektssurrogat etter straffeprosessloven § 188 anbefales gitt til Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern.
Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern	• Bevilgninger til Nasjonal koordineringsenhet bør i årene som kommer øke i takt med andelen domfelte. Ordningen bør evalueres etter tre til fem år. • Nasjonal koordineringsenhet bør få utvidet sitt mandat til å inkludere etablering av en nasjonal administrativ oversikt over varetektssurrogat.
Enhet for særlig høy sikkerhet	• Det anbefales at Helse Midt-Norge RHF gis i oppdrag å pilotere et tjenestetilbud for særlig høyt sikkerhetsnivå, etter en vurdering av driftskonsept og budsjett. Tilbudet bør evalueres etter fem års varighet.
Offentlig rettspsykiatrisk virksomhet	• De etablerte offentlige rettspsykiatriske poliklinikkene bør beholdes og videreutvikles. Det bør legges til rette for videre oppbygging av et offentlig rettspsykiatrisk tilbud i alle regioner.

5 VEDLEGG – Notat fra Helse Bergen

NOTAT – juni 2024

Utarbeidd av: Helse Bergen HF, Divisjon psykisk helsevern, Klinikk Sikkerhetspsykiatri

ETABLERING AV SIKKERHETSPSYKIATRISK TILBOD FOR BARN OG UNGE MED DØGNAVDELING SAMT AMBULANT INNSATSTEAM

Samandrag: FNs Barnekonvensjon gir særlege rettar til barn og unge straffedømte med psykiske sjukdommar. Dei skal ivaretaast i egne einingar som er særskild tilpassa og skild frå vaksne. I Norge har vi ikkje i dag slike einingar, men gir døgnopphold i midlertidige løysingar. Klinikk sikkerhets-psykiatri i Helse Bergen HF meiner det er naudsynt å opprette eit slikt tilbod. Samstundes er ikkje talet på pasientar med trong til døgnopphold stort nok til at fleire einingar kan få god kompetanse med denne gruppa. Det beste vil vere å skipe ein slik døgneining i Noreg. Denne bør òg tilby ambulant verksemd med tilsyn og rettleiing. Ein slik eining kan med fordel leggjast til eit godt fungerande fagmiljø som alt har røynsler med målgruppa.

Bakgrunn

Det følgjer av Noreg si ratifisering av FN sin barnekonvensjon at unge straffedømte skal sone åtskilt frå vaksne og at unge i strafferettssystemet er ei særskild sårbar gruppe og som konsekvens av dette skal ha eit særskild tilpassa soningsopplegg. Bjørgvin fengsel har frå 2009 hatt eit slikt sonings-tilbod til dei yngste og tyngste innsette, dvs. aldersgruppa 15-18 år.

Sidan etableringa av denne Ungdomseininga i Bjørgvin fengsel har innsette, med ujamne mellomrom, hatt behov for, anten frivillig eller i form av tvungent psykisk helsevern, innlegging i døgnavdeling i psykisk helsevern. Klinikk sikkerhetspsykiatri har i same periode hatt innlagt 22 barn og unge dvs pasientar i aldersspennet frå 13-18 år. 70 % av desse barna har komme frå ungdomsfengsel og dei resterande 30 % har kome frå psykisk helsevern for barn og unge og lukka barnevernsinstitusjonar. I dei seinare åra har talet på førespurnader frå barnevernet auka.

Noreg har i dag ikkje eit eige sikkerhetsspsykiatrisk tilbod til barn og unge i aldersspennet 12-18 år.

Kapasitetsbehov:

Ei arbeidsgruppe i Vestland som består av representantar frå psykisk helsevern for barn og unge, sikkerhetspsykiatrien, Vest politidistrikt, statleg barnevern og ungdomsfengsel har vurdert kapasitetsbehovet i vest.

Dei konkluderer med at om lag 1-2 barn årleg vil ha behov for utgreiing, stabilisering og behandling i døgnpost i sikkerhets-psykiatrien. Sjølv om målet er at ei innlegging i døgnavdeling ikkje blir langvarig, tilseier erfaringa at innleggingane vil vere 3-6 månader. I heilt særskilde tilfelle kan eit barn ha behov for enda lengre innlegging. Dei trur det er større behov for utgreiing og rettleiing der barna bur. Truleg vil 5-6 barn årleg ha behov for eit slikt mobilt innsatsteam i Vest.

Desse barna treng høg kompetanse hjå helsepersonellet som skal hjelpe dei. Samstundes er dette så låge tal at det kan bli utfordrande å bygge kompetanse og få røynsler for denne gruppa

pasientar fleire stader i Noreg. Vi har merka oss at det i NOU 2023:24 Barneinstitusjonsutvalget er tilrådd eitt nasjonalt sikkerhetspsykiatrisk tilbod.

Arbeidsgruppa i vest tilrår ikkje å skipe regionale einingar, men å etablere ei einskild nasjonal avdeling.

Målgruppeskildring:

Det vurderte behovet for etablering av eit sikkerhetspsykiatrisk tilbod for barn og unge kan, primært med bakgrunn i røynsler frå Klinikken for sikkerhetspsykiatri i Helse Bergen, skildrast med utgangspunkt i ei firedelt tiltenkt målgruppe, som vil kunne ha behov for sikkerhetspsykiatrisk oppfølging enten i form av ambulante tenester frå eit mobilt innsatsteam eller innlegging i særskilt sikkerhetspsykiatrisk døgnavdeling:

1. Pasientar frå ordinært psykisk helsevern.

Den regionale sikkerhetsposten ved Sandviken Sjukehus ble etablert i 1989. Det har sidan etablering av denne med ujamne mellomrom vore barn og ungdom innlagt ved avdelinga tilvist frå ordinært psykisk helsevern for barn og unge, då dei behandlings- og handteringsbehova desse har hatt, har vore av ein slik karakter at dei ikkje har kunne blitt ivareteke i det systemet dei er heimehøyrande. Innlegging i ein slik post vurderast til ikkje å innfri barn sine rettar til behandling i institusjonar særskild tilpassa barn og unge og med den kompetanse denne type institusjonar bør inneha.

2. Pasientar frå Ungdomsenheten i Bjørgvin fengsel.

Helse Bergen HF ligg i nærleik til Ungdomsenheten i Bjørgvin Fengsel. Som i den vaksne innsett-populasjonen er førekomsten av psykiske helsevanskar blant unge innsette høg. Sidan etableringa av Ungdomsenheten i Bjørgvin Fengsel har innsette, med ujamne mellomrom, hatt behov for, enten frivillig eller i form av tvungen psykisk helsevern, innlegging i sengepost i psykisk helsevern. Det har vore varierte tilstander som har lagt til grunn for behovet for innlegging i sjukehus, men oppsummert har dette vore innsette med traumbakgrunn/alvorleg traumefungering, psykotiske eller grensepsykotiske tilstander, store valds- og utageringsvanskar og med alvorleg suicid-/sjølvskadingsproblematikk. Gitt kjenneteikna ved denne pasientgruppa, og då særskild valdsrisikoen dei har representert, har i vanlege sengepostar i regi av psykisk helsevern for barn og unge blitt vurdert som utilstrekkelege for å kunne ivareta behovet for forsvarleg behandling av denne gruppa. Denne praksisen tyder at dei føringar Barnekonvensjonen legg for soningsforhold for unge straffedømte (soning i dedikert eining åtskilt frå vaksne innsette), ikkje blir fylgt dersom unge innsette blir pasientar i spesialisthelsetenesta. Innlegging har då skjedd gjennom provisoriske løysingar med avstengde fløyer integrert i avdeling for vaksne, med oppfølging frå personale som primært har vaksenpsykiatrisk kompetanse, i eit system med tenester som er tilpassa vaksne pasientar. Også ungdom i andre delar av straffegjennomføringssystemet, meir spesifikt dei som får ungdomsstraff, vil kunne ha behov for oppfølging i regi av eit mobilt innsatsteam. Dette er ei gruppe som i dag ikkje har eit dedikert oppfølgingstilbod dersom det føreligg kombinert alvorleg valdsproblematikk og psykiske helsevanskar, men der det snarare må utformast eit tilbod frå sak til sak.

3. Pasientar frå barnevernsinstitusjonar.

NTNU lanserte i mars 2015 ein rapport om psykisk helse hjå barn og unge i barnevernsinstitusjonar. Denne rapporten konkluderte med høg førekomst av psykiske helsevanskar hjå unge i barnevernsinstitusjonar (76% med diagnostiserbar tilstand), og at berre 38% av dei med diagnostiserte psykiske helsevanskar hadde eit

behandlingstilbod i spesialisthelsetenesta. Berre ein svært liten minoritet av desse har vanskar av ein slik karakter at dei sannsynlegvis er i behov av sikkerhetspsykiatrisk behandling, men det låge talet barn utgjør likevel ei gruppe som kunne hatt nytte av den spesialistoppfylgjinga eit sikkerhetspsykiatrisk tilbod til barn vil kunne representere. Dei handteringsutfordringar denne gruppa representerer, blir i dag mest sannsynleg delvis ivareteke av politiet. Dette er ikkje tilfredsstillande, då både i eit klinisk og etisk perspektiv.

4. Pasientar som er innlagd for judisiell observasjon.

Ei siste gruppe potensielle pasientar i eit eventuelt framtidig sikkerhetspsykiatrisk tilbod for barn er tiltalte under 18 år som gjennomgår judisielle observasjonar etter straffeprosesslova §167. Dette inneberer at sikta kan leggast inn til undersøking i psykiatrisk sjukehus dersom det føreligg behov for å vurdere den tiltalt si sinnstilstand. Dersom retten gir orskurd om innlegging i psykiatrisk sjukehus til judisiell observasjon må helseføretaket lage ein slik døgnplass. Praksis p.t., dersom den tiltalte er under 18 år, er tilsvarande praksisen nemnd ovanfor; vaksenpsykiatriske sikkerhetspostar må opprette provisoriske «avdelingar i avdelinga» for barn og unge som er integrert i vaksenpsykiatriske avdelingar. Svært få under 18 år har blitt dømt til behandling i Noreg. Dersom dette skulle endre seg, vil det verte eit problem at det ikkje føreligg eit døgnavdelingstilbod for denne pasientgruppa. Ei planlagt sikkerhetspsykiatrisk avdeling for barn og unge vil, i det minste i startfasen av ein gjennom-føring av ein dom til tvungent psykisk helsevern, kunne tilby dette.

Målgruppa for ei sikkerhetspsykiatrisk avdeling for barn og unge vil altså vere barn og unge med krevjande åtferd frå ordinært psykisk helsevern, frå ungdomsfengsel, frå barnevernsinstitusjonar og ved enkelte høve til judisielle observasjonar / etter dom til tvungent psykisk helsevern.

Sikkerhetspsykiatrisk døgnavdeling for barn og unge:

Det føreligg ei etisk og klinisk forplikting om å unngå restriktiv behandling så langt råd er. Likevel vil innlegging i døgnavdeling vere naudsynt i enkelte høve. Oppsummert vil dette være diagnostisk uavklarte, men særskild alvorlege tilstander med høgt symptomtrykk og stort funksjonstap. Særskild ved uavklart bekymring for psykoseutvikling eller store valds- og handteringsutfordringar (typisk handtert av politi forut for innlegging) vil innlegging for ytterlegare utgreiing og stabilisering kunne være formålstenleg.

Ei døgnavdeling må vere laga spesielt med tanke på dei særskilte behov barn og unge har. Den må òg ha tilbod om ordinær skuleundervisning slik at barn får dekkja sine opplæringsrettar medan dei er innlagt. Innlegging må ha som mål å være så kort som mogleg og føregå i tett samarbeid med lokalt hjelpeapparat der pasienten er heimehøyrande.

Bemanninga i døgnavdelinga må elles vere fleksibel og kunne hjelpe akuttpostar i psykisk helsevern for barn og unge, sikkerhetspsykiatriske sengepostar og støtte mobile innsatsteam med ressurser.

Klinikk sikkerhetspsykiatri i Helse Bergen HF har alt i dag røymsler med å ha pasientar frå andre landslutar innlagd i døgnavdeling.

Det er naudsynt i Noreg med nokre døgnplassar for barn og unge med mogleg alvorleg psykisk lidning og valdsutfordringar.

Ambulant innsatsteam/mobilt innsatsteam

I tillegg til døgnavdeling som skissert ovanfor, må det vere mogleg å gi ambulerande bistand til lokale barnevernstenester/psykisk helsevern for barn og unge ulike stader i Noreg. Dette vil vere aktuelt der det er særskild krevjande pasientar grunna kombinasjonen omfattande valdsproblematikk og alvor-lege psykiske helsevanskar. Da kan ein òg gi råd om innlegging i døgnavdeling er naudsynt.

Klinikk for sikkerhetspsykiatri i Helse Bergen HF har alt no røynsler med dette. I fleire saker har ein støtta Ungdoms-enheten i fengselet med råd og rettleiing. Det har da vore mogleg å unngå innlegging i sjukehus.

Vi tilrår at denne type bistand blir formalisert som ei av oppgåvene til ei ny sikkerhetspsykiatrisk eining for barn og unge. Eit slikt mobilt/ambulerande innsatsteam også ved ei nasjonal eining, kan gi rask bistand til alle helseregionar i Noreg. På bakgrunn av eit historisk relativt lågt nivå av behov for sikkerhetspsykiatriske døgnplassar for barn og unge vil ei ambulant teneste mest sannsynleg utgjere hovudverksemda til eit eventuelt etablert sikkerhetspsykiatrisk tilbod til barn og unge.

Gitt tidlegare målgruppeskildring, vil det mobile innsatsteamet i tillegg til å gi bistand til ordinært psykisk helsevern for barn og unge ha barn og unge i institusjonar i barnevernet som sine primær-pasientar. Som peika på mellom anna i Barnevernsinstitusjonsutvalet og nyleg framheva av Regjeringa skal barn i institusjon med store og samansette behov få betra psykisk helsehjelp samanlikna med situasjonen i dag, inkludert dei med sikkerhetspsykiatriske behandlingsbehov.

Det er planlagt etablering av team i regi av psykisk helsevern for barn og unge som skal ha særskild ansvar for oppfølging av institusjonsplasserte barn. Desse teama er tenkt å kunne tilvise vidare til eit mobilt ambulant sikkerhetspsykiatrisk tilbod til barn og unge om dette er naudsynt.

Mange barn og unge med psykisk sjukdom og valdsproblem kan hjelpast lokalt med støtte og rettleiing av et mobilt og kompetent innsatsteam frå ein spesialisert sikkerhetspsykiatrisk eining.

Kompetanse og funksjonar

Ei sikkerhetspsykiatrisk eining for barn og unge må ha ei rekke fag-grupper for å gi eit fagleg forsvarleg tilbod.

Naudsynt kompetanse:

- Diagnostisk kompetanse slik at ein kan tilby second opinion-vurderingar vedrørande tilstand samt behandlingsbehov
- Kompetanse i vurdering av valdsrisiko ved bruk av strukturerte kliniske valdsrisikovurderings-verktøy, òg vurdering av risiko for seksuell vald og risiko for radikalisering
- Kompetanse om individualterapeutisk og miljøterapeutisk behandling av valds- og utageringsproblematikk
- Pedagogisk kompetanse for tilrettelegging av særskild tilpassa undervisning
- Individualterapeutisk og miljøterapeutisk kompetanse i døgneiningen samt for råd og rettleiing om valds- og utageringsproblematikk

Av dette følger at mange fag-grupper må vere tilsett ved eller knytta til ei slik eining:

Naudsynte fag-grupper:

- Psykologspesialist med spesialisering i psykiske helsevanskar hjå barn og unge
- Klinisk nevropsykolog
- Legespesialist med spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri
- Miljøterapeutar med særskild kompetanse på valds- og utageringsproblematikk hjå barn og unge
- Case-manager som sikrar/koordinerer alt samarbeid med eksterne samarbeidspartnarar
- Undervisningsansvarleg/pedagog som kan sikre at tilbod om både grunnskule og vidaregåande opplæring blir ivareteke
- Ergoterapeut med særskild ansvar for funksjonskartlegging og oppøving, trening og aktivisering
- Tilbod om musikkterapeut / andre kreative behandlingsformer

Ei sikkerhetspsykiatrisk eining for barn og unge treng ein rekke fag-grupper som har spissa kompetanse og røynsler med denne pasientgruppa.

Samanlikning internasjonalt:

Forslaget til etablering av avdeling i Noreg slik forslaget er utforma no kan best samanliknast med allereie etablerte avdelingar i Finland og Danmark.

Finland har sidan 2003 hatt ein eigen nasjonal sikkerheits- og rettspsykiatrisk døgneining for barn og ungdom med 12 døgnplassar ved Universitetssjukehuset i Tampere. Denne tek imot pasientar som utover ordinære psykiske helsevanskar har eit tilstandsbilete kjenneteikna av langvarig, alvorleg sjølvmoordsfare, vanskar med impuls kontroll og aggresjon, alvorlege åtferdsforstyrringar og antisosial åtferd, svært alvorlege rusvanskar, alvorleg traumehistorikk med påfølgjande problemåtferd samt ungdom som gjennomgår tvungent psykisk helsevern.

Danmark har to tilsvarande avdelingar. Dette er primært avdelingar med ambulante funksjonar, men og med eit døgntilbod, med 1-2 innlagte pasientar frå denne pasientgruppa. Desse har gjennom-snittleg lang liggetid. Innlagte pasientar i Danmark er primært i varetektssurrogat eller med dommar til behandling.

Skottland har ei pågåande etablering av ein nasjonal sikkerhetspsykiatrisk sengepost. Dette er eit land med tilsvarande befolkningsgrunnlag som Noreg og det er planlagd fire døgnplassar. England har 51 nasjonale plassar med tilsvarande tilbod som det som no er under planlegging i Noreg, men går i retning av nedbygging av døgnplassar og å auke innsatsen med mobilt innsatsteam for å bidra til lokale tenester som finst der ungdommen er busett.

Internasjonale røynsler er at behovet for døgnplassar er lågt, og at ambulante tenester i større grad byggjast opp.

Forsking og fagutvikling:

Ein eining bør ha tett samarbeid med forskarmiljø både på universitetet, i psykisk helsevern samt Kompetansesenter for fengsels-, sikkerheits- og rettspsykiatri. Særskild forskningsfokus bør vere barn og unge i strafferettssystemet. Pasientane vil typisk både kunne vere under straffegjennom-føring og parallelt ha kontakt med behandlingsapparatet. Ved ei etablering av ei avdeling vil ein kunne få utvide kunnskapsgrunnlaget ytterlegare samt trekke vekslar på det som allereie føreligg av kompetanse på barn og unge med særskilde behov.

Av pågåande prosjekt verd å nemne er «CHILDCRIM», som med utgangspunkt i rettspsykiatriske erklæringar om unge i alderen 15-18 år gjennomgår kartleggingar av unge si strafferettslege tilreknelegheit samt valdsrisiko, og skal svare på i kva grad utviklingsperspektivet er ivareteke i desse erklæringane. «CHILDCRIM» er eit femårig interdisiplinært forskingsprosjekt som kombinerer perspektiv både frå juridisk forskning og forskning på barn og unge si psykiske helse. Prosjektet er eit samarbeid mellom forskingsgruppa om psykisk helse og juss ved Juridisk Fakultet på UiB og SIFER Vest.

Finansiering

Ei slik avdeling kan søkast oppretta som ein nasjonal funksjon og søke om årlege midlar overført frå Statsbudsjett. Viss den innlagte kommer frå Ungdomsfengsel, bør hovudfinansieringen være gjestepasientinntekter frå det helseføretak pasienten høyrde til før innsetting i fengsel. Når et barn kommer til utredning frå eit statleg eller fylkeskommunalt barnevernstiltak, bør Barnevernet medfinansiere oppholdet svarende til gjestepasientinntekter frå eit helseføretak. I tillegg er det trong for statleg fullfinansiering av eit mobilt innsatsteam og ein toppramme svarande til kr 18-20 000 i døgnpris for ein barne plass. Avdelinga vil truleg måtte bruke ein viss tid til innarbeiding av rutinar og vil den første tiden trenge mye opplæringsmiddel. Opparbeidd kompetanse kan seinare nyttas til ekstern undervisning. Honorar for rettleiing og undervisning som vert forberede og utført i arbeidstida går til avdelinga som ein del av opplæringsmidlane.

Statlege midlar må bidra til et mobilt innsatsteam, mens hovudutgiftene til døgnavdeling bør kunne finansiast ved gjestepasientinntekter.

Konklusjon

Helse Bergen HF tilrår at ein etablerer ein nasjonal eining med døgnavdeling og eit mobilt innsatsteam. I den vidare prosessen bør statlege styresmakter gjere ei vurdering av kor ei slik eining best kan lokaliserast.